

**Unidad de Coordinación de Préstamos Sectoriales – UCPS
Ministerio de Economía y Finanzas – MEF**

**Banco Mundial
“Asistencia Técnica para el Apoyo al Programa de Gestión de Resultados para la Inclusión
Social”
BM 8222-PE**

Componente III “Fortalecimiento de la Orientación por Resultados y de la Capacidad de
Monitoreo y Evaluación del MIDIS”

**“Asistencia técnica para evaluaciones de programa y fondos: Estudio cualitativo sobre
Conocimientos, Percepciones y Prácticas de actores comunales, familias y personal de
salud y del PNCM respecto al consumo de multimicronutrientes en niñas y niños de 06
meses a menos de 36 meses de edad en 3 regiones del Perú”**

Consultor: Instituto de Investigación Nutricional

Contrato N° F-006-0-8222¹

Informe final

Lima, 28 de julio de 2016

¹ Correspondiente al Producto 5.

TABLA DE CONTENIDOS

I. Resumen Ejecutivo.....	5
II. Introducción.....	21
A. Objetivos del estudio	22
III. Metodología.....	23
A. Tipo de Estudio.....	23
B. Análisis	33
IV. Resultados.....	36
A. CAPACITACIÓN SOBRE LOS MMN.....	38
1. El Proceso de Capacitación en el nivel regional	38
2. El Proceso de Capacitación al interior de cada región	41
3. Síntesis de los hallazgos de las tres regiones.....	57
B. LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LOS MULTIMICRONUTRIENTES.....	59
1. Análisis Regional	59
2. Síntesis de los hallazgos de las tres regiones	98
C. RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES COMUNALES DEL PNMC.....	101
1. Análisis Regional	101
2. Síntesis de los hallazgos de las tres regiones	117
D. RECEPCIÓN Y ENTREGA DE LOS MMN.....	123
1. Análisis Regional	123
2. Síntesis de los hallazgos en las tres regiones.	136
E. CONSEJERÍA NUTRICIONAL SOBRE LOS MMN.....	141
1. Análisis Regional	141
2. Síntesis de los hallazgos en las tres regiones	170
F. ACOMPAÑAMIENTO AL PROCESO DE SUPLEMENTACIÓN	175
1. Análisis Regional	175
2. Síntesis de los hallazgos de la tres regiones	224
G. CONDICIONES PREVIAS AL CONSUMO DE MMN	229
1. Analisis Regional	229
2. Síntesis de los hallazgos en las tres regiones	235
H. CONSUMO Y ACEPTABILIDAD DEL MMN.....	237
1. Análisis Regional	237
2. Síntesis de los hallazgos de las tres regiones	269
I. OPINIÓN Y VALORACIÓN, OPINIONES SOCIALES ATRIBUIDA AL MMN	271
LA OPINIÓN Y VALORACIÓN ATRIBUIDA AL MMN	271
1. Analisis Regional	271
2. Síntesis de los hallazgos en las tres regiones	300
LAS OPINIONES SOCIALES SOBRE LOS MMN.....	302
1. Analisis Regional	302
2. Síntesis de los hallazgos de las tres regiones	333
J. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	337
1. Análisis Regional	337

2. Síntesis de los hallazgos de las tres regiones	350
V. Conclusiones.	355
VI. Recomendaciones.	368
VII. Referencias consultadas.....	377

Abreviaturas usadas

AT	Acompañante Técnico
AC	Acompañante Comunitario
ACS	Agente Comunitario de Salud
CCD	Centros de Cuidado Diurno
CCNN	Comunidad Nativa
CENAN	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
CIAI	Centro Atención Integral
CIEI-IIN	Comité Institucional de Ética de Investigación, Instituto de Investigación Nutricional
CRED	Control de Crecimiento y Desarrollo
CSCD	Coordinadora del Servicio de Cuidado Diurno a nivel de la UT
CSAF	Coordinadora del Servicio de Acompañamiento a Familias de la UT
CG	Comité de gestión
CGSCD	Comité de Gestión del Servicio de Cuidado Diurno
CGSAF	Comité de Gestión del Servicio de Acompañamiento Familiar
CP	Cuidador/a principal
CV	Consejo de vigilancia
DCI	Desnutrición Crónica Infantil
DGSE	Dirección General de Seguimiento y Evaluación
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DS	Directiva Sanitaria
EESS	Establecimiento de Salud
EAR	Requerimiento (de nutriente) Promedio Estimado (siglas en inglés)
FED	Fondo de Estímulo de Desempeño
FSAF	Facilitadora SAF
FUA	Formulario Único de Atención
HIS	Sistema de Información de Salud (siglas en inglés)
IIN	Instituto de Investigación Nutricional
JUT	Jefe de Unidad Territorial PNCM
MC o MCCD	Madre Cuidadora de CCD
MG	Madre guía
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINSA	Ministerio de Salud
MMN	Multimicronutrientes
LM	Lactancia Materna
PAN	Programa Articulado Nutricional
PNCM	Programa Nacional Cuna Más
PS	Personal de Salud
RUSI	Registro Único de Seguimiento Integral del Niño
SAF	Servicio de Acompañamiento a Familias
SCD	Servicio de Cuidado Diurno
SD	Sesión demostrativa
SIEN	Sistema de Información del Estado Nutricional
SIS	Seguro Integral de Salud
SIVICO	Servicio de Vigilancia Comunitaria
TDI	Tecnología de Decisiones Informadas
TdR	Términos de Referencia
UT	Unidad Territorial
UT-PNCM	Unidad Territorial del PNCM
VD	Visita Domiciliaria

I. RESUMEN EJECUTIVO.

La deficiencia de micronutrientes, especialmente la deficiencia de hierro, sigue siendo un problema en muchas partes del mundo en desarrollo (WHO, WFP, UNICEF 2006). La anemia en las niñas y niños tiene consecuencias negativas irreversibles en su desarrollo cognitivo, afectando su capacidad de aprendizaje y por lo tanto el rendimiento escolar, además de aumentar su morbilidad (WHO, 2001). Una de las formas efectivas para combatir la anemia, usada a nivel internacional, es el uso de los multi-micronutrientes (MMN) (De-Regil et al. 2013).

En el Perú, la anemia afectó al 43.5% de niños y niñas entre 6 y 36 meses en el año 2015 (ENDES 2015), ubicándose el porcentaje mayor en las zonas rurales (51.1%) comparado a la de las zonas urbanas (40.5%). Los MMN fueron evaluados en nuestro país, a través de un estudio piloto, desde el año 2007 como una estrategia para aminorar la anemia; siendo recién, desde el año 2013, que vienen a ser normados para ser usados a nivel nacional. A pesar de esto, la prevalencia de anemia en la población infantil continua siendo alta y preocupante. La Directiva más reciente (RM 055-2016/MINSA), especifica que los MMN deben ser promovidos desde los establecimientos de salud hacia los hogares con niños pequeños, durante los controles CRED con su correspondiente consejería para el uso en el hogar. El Programa Nacional Cuna Más (PNCM) también ha incluido la promoción del consumo de MMN dentro de sus actividades. El PNCM se implementa mediante los Servicios de Cuidado Diurno (SCD) y de Acompañamiento a Familias (SAF). Con respecto al MMN, en el caso del SCD, las familias entregan los sobres de MMN al personal del centro de cuidado diurno, quienes lo incorporan en la comida del niño, mientras que en el SAF, la facilitadora promueve el uso de los MMN con la familia en sus visitas. Debido a la persistencia de la alta prevalencia de anemia infantil y la falta de información de qué está pasando en los niveles locales – en el EESS, PNCM y hogar – en relación al consumo del MMN, se considera necesario comprender las facilidades y limitaciones para la aceptabilidad del MMN en estos contextos.

El consumo de los MMN por los niños está sujeto a que una serie de procesos y actividades funcionen: desde las directivas del MINSA central, la compra de los insumos, su distribución a la región, distrito, comunidad, familia, y sobre todo el consumo y aceptabilidad por parte del niño o niña. Aspectos logísticos, organizativos, de recursos y costos, así como conocimiento, capacitación, voluntad y motivación, influyen para que el niño consiga estos multimicronutrientes, en forma oportuna y adecuada. Para comenzar a entender los procesos y actividades relacionadas al consumo de MMN es necesario captar información de los diferentes actores involucrados, identificando los facilitadores y las barreras que puedan intervenir en distintos niveles: hogar, comunidad, EESS y distrito o región.

Este estudio cualitativo tiene como objetivo general explorar y describir los conocimientos, percepciones y prácticas de familias, actores comunales, personal del PNCM y de salud respecto a la suplementación con MMN en niños y niñas de 06 a menos de 36 meses de edad en Piura, Huancavelica y Ucayali.

Los objetivos específicos del estudio son:

- Explorar y describir los conocimientos y percepciones que tienen el personal y agentes comunitarios de Salud, Madres Cuidadoras, Facilitadoras, líderes comunitarios, Acompañantes Técnicos, familias usuarias y no usuarias del PNCM sobre la suplementación con MMN en niños de 06 a menos de 36 meses de edad.
- Explorar como se realiza el proceso de la suplementación con MMN a niñas y niños 06 a menores de 36 meses de edad.
- Conocer y describir las experiencias y prácticas del personal y agentes comunitarios de Salud, Madres Cuidadoras, Facilitadoras, Acompañantes Técnicos, familias usuarias y no usuarias del PNCM sobre el manejo y consumo de MMN en niños de 06 a menores de 36 meses de edad.
- Conocer los aspectos relacionados con la aceptabilidad de los MMN por las familias (y/o cuidadores) y los niños de 06 a menores de 36 meses de edad.

Metodología

El estudio se orienta a brindar un cuerpo relevante de información cualitativa - a profundidad, con enfoque intercultural - que sirva para entender los procesos de distribución, entrega, preparación y consumo; así como los de acompañamiento y monitoreo del proceso de suplementación con el MMN. Corresponde a un acercamiento exploratorio, transversal y de descripción cualitativa, sobre los conocimientos, percepciones y prácticas de los actores comunales, familias, personal de salud y equipo vinculado al funcionamiento del PNCM en tres regiones del país: Piura, Huancavelica y Ucayali.

Los actores considerados por el estudio incluyen: a) cuidadores principales de niños entre los 6 y 36 meses de edad, b) madres cuidadoras del SCD del PNCM, c) facilitadores del SAF del PNCM, d) equipo técnico del PNCM, e) profesionales y técnicos de salud responsables de la atención de niños, f) líderes comunitarios, g) agentes comunitarios de salud y h) autoridades del gobierno local; que vivan y trabajen en el conjunto de distritos y provincias de las regiones de Piura, Huancavelica y Ucayali seleccionadas para el desarrollo del presente estudio. La inclusión de todos estos actores tenía la intención de representar diferentes niveles involucrados en la aceptabilidad del MMN: individual, interpersonal, comunidad, institucional y político.

La muestra para este estudio cualitativo se definió de manera propositiva y de conveniencia, guiados por el criterio de diversidad en la selección de la misma. En cada región se seleccionaron 2 provincias y en cada provincia un distrito con SAF o SCD o ambos servicios. La selección fue realizada en forma conjunta por el equipo de investigación y los equipos de MIDIS (DGSE y PNCM). Una vez ubicado el distrito a estudiar, se determinó el o los tipos de servicio del PNCM (SCD o SAF) presentes en cada uno. En tres distritos se trabajó con un tipo de servicio y en los otros tres, con los dos tipos de servicio, derivando así, en nueve casos o contextos a estudiar, como parte de la muestra. Así, se procedió a la selección de un Comité de Gestión para cada uno de los servicios vigentes en cada distrito, sea SCD y/o SAF. Los Comités de Gestión seleccionados debían tener más de 3 meses de funcionamiento previo al trabajo de campo, una cantidad promedio de usuarios (evitando los casos con pocos usuarios) y en base a una evaluación cualitativa inicial y rápida en torno a su funcionamiento, estar ubicados como casos exitosos, casos promedio, o casos con dificultades para obtener una mayor diversidad en los casos.

El recojo de información se realizó mediante la aplicación de diferentes técnicas cualitativas: a) **para la dimensión discursiva**, entrevistas semi-estructuradas a profundidad, grupos focales, entrevistas de salida a cuidadoras principales después de atenciones CRED; b) **para la dimensión de la práctica cotidiana**, observaciones semi-participantes del momento de comer en los CCD, en los hogares con niños entre 6 a menos de 36 meses, así como en la atención de CRED para apreciar la entrega del mensaje y consejería sobre el MMN, y en las visitas familias de las facilitadoras de SAF. En el siguiente cuadro se presenta el resumen de las aplicaciones de las diferentes técnicas por región y por actor, así como el número total.

Cuadro 1: Resumen de las técnicas y su número aplicadas en campo

Tipo de Técnica y Actor	Piura	Ucayali	Huancavelica	Total
Entrevista a profundidad: Cuidadora principal, Colaboradores de la UT-PNCM y de Salud, Personal de la UT-PNCM, Personal de salud, Funcionario Municipal	43	64	74	181
Grupo focal: Colaboradores de la UT-PNCM y de Salud	2	4	2	7
Observación semi participante: Cuidadora principal, Colaboradores de la UT-PNCM y de Salud, Personal de salud	14	15	24	53
Entrevista de salida: Cuidadora Principal	5	4	8	17

Para el análisis, la información recogida digitalmente en audios en campo, así como las notas tomadas de las observaciones, fueron transcritas. Usando el software NVivo, se procedió a codificar y resumir dicha información agrupándola, organizándola y clasificándola, por región, por los servicios

presentes (SCD o SAF) y por el tipo de actor entrevistado, en temas y subtemas de estudio, contemplados en las guías de investigación y aquellos que emergen en el proceso de recojo de información. Los temas y sub-temas encontrados se organizaron y presentaron en base a las nueve dimensiones especificadas en los términos de referencia para el estudio. Así, en el presente informe, se presenta un capítulo para cada dimensión estudiada y dentro de cada tema los resultados divididos por región, Servicios PNCM y actores.

La dimensión de “Consumo y aceptabilidad del MMN” tanto a nivel del hogar como del CCD, se define como eje central del proceso de análisis. En torno a esta dimensión central, se articulan y organizan las otras dimensiones involucradas, a saber: Capacitación sobre los MMN, Conocimientos del MMN, Responsabilidades de actores comunales del PNCM, Recepción y entrega del MMN, Consejería Nutricional sobre el MMN, Acompañamiento al proceso de suplementación del MMN, Condiciones previas al consumo del MMN, Opinión y valoración sobre el MMN y Gestión de la Información.

Resultados

A continuación se presenta una integración de los principales resultados de este estudio, siguiendo el orden de exposición de los temas en la sección de resultados y finaliza con una sección de conclusiones y recomendaciones.

En todas las regiones la **capacitación** sobre el tema del MMN a nivel del personal de salud, siguió la lógica y estructura de un proceso de capacitación en cascada. De esa manera, el punto de inicio de los contenidos a impartir, viene a ser la aprobación de la norma técnica nacional sobre la suplementación con MMN, en el nivel central del MINSA, en Lima. Dado que esta norma técnica (DS 055-2016/MINSA/DGSP)² ha tenido modificaciones desde el nivel central de MINSA, y adecuaciones a nivel regional, a lo largo de los últimos años, era crucial su difusión y aprendizaje a nivel regional y local. A su vez, la capacitación sobre el MMN a nivel del personal de cada UTPNCM, siguió también el modelo de cascada, sea que se haya contado o no con la participación del personal de salud como capacitadores o sólo con los especialistas de cada UT-PNCM.

Para que la capacitación en cascada funcione, se asume que cada participante a un taller de capacitación a nivel regional por ejemplo, realizará una sesión de réplica en el establecimiento de salud de donde proviene, o en los establecimientos de salud que coordina; o en el caso de la UT-PNCM, con los acompañantes técnicos o acompañantes comunitarios, según sea el caso, y estos a su vez, con los colaboradores voluntarios a su cargo. Sin embargo, este modelo de capacitación muestra debilidades porque no necesariamente llega a cumplirse, pues depende del desempeño y compromiso individual de cada participante quien recibió la capacitación, y además no hay evidencia de un mecanismo de supervisión funcional que verifique este paso, retroalimentando y confirmando que se trabajen los mismos contenidos y con la misma calidad recibida. Esto se complica más aún dada la dificultad de encontrar el tiempo como para poder realizarlo. De esa manera, tanto en el nivel del establecimiento de salud, como de los CG involucrados, se ha encontrado algunos profesionales de salud, AC, AT y colaboradores voluntarios, que no han recibido réplicas ni capacitaciones organizadas. Sin embargo, se han agenciado la búsqueda de información de manera virtual, o mediante conversaciones personales con asistentes a los talleres regionales, o a través de la consejería del PS. La otra limitación para el modelo, proviene de los altos índices de rotación de personal dentro de las regiones, incluso en la UT-PNCM, dado que interrumpe el proceso de capacitación hacia los niveles siguientes. Si bien el personal capacitado se mantiene en la región y dentro del sistema de salud, la resultante va acumulando personas capacitadas, más no contribuyendo a la capacidad instalada en el EESS.

En específico, el proceso de capacitación dentro de las UT-PNCM visitadas, dado que la dimensión sobre la que actúa, es bastante más reducida que en el sector salud, pero sobre todo, por la presencia más cercana de mecanismos de monitoreo y supervisión; el desarrollo de la capacitación en cascada llega a implementarse mejor. Los coordinadores pueden efectivamente saber quién no realizó su réplica; o atender las necesidades de una complementación de manera pronta. Llama la atención que los ámbitos SAF, especialmente en Ucayali, se muestren con mayores limitaciones que los ámbitos SCD, en el desarrollo de estas capacitaciones en cascada. Al igual que en el sector

² ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_055-2016-MINSA.pdf

salud, la dispersión y la rotación no favorecen este modelo. Así como encontramos personal de salud que no llega a tener réplicas sobre el tema del MMN; en las UT-PNCM visitadas, también encontramos facilitadoras o madres cuidadoras o miembros de comités de gestión que no han recibido capacitación.

Los contenidos de capacitación para el personal de salud, se orientan a garantizar el conocimiento y manejo de la norma técnica vigente (RM 055-2016/MINSA, DS N°068-MINSA) sobre la suplementación con hierro, así como, en el registro de las entregas, etc. La capacitación en torno a algo normado, facilita la estandarización en cuanto a contenidos, decisiones y mensajes entre el personal. De otro lado, las capacitaciones tanto para el personal de salud como para el personal de la UT-PNCM, se enfocan más en la estadística sobre anemia y desnutrición en la población, como se debe manejar y preparar los MMN, así como en los componentes del MMN. Es notable la ausencia, en ambos públicos, de capacitar en las habilidades de consejería y de cómo dialogar y resolver situaciones y problemas que las cuidadoras principales presentan respecto al consumo del MMN, incluyendo el buscar alternativas con ellas. Esto indica que no se viene trabajando con un enfoque basado en la educación de adultos, que apunte hacia la consolidación de competencias, que afiance el aprendizaje desde la práctica, las motivaciones, y trascienda el nivel de la transmisión de los conocimientos como eje de capacitación.

Las limitaciones de las capacitaciones se evidencian cuando esta aproximación más bien conceptual y expositiva, tiene que ser “traducida” a otros, incluyendo a colaboradores voluntarios del nivel comunal o local que no son profesionales de salud. La necesidad o requerimiento de hacer algo más práctico y comprensible en las capacitaciones se vuelve crucial. En este contexto, el desarrollo de sesiones demostrativas sobre alimentación con los MMN, que se realice en algunas capacitaciones, permite y facilita el aprendizaje. Se ha llegado a incorporar la degustación del MMN en estas sesiones demostrativas, y esto resulta muy motivador tanto para los capacitadores como para las asistentes. Además, permite que los participantes tengan más recursos en dar respuesta a las dudas de las CCPP sobre la aceptabilidad del producto,.

Considerando el contenido de las capacitaciones, resulta evidente que los capacitadores de otros, necesitan no sólo contenidos a transmitir, sino, también manejar metodología de capacitación de adultos basado en el aprendizaje de competencias y no solo de contenidos. Es decir, que los capacitados pasen a ser formadores o facilitadores, específicamente para el tema del MMN, y la metodología implica saber estructurar un evento de capacitación, para trascender lo expositivo.

Además resulta evidente la carencia de material educativo, para afianzar la metodología participativa e interactiva, ya evidenciada como útil y eficiente, desde el ejercicio de las sesiones demostrativas. Se necesita el diseño de ejercicios de preparación del MMN para facilitar la comprensión del cambio de sabor vinculado a la consistencia y a la temperatura; o de mecanismos que faciliten el manejo y comunicación de los mensajes principales (canciones, por ejemplo).

La capacitación incide directamente en los **conocimientos** que maneja cada actor, ya sea personal de salud o actores del PNCM y los CCPP. Los resultados muestran que los conocimientos se plantean en tres áreas principales – la preparación, los componentes y los posibles efectos negativos de los MMN.

Para la **preparación**, se manejan los siguientes sub-temas:

- **Dosificación y frecuencia** de consumo: El saber que el MMN se da un sobre al día, constituye uno de los conocimientos más sólidos encontrados. Sin embargo, algunos entrevistados, sobre todo a nivel local, indican el desconocimiento de la dosis requerida, o entre algunas CCPP, se señala más de un sobre al día, o se tiende a dar menos de un sobre al día argumentando que caso contrario el niño no lo consume.
- **Separar una porción de la comida:** Para mezclar el MMN, aunque en algunos casos definidos, se menciona que debe combinarse con toda la comida.
- **Consistencia de las preparaciones:** principalmente en preparaciones espesas y semi-espesas, exhibido por la mayoría de actores, incluyendo CCPP. Sin embargo, encontramos también que, si bien, la mayoría de entrevistados, va a señalar radicalmente, que no se recomienda la combinación en preparaciones aguadas o líquidas, se mantienen algunas interrogantes (incluso en el personal de salud) acerca del por qué de tal restricción; así como, actores que mencionan que el MMN se debe mezclar en preparaciones líquidas, cuando la

norma dice lo contrario, debido a que facilita el cambio de sabor y que el contenido del MMN se concentre en el fondo o en los costados y no sea aprovechado por el niño.

- **Temperatura:** La indicación de preparar el MMN, en preparaciones tibias, no entraña mayor divergencia entre los actores; sin embargo, no siempre se establecería la fundamentación de tal criterio; orientado a evitar la emergencia del sabor y olor, al enfriarse la preparación, pero también al prepararlo en comidas calientes.
- **Tiempo entre preparación y consumo:** Una noción escasamente planteada por los actores, no se tiene claridad sobre el tema, y no se la tiene presente necesariamente.

Con respecto a los **componentes**, el análisis muestra que estos varían por actor como se describe a continuación:

- **Personal de salud, AT y AC, y algunas Facilitadoras:** Identifican un mayor número de componentes asociados al sobrecito de MMN, respecto a los demás actores, no recuerdan todos en su conjunto, sino parte de ellos. Identifican de manera específica, el hierro, el ácido fólico, vitamina A y C, siendo el zinc el menos recordado. Por otra parte, se presentan alusiones al calcio, o sulfato ferroso, como elementos presentes en el MMN (incluso entre el personal de salud) y en algunos casos se menciona el fósforo y la vitamina E.
- **Colaboradores voluntarios (MCCCD, FSAF):** Mencionan principalmente el hierro, pero también la vitamina A y C, aunque algunas llegan a mencionar el zinc y el ácido fólico.
- **Miembros de los CG y CV y las CCPP, usuarias o no usuarias, y los ACS:** Lo más común es el señalamiento del hierro como componente. Sin embargo, la noción más vigorosa entre todos ellos es la de identificar su contenido con vitaminas en general. Otro término que aparece, con la misma cualidad englobante, es el de proteínas, el cual se indica como otro componente básico del MMN.
- **Madres Cuidadoras, CCPP y ACS:** Asocian los componentes del MMN con alimentos característicos como “sangrecita”, “higaditos”, “frutas molidas”, “queso”, “huevo”. De esta manera, se remarca, el gran valor del MMN, pues constituyen alimentos, que no suelen estar presentes de forma cotidiana en la dieta familiar y a los cuáles se tendría acceso, mediante el consumo del MMN.

El planteamiento de posibles **reacciones no deseadas**, ha sido principalmente, manifestado por las cuidadoras principales, quienes informan de condiciones tales como diarreas, estreñimiento, náuseas y vómitos. Estas dolencias van a atribuirse, desde la lectura del personal de salud y del PNCM, a las malas prácticas de higiene, y no al consumo del MMN o a un proceso de adaptación progresivo del organismo del niño. Sin embargo, la presencia de estas condiciones influye en el consumo o no de los MMN, tanto en el hogar como en el SCD.

Las **responsabilidades de los actores comunales** están ligadas a los conocimientos que maneja cada actor, ya que estas influirán en sus actividades y los conocimientos que necesitan para desempeñarlas. A nivel del sistema de salud, las responsabilidades relacionadas a MMN se concentran principalmente en el personal de CRED y nutrición quienes son responsables de la entrega, registro, consejería, capacitación y demostraciones asociadas al MMN. En cuanto a cómo cumplen con estas responsabilidades, los resultados muestran que la calidad de la consejería es deficiente en muchos casos, ya que se enfoca en la preparación del MMN principalmente, y no incluye un diálogo sobre la solución a posibles problemas, como la ocurrencia de diarreas o heces oscuras, o la falta de aceptabilidad del MMN por parte del niño, tal como muestran las observaciones realizadas en CRED, así como las entrevistas a CCPP. En cuanto a sus responsabilidades ligadas al registro de información, existen algunas limitantes en su habilidad de desarrollar estas responsabilidades, efectivamente, por ejemplo su tiempo es limitado para la carga de trabajo que tienen y el registro de información les toma demasiado tiempo, o el sistema de información no les permite registrar la entrega de más de 30 sobres de MMN.

A nivel de Micro-red, Red y DIRESA el personal de salud es responsable de dar capacitaciones. Sin embargo, no necesariamente están capacitados en metodología de capacitación y por ende los conocimientos en cascada que se transmiten van diluyéndose. Además son responsables de consolidar datos que provienen de los centros de salud y reportarlos al nivel superior.

Dentro del SCD, las Madres Cuidadoras, Madres Guías y Acompañantes Técnicos tienen responsabilidades ligadas a asegurar el consumo de MMN, normalmente durante el almuerzo que se provee en los CCD. Estas responsabilidades incluyen el registro del consumo junto con la asistencia.

Por lo tanto, estos actores pueden verificar consumo, algo que ningún otro actor dentro del proceso puede hacer. Además tienen un rol en reforzar la recepción y entrega del MMN, pues promueven asistencia puntual a CRED. Existe un obstáculo en la entrega de los MMN a los CCD por parte de las CCPP. A pesar de que las MCCCDD insisten, se muestran casos de poca motivación por parte de las CCPP para hacer esta entrega y por ende estos niños no consumen los MMN. Sin embargo, cuando se supera este obstáculo y las CCPP entregan los MMN a las MMCC, existe mayor seguimiento al consumo desde los coordinadores de programa, pasando por el AT, hasta las MCCCDD. Llevan a cabo supervisiones mensuales en una muestra de CCDs, donde contrastan el producto almacenado, con la lista de asistencia de los niños y quienes entregan sus MMN.

Al llevar a cabo una visita domiciliaria, las Facilitadoras tienen dentro de sus responsabilidades preguntar si el MMN se consume o no y registrar la respuesta en su ficha. Sin embargo, los resultados mostraron instancias donde la Facilitadora fue más allá promoviendo el consumo de MMN (por ejemplo preguntando donde los guardan y contando los sobres que tienen), así como haciendo demostraciones de su uso. De cualquier forma, refuerzan la recepción y entrega del MMN por parte del personal de salud, pues promueven asistencia puntual a CRED. No obstante, requieren capacitación específica sobre el MMN ya que no siempre brindan orientaciones adecuadas ni pueden resolver problemas que plantea la CP.

Se encontró evidencia de que la **recepción y entrega de MMN** en los establecimientos de salud se da independientemente de que los niños tengan DNI y/o SIS. Sin embargo, este hallazgo debe relativizarse con evidencia de que algunos centros de salud no atienden a los niños sin DNI y el hecho de que muchas CCPP no acuden a los centros de salud cuando sus niños no tienen DNI y por ende tampoco SIS. Además los actores municipales entrevistados comentaron sobre su esfuerzo en completar los padrones nominales y asegurarse de que todos los niños contaran con DNI.

El proceso de entrega en algunos establecimientos de salud requiere de varios pasos: reciben la receta para los MMN en CRED, van a la farmacia a recogerlos y luego regresan a CRED para recibir consejería sobre la preparación ya con el MMN en mano, afectando el tiempo requerido, tanto por la CCPP como por el PS de CRED. Según observaciones en CRED realizadas en este estudio, las orientaciones dadas durante la consejería suelen ser muy generales e incompletas. Además no hay repreguntas (de chequeo) que permitan asegurar comprensión de las indicaciones por parte de las CCPP. Este proceso podría agilizarse permitiendo que los MMN se entreguen directamente en CRED y fortaleciendo las capacidades de consejería del personal de CRED y sugerido por algunos PS.

Los MMN se recetan y entregan por 30 días lo cual es apropiado mientras los controles CRED sean mensuales, pero a partir de que el niño cumple 1 año, sus controles pasan a ser cada dos meses o tres pasando los 2 años. Normalmente, las CCPP son citadas para volver mensualmente y solamente recoger los MMN, sin embargo muchas no lo hacen porque olvidan la cita o les toma mucho tiempo. El personal de salud normalmente no entrega más de 30 sobres ya que el sistema de información no le permite registrar más, y además no saben cómo afectará el consumo darle a la madre 60 sobres o más al mismo tiempo.

Se ha observado en el estudio que los MMN son recetados independientemente de la respuesta de la CP a la pregunta de si consume o no, o si la CP quiere recibirlos. Por lo tanto, la entrega en muchos casos, no corresponde a un consumo efectivo, pues las CCPP no siempre manifiestan abiertamente, que no brindan el MMN. Se presentan casos en los que frente a la insistencia del personal de salud, para que lo reciban, las CCPP los aceptan pero llegando a sus casas simplemente lo guardan, y cuando ven que se han pasado de fecha de vencimiento, los desechan.

Se presenta a continuación una lista de barreras y fortalezas a la entrega y recepción de MMN:

- No llevan a los niños a sus controles CRED porque no cuentan con DNI - especialmente en Ucayali, pero también en las zonas SAF de Huancavelica- por una decisión o actitud de la CP de no ir porque no consigue resolver sus necesidades económicas, o a organizar sus actividades diarias para tener tiempo.
- Los viajes de las familias a otras regiones representan una barrera ya que se descontinúan los controles CRED por ende la recepción del MMN.
- La consejería que se lleva a cabo con la entrega no es óptima. Las razones que da el personal de salud para estas deficiencias incluyen que no tienen tiempo, hay alta rotación de personal, y que muchos son profesionales en su SERUMS, no capacitados adecuadamente.

- Los cambios en el régimen de entrega definido por las normas han creado confusión con respecto a re-inicio o continuación cuando un niño tiene consumo interrumpido. Por lo tanto es importante reforzar la norma actual, y asegurar comprensión por parte de las CCPP.
- Una fortaleza para la recepción puntual o regular del MMN reside en el seguimiento que las Madres Guías y, Madres Cuidadoras, y Facilitadoras y realizan a la CP.
- Durante el estudio, se encontró que el abastecimiento de MMN no era un problema actual. Depende de que el pedido de stock se haga cada 3 meses.
- En Ucayali se han entregado MMN durante vistas domiciliarias por parte del personal técnico extramural, contratado específicamente para atender esta problemática. No hay evidencia de que esto se haya dado en las otras regiones, sin embargo se podría considerar entrega por otros agentes en la comunidad, como promotores de salud o agentes comunitarios de salud.

La recepción y entrega de MMN están relacionadas a la **consejería** y las observaciones y entrevistas llevadas a cabo en este estudio, muestran que la relación entre el personal de salud y la CP tiende a ser directiva y no permite un dialogo fluido. Por lo tanto, la consejería no atiende los problemas y las situaciones que la CP expone sobre su práctica (si es que lo hace), no le brinda alternativas (por ejemplo: diferentes preparaciones o alimentos, o explorar con la CP cuándo el niño tiene más hambre), ni tampoco se le hacen preguntas de chequeo que permitan confirmar su comprensión. Durante la consejería, el consumo no suele ser el eje de la indagación y el énfasis de la misma se dirige a lo que hace o debe hacer la CP. Además no se tiende a realizar un seguimiento de prácticas previas de alimentación complementaria, no indagándose en los patrones de alimentación en el hogar, la disponibilidad de alimentos, tiempos y prácticas en relación a la alimentación del niño. A este panorama, se suma, la escasa exploración en los problemas y dificultades que la CP experimenta respecto al consumo. Se presentan muy pocos ejemplos de retroalimentación positiva a las CP si ha tenido un logro o acierto. Las orientaciones básicas en torno a la preparación del MMN, suelen ser incompletas, sólo haciendo énfasis en algunos aspectos (por ejemplo, no siempre se prioriza el aspecto de la consistencia, o la importancia de no dejar pasar mucho tiempo entre la preparación y el consumo). Asimismo la consejería se realiza sin recursos o materiales educativos que apoyen la comprensión de la información, siendo la metodología expositiva y con escasa participación de la CP.

Cuando se contrastan estos hallazgos con los obtenidos a partir del discurso que plantea el personal de salud que realiza la consejería, se presenta una brecha significativa. Sin embargo, encontramos varias líneas importantes en el discurso del personal de salud y que aplicados efectivamente, favorecerían sin duda, el consumo del MMN, (aunque en la práctica no se de):

- Señalan interés e indagación en las dificultades que plantea la CP, y la necesidad de convertir la consejería en un espacio de diálogo
- Destacan la necesidad de asegurar la comprensión de las indicaciones
- Reconocen la importancia de la articulación de recomendaciones que se brindan o alternativas que se discuten y el respectivo seguimiento y retroinformación que se brinda
- Valoran y reconocen los aciertos y el compromiso de la CP, respecto al consumo del MMN, así como la importancia de la felicitación explícita.
- Señalan la importancia de tener tiempo suficiente para dar una consejería de calidad, condición no siempre disponible .

Fuera del establecimiento de salud, se da lo que se hace el **acompañamiento**. En los ámbitos del SCD y SAF, el acompañamiento se ha considerado como instancias de orientación. Por ejemplo, en el ámbito del SCD, las Acompañantes Técnicas, a través de sus visitas de seguimiento a los diferentes Módulos y las reuniones sistémicas de evaluación con las Madres Cuidadoras y Madres Guías brindan orientación específica sobre la entrega y el consumo del MMN, al igual que aquellas vinculadas con las actividades educativas que deben desarrollar las Madres Cuidadoras. Estas reuniones sirven como espacios de evaluación, capacitación e intercambio de información. Por su parte, en el ámbito SAF el seguimiento a las tareas de las Facilitadoras, se realiza de manera regular por los Acompañantes Técnicos y Comunitarios. En cuanto al MMN, se incide en la información que recogen las Facilitadoras, sobre el MMN y que se concentra básicamente en su recepción y en su ofrecimiento al niño.

A nivel del SCD, se cuenta con varias líneas de acompañamiento vinculadas no solamente con la recepción de MMN, sino también con el consumo en algunos casos:

- El trabajo de la Madre Guía, directamente, vinculada al seguimiento de las familias con niños en riesgo nutricional. Durante las visitas programadas que realiza, trata temas vinculados a las prácticas de cuidado y salud de los niños, entre ellos, el consumo del MMN. No siempre puede verificar directamente, si se produce el consumo, a menos que las visitas coincidan eventualmente, en el momento en que se va a brindar el MMN con la comida.
- Además, la Madre Guía brinda orientación directa a la Madre Cuidadora, sobre el funcionamiento y el cuidado general de los niños, en los campos de nutrición y aprendizaje.
- La Madre Cuidadora en relación a la CP, insiste en la entrega puntual del MMN; brinda igualmente, orientaciones sobre el consumo del MMN de los niños en el CCD, pero no de manera sistemática, sólo aprovechando momentos de encuentro cotidiano con la CP y los viernes cuando entrega los sobres para el fin de semana.
- La información sobre el consumo del niño, en el CCD no siempre es solicitada por la CP, sin embargo, podría constituir materia de intercambio, dando pie para conocer los problemas que las CCPP pudieran tener cuando deben dar directamente, el MMN.
- El seguimiento al consumo los días que no asiste el niño al CCD, se enfoca en preguntar a la CP si lo ha brindado o no, no se indaga más ampliamente, sobre la forma de preparación que se sigue, o por el consumo.
- Las reuniones de capacitación dirigidas a las familias usuarias representan otra oportunidad de acompañamiento.
- Los miembros de los Comités de Gestión y Vigilancia realizan labores de motivación, reforzando la importancia del consumo del MMN, en su relación con las familias usuarias, pero estas orientaciones se realizan de manera informal y no conforman parte de una estructura de seguimiento y acompañamiento asociada a sus funciones.
- Dado que suelen realizar visitas de seguimiento a los CCD, para observar sus necesidades pero también el desempeño de las MMCC, los miembros de los Comités de Gestión y Vigilancia pueden señalar si se da el caso (las visitas no siempre suceden durante la hora de administración del MMN) si efectivamente, se brinda el MMN a los niños y si se realiza de manera adecuada.

En el ámbito del SAF las Facilitadoras son las que tienen el rol más claro de orientación a las CCPP, respecto al MMN. Sin embargo, su incidencia propiamente, en el consumo, resultaría marginal; pues durante las visitas domiciliarias, sólo se pregunta de manera sistemática si se recibió o no el MMN y si éste se ofrece o no (en cuanto al consumo, sólo se obtiene una respuesta referencial, no existiendo estrategias sistemáticas de verificación práctica). Se encontró que las Facilitadoras no siempre brindan indicaciones adecuadas, respecto a la preparación del MMN, ni se encuentran en condiciones de absolver todas las preguntas y dificultades que plantea la CP. Además un aspecto crítico que enfrenta la Facilitadora, lo constituye el reconocimiento de su labor, tanto por la CP como por la comunidad, lo cual afecta su rol de orientación.

Un espacio de información y capacitación que reúne a las familias usuarias del SAF, lo constituyen las sesiones de socialización, bajo la conducción de la AT. En estas reuniones se abordan diversos temas relacionados con el cuidado y la salud del niño, enfatizándose en la importancia de los controles CRED y en el consumo del MMN. Es sobre todo, el Comité de Gestión el que realiza un seguimiento más cercano al MMN, ya que tienen dentro de sus responsabilidades coordinar con el personal de CRED para compartir información sobre sus familias usuarias y desarrollando una relación directa con estas familias, teniendo así oportunidades de realizar labores de promoción de MMN e indagando si se están ofreciendo. Por su parte, el rol del Consejo de Vigilancia, se centra en la supervisión y evaluación de la calidad del servicio, examinando sobre todo, el cumplimiento de funciones de las Facilitadoras. Los resultados muestran la importancia de capacitar constantemente a las Facilitadoras para que puedan realizar efectivamente sus visitas y brindar orientación a las familias. Sin embargo, en cuanto al MMN, algunas declararon que hasta el momento no habían recibido capacitación específica y que muchas de las indicaciones que brindaban tenían fundamento en su condición y experiencia en tanto cuidadoras principales.

Una vez los MMN han sido recibidos con su consejería correspondiente, se dan una serie de **condiciones previas al consumo** ya sea dentro del hogar o en el ámbito del SCD. En el hogar, las CCPP deben identificar un lugar de almacenamiento para los mismos. El análisis muestra que se guardan principalmente en el cuarto (dormitorio) o en la cocina. Cuando se guardan en el cuarto se colocan en un estante alto, dentro del ropero o en el botiquín, y dentro de su caja o en una bolsa. Mientras que cuando se guardan en la cocina, se dejan sobre la mesa del comedor, colgados de

algún clavo o en una olla. Las observaciones mostraron que el chispitero no se utilizaba, la mayoría se vieron en desuso, sin utilizarse para almacenar MMN.

Las condiciones que se consideran en el momento de seleccionar el lugar de almacenamiento, y recomendado por PS a las CCPP, incluyen:

- Lugar seco, fresco y lejos de una fuente de calor para que no cambien de sabor.
- Fuera del alcance de los niños.
- Para poder verlo y ayudar a recordarse de usarlo, es decir tenerlo a la mano.

En cuanto a otras condiciones que se dan previamente al consumo, como la preparación, y prácticas de higiene, se encontró que en muchas ocasiones traen los MMN después de servir la comida al niño y esta se enfría. La gran mayoría de CCPP no se lava las manos antes de servir la comida y preparar el MMN. En instancias cuando el consumo no se da dentro del hogar, los resultados muestran que las CCPP guardan los MMN hasta que pasa su fecha de vencimiento y luego los desechan.

Debido a las observaciones que los MMN son guardados en el hogar en forma apropiada, cabe mencionar que el almacenamiento, no viene a ser un punto crucial para explicar el consumo o no consumo de MMN.

En el ámbito del SCD, los MMN se guardan normalmente en condiciones apropiadas, en un recipiente de plástico (taper), individual para cada niño, en una repisa alta y protegida, aunque se encontraron instancias donde estaban al alcance de los niños. Las prácticas de mezclar el MMN con la comida son correctas, aunque a veces se olvidan de darlos o se enfría la comida antes de que los niños empiecen o terminen de comer. Los sobres usados comúnmente se desechan o se guardan en una bolsa. A diferencia del hogar, en los CCD la práctica de lavado de manos de las MC y los niños se observó en la mayoría de instancias.

A través de todos los procesos estudiados, lo más importante y lo que todo actor quiere lograr es el **consumo** de MMN. El análisis muestra que las CCPP, ya sea usuarias o no usuarias del SCD o SAF, que han recibido el MMN, por lo menos intentan dárselo a sus niños una vez. Es decir, la primera reacción de la CP es la de seguir las instrucciones y consejos del personal de salud, a pesar que no tenga muy claro todo lo que involucra. Una vez iniciado el consumo del MMN, la primera barrera viene a ser la ocurrencia de eventos no deseados, tales como diarreas o heces oscuras. La continuidad en el consumo del MMN en este caso, dependerá de:

- la convicción que tenga la madre en la importancia del MMN para su niño;
- la situación de salud del niño (si tiene anemia, insistirá);
- de la gravedad del evento (diarrea continua, desanima);
- del acompañamiento efectivo que tenga (si le ayudan a entender que es algo pasajero, o si le han adelantado que así se van a poner sus heces, o es parte del proceso de adaptación, tienden a continuar).

La otra barrera que se presenta tiene que ver con el lado de la aceptabilidad. Aquí se pueden presentar dos situaciones: que el niño no quiera la comida mezclada con MMN, pero si otra comida; o que el niño no quiera comer ninguna comida, o coma menos de lo acostumbrado. El temor a que ya deje de comer, y, por ende que baje de peso, está presente en las dos.

La preparación reportada por las CCPP y observada en casas, no necesariamente sigue los criterios adecuados. Especialmente el tema de la cantidad de comida en la que se mezcla, así como la temperatura (no se entibia primero y luego se mezcla, sino que se mezcla en la comida caliente y luego se entibia) son los puntos críticos. Si bien se reporta reiteradamente que hay que preparar en comida espesa, esto no siempre puede cumplirse porque al niño le gusta algo más aguado. En el extremo, se han encontrado casos donde no se prepara el MMN si no se ha cocinado segundo en el hogar.

Por su parte, en el ámbito del SCD, las observaciones mostraron prácticas adecuadas para la preparación de la mezcla del MMN con la comida, en los recipientes de cada niño. La MC encargada, o las encargadas, luego de lavarse las manos, recogían los sobres de MMN y ubicándose en la mesa respectiva, junto a los recipientes (tapers) de comida, procedía a mezclar el MMN. Esto se hace, en la gran mayoría de los casos, procediendo a preparar la mezcla uno por uno y generalmente de espaldas a los niños, para que no vean que se está poniendo el MMN. Luego se le da al niño la

primera cucharada, y si ya puede comer solo, se le deja para que termine por su cuenta. Se sigue con el próximo niño de la misma manera. El caso de los bebés menores de un año, es diferente. La MC los carga y se asegura de darles de comer directamente. Desde ese punto, la MC va monitoreando la ingesta de los otros niños, incentivando al consumo básicamente con estrategias verbales o de juego modelado (“mira como come él”), o eventualmente, ayudando a comer al o a los niños que están más cerca de ella. Se observó casos de consumo efectivo (terminaron toda la porción con MMN), así como casos de consumo incompleto y de no consumo. Por ejemplo, una niña que ya podía comer sola, se le separaron las dos cucharas, se le mezcló el MMN y se le puso el recipiente delante de ella. La niña procedió a comer del otro lado, es decir de donde no había MMN y la MCCCC no se dio cuenta de ello. No siempre las MMCC pueden cerciorarse que los niños hayan comido la porción con el MMN.

El momento del almuerzo viene a ser el momento exclusivo para ofrecer el MMN durante toda la jornada. Y según la reflexión tanto de las MCCCC, como de los AT y los Especialistas de Salud es así como el personal de salud les ha explicado que se haga. No se encontraron casos donde se planteará la posibilidad de dar el MMN en la entre-comida de la mañana o de la tarde, en el caso que algún niño mostrará rechazo para comerlo con el segundo o comida salada, y considerar otra preparación como mazamorra o fruta (que pueden ser mezclados en frío). Mientras mayor es el número de niños que van a almorzar, por cada MC, mayor es la complicación para manejar y motivar a comer a los niños. Sin embargo, las MC no ven la adición de los MMN a la comida como un trabajo adicional, o una carga más en el trabajo. En general, les parece algo sencillo y muy importante para los niños. Cabe mencionar que en la mayor parte de las observaciones los niños no llegan a comer más allá de un cuarto o la mitad de la ración. Hay observaciones donde más de una MC se ocupa de dar de comer a los niños, en la misma mesa, o de animarles a comer y en esos casos, se logra más efectividad en cuanto al consumo del MMN y de la comida en general.

Se observó también que las MMCC, en su mayoría, mostraban desde su práctica una incorporación avanzada de estrategias de alimentación responsiva, como el mirar a los ojos; el hablar con ellos y no sólo dar comandos; el recurrir al juego para conseguir la atención y focalizarse en el bocado, hacer simulaciones (“Mira, mira cómo como... rico uhmmm”), cantar diversas canciones, felicitando porque están comiendo. Sin embargo, también se observaron casos donde el niño por alguna razón no específica se puso a llorar o no quiso comer y la MC no insiste más, le deja con el plato al frente y va a atender a otros niños. Por otra parte, también se encontraron casos en los que algunas CCPP prefieren encargarse de darles de comer a sus hijos, es decir van al CCD a la hora del almuerzo, o los recogen a esa hora junto con su comida. Entre las razones que mencionan se encuentran: que sus niños están acostumbrados a comer con ellas, que ellas les van a prestar mayor atención que las MC al momento de comer, que a sus niños no les gusta la comida del CCD, o que necesitan verificar que coma todo su MMN.

Uno de los aspectos que se considera tiene un gran impacto en el consumo o no consumo de los MMN, se refiere a las **opiniones y valoración** de los MMN. Se encuentra que tanto las representaciones y prácticas favorables como las representaciones negativas en torno al MMN, muestran su incidencia en las decisiones y prácticas de consumo del MMN.

En cuanto a la valoración del MMN que atribuyen las CCPP, se presentan las siguientes ideas-fuerza que demuestran el alto valor que se les confiere:

- Proveen una primera línea de defensa contra la anemia
- Aportan en mejorar el estado de salud, pues brindan protección contra las enfermedades
- Aportan al buen crecimiento del niño
- Potencian el desarrollo cognitivo y emocional
- Aumentan el valor nutricional de los alimentos

Otras representaciones menos recurrentes aluden, a sus efectos positivos en el apetito; y al carácter favorable de contar con un producto valioso de distribución gratuita. Estas representaciones positivas no muestran en conjunto, mayores diferencias entre usuarias y no usuarias del SCD o SAF.

En cuanto a las representaciones críticas o negativas, estas se encontraron sólo en algunas CCPP usuarias y no usuarias, y se relacionarían básicamente, a los efectos perjudiciales que se atribuyen al MMN y que habrían sido experimentados directamente (diarreas, inapetencia); además a lo que se considera un sabor desagradable del MMN y que generaría el rechazo del niño. También se

cuestiona su eficacia. Asimismo, otro grupo muy reducido de CP, no logra precisar el sentido y la importancia del consumo del MMN.

Por su parte, el personal de salud, personal del PNCM y colaboradores voluntarios plantean las siguientes ideas-fuerza, algunas muy similares a las de las CCPP, con respecto a la valoración e importancia que se atribuye al consumo del MMN:

- Su aporte capital en la prevención de la anemia
- Su aporte en el desarrollo integral de los niños (entendido en el orden físico, cognitivo, emocional y social)
- La protección que brindan contra las enfermedades, mejorando el estado de salud de los niños
- El aumento del valor nutricional que aporta a los alimentos

Además de la valoración de los MMN, se analizaron las **opiniones sociales** que diversos actores, situados en el contexto en que se desenvuelven las cuidadoras principales y los actores involucrados en los Servicios, manifiestan sobre los MMN. En cuanto a las CCPP, las principales opiniones negativas que reportan y que recogen del entorno social, se articulan en torno a los siguientes ejes:

- Los efectos perjudiciales atribuidos al MMN (por ejemplo diarreas y estreñimiento)
- El sabor y olor desagradable que se atribuye al MMN
- La no visibilidad de cambios en el niño, a propósito del consumo
- La evidencia que el MMN es desechado, comunicando con ello, la escasa valoración que se le atribuye

En cuanto al personal de salud, personal del PNCM y colaboradores voluntarios, las opiniones negativas no difieren en gran medida de las halladas en las diferentes Regiones (aunque no distribuidas de manera homogénea). Serían por ejemplo:

- Los efectos perjudiciales en la salud del niño, atribuidos al consumo del MMN
- El tema crítico del sabor y el olor, como atributos asociados al MMN
- Los efectos perjudiciales en el desarrollo cognitivo
- Las dudas en torno al contenido y propósito del MMN
- La aplicación de una lectura político-religiosa del propósito del MMN
- El cuestionamiento a la eficacia del MMN
- La evidencia que el MMN es desechado, comunicando con ello, la escasa valoración que se le atribuye

Un marco favorable alentando el consumo del MMN, puede hallarse en las siguientes manifestaciones: Contar con un entorno familiar, comprometido con el consumo del MMN

- El conocimiento e intercambio con otras CP sobre sus prácticas de consumo, refuerza seguridad y confianza, pues se recibe orientación sobre cómo resolver dificultades, pero también el mensaje que es posible lograr el consumo
- La presencia cada vez más pública del MMN, a través de los medios de comunicación, su tratamiento por otros Programas Sociales, además de la participación aunque marginal, de los funcionarios de los Gobiernos Locales
- Las evidencias cada vez más generalizadas de CCPP que plantean de manera explícita los beneficios que encuentran en el consumo del MMN
- Las acciones de sensibilización emprendidas por el personal de salud, así como por el PNCM

Otro aspecto importante del proceso de suplementación de MMN se refiere a la **gestión de la información**. El análisis muestra que la información que se recoge de manera rutinaria incluye fecha de entrega, número de dosis y cuántos sobres ha consumido el niño en el último mes (basado en el reporte de la madre). La tarjeta CRED de cada niño, la cual mantienen las madres, también incluye los datos de MMN (fecha de entrega y número de dosis). Por lo tanto, la información que mantienen y pueden garantizar es principalmente de entrega de los MMN. Esto se relaciona al formulario para seguimiento en el consumo que se contempla en la norma, el cual se refiere al reporte de los sobres de MMN que le sobran a la madre cada mes. Y por consiguiente también se relaciona a la definición de adherencia, la cual requiere que la madre reporte un 'consumo' de más del 86% de los sobres de MMN durante el año que dura la suplementación.

Los actores entrevistados, tanto del PNCM como el personal de salud, concuerdan que la única forma de verificar consumo es por medio de visitas domiciliarias pero no son factibles para todos los niños. A pesar de que la norma prevé hasta tres visitas para aquellos niños que faltan a sus controles, no siempre se llevan a cabo por falta de presupuesto, recursos humanos y tiempo. Algunos programas regionales en Piura y Ucayali han permitido aumentar el número de visitas domiciliarias hechas por el personal de salud con la sectorización o el trabajo extramural (con personal contratado para este fin en el marco del DCI), pero los resultados muestran que no necesariamente cubren a todos los niños.

El sistema de información presenta algunas limitantes en cuanto a la captación de los datos relacionados al MMN, por ejemplo solamente se puede registrar la entrega de 30 sobres de MMN lo cual funciona bien cuando los niños tienen menos de 12 meses pero a partir de entonces el niño solo tiene que ir al puesto de salud para su control de CRED cada 2 o 3 meses. El personal de salud tampoco tiene claridad de cómo reflejar la discontinuidad en el uso de MMN, los continúan con la dosis o vuelve a empezar por ejemplo. A nivel del puesto de salud (y Micro-red en algunos casos) el personal de salud no necesariamente tiene el tiempo de llenar toda la información en los distintos formatos (por ejemplo SIEN, tarjeta CRED, etc.) repercutiendo en la calidad de la información. Tampoco tienen la capacidad de utilizar datos agregados o llevar a cabo análisis con los datos que se encuentran en el sistema de información para utilizar la información consolidada y retroalimentar sus actividades.

Con respecto a la información registrada en los ámbitos del SCD y SAF, se manejan diferentes tipos de información. En el SCD se registra el consumo de MMN dentro de los CCD junto con la asistencia, mientras que en el ámbito SAF durante las visitas domiciliarias, las Facilitadoras preguntan si el MMN se consume o no y registran la respuesta. Por lo tanto, el SCD es la única instancia que maneja información relacionada al consumo efectivo, mientras que la información recogida en CRED o por las Facilitadoras está basada en un reporte de consumo la CP.

Los CCD utilizan las tarjetas CRED para tomar los datos de peso y talla de cada niño y confirmar que los niños han recibido sus MMN. Esta información la utilizan para monitorear a los niños y pedirles a las CCPP que lleven los MMN al CCD. Dentro del SAF, utilizan el cuadro del SIVICO (Servicio de Vigilancia Comunitaria), el cual incluye información sobre el consumo de MMNs (cuantos sobres se han consumido en una semana) basado en los datos que recogen las Facilitadoras o que recogen los miembros de los Comités de Gestión y Vigilancia de los puestos de salud.

El sistema de salud tiene un protocolo para el flujo de información desde los puestos de salud hasta la DIRESA y este flujo hacia niveles más altos es funcional, sin embargo la retroalimentación de los niveles más altos hacia los más bajos esta menos establecida y no pasa con mucha frecuencia. El personal de salud tiene la responsabilidad por norma de monitorear y promover las prácticas de consumo de MMN y para esto en ocasiones comparte información con el SCD y SAF. Sin embargo, este flujo de información es variable y si se da es a nivel local y depende mucho del personal involucrado.

El personal de salud tiene reuniones a diferentes niveles donde la información recogida se socializa y discute. Por ejemplo, a nivel de Red se llevan a cabo reuniones trimestrales donde usan datos comparativamente y analizan casos exitosos, buscando soluciones en conjunto cuando hay problemas. En estas reuniones se evalúa cada indicador, y se les provee de retroalimentación a las Micro-redes en cuanto a sus indicadores. El personal de salud de CRED normalmente participa en las reuniones a nivel de Micro-red y no tiende a recibir mucha retroalimentación. A nivel municipal, se reúnen mensualmente los agentes de los programas sociales, el personal de salud y del municipio con el objetivo de resolver problemas de manera coordinada, elaborando un plan e identificando el presupuesto necesario. Estas reuniones se consideran efectivas e importantes, pero no necesariamente se discuten los MMN, a menos que se haya identificado un problema relacionado específicamente a los mismos.

Por su parte, tanto el SCD como el SAF, organizan reuniones con las familias donde trabajan la importancia y la promoción de los MMN. Además internamente, tienen reuniones que les permiten socializar sus datos a nivel local y elaborar estrategias para abordar problemas y mejorar sus servicios. Estas reuniones abarcan temas variados, de los cuales los MMN son una de las posibilidades, más no tienen una frecuencia dada para discutirlos.

Conclusiones

- La capacitación sobre los MMN al personal de salud es por el modelo de cascada. Los contenidos incluyen la difusión y manejo de la norma vigente, e información sobre la anemia en el país, y el manejo, preparación y registro de los MMN. Es principalmente expositiva, aunque en algunos lugares incluyen la práctica de la preparación y degustación de los MMN que facilita la comprensión y manejo. Las capacitaciones no incluyen habilidades de la consejería o como atender las dudas, dificultades y alternativas a conversar con las CCPP. Tampoco incluye metodología de cómo capacitar a otros con las réplicas. Hay deficiencias en la aplicación de las réplicas y por consecuencia hay personal de salud que no han recibido capacitación formal. La capacitación por cascada en el PNMC es mejor supervisada a nivel local.
- Los conocimientos relacionados al MMN se plantean en tres áreas principales – su preparación (incluyendo dosificación y frecuencia, separación de una porción de comida, consistencia de preparaciones, temperatura, y tiempo entre preparación y consumo), sus componentes (hierro y vitaminas), y sus posibles efectos negativos (diarreas y estreñimiento).
- Las responsabilidades de los actores comunales del PNMC se pueden resumir de acuerdo a sus funciones: a) Garantizar que el MMN llegue a los EESS, capacitación y consolidación de información (personal de salud a nivel de Micro-red, Red y DIRESA), b) Entrega de MMN y consejería a las madres, y registro de información (personal de salud de CRED y nutrición), c) Asegurar el consumo del MMN en el SCD (Madres Cuidadoras, Madres Guías y Acompañantes Técnicos), d) Seguimiento al MMN en el SAF (Facilitadoras), y e) Supervisión y apoyo (Comités de Gestión y Vigilancia del SCD y SAF).
- Entre las barreras relacionadas a la entrega y recepción de MMN se encontraron que las CCPP no llevan a los niños a sus controles CRED porque no cuentan con DNI, y que los viajes a otras regiones contribuyen a la discontinuación de los controles CRED y por ende afectan la recepción del MMN. Además, el proceso de recojo en el establecimiento de salud toma tiempo. La consejería que se lleva a cabo con la entrega no es óptima por falta de tiempo del personal de salud, alta rotación y falta de experiencia; y los cambios en el régimen de entrega definido por las normas han creado confusión con respecto al re-inicio o continuación cuando un niño tiene consumo interrumpido. Entre las fortalezas, se encontró el seguimiento que las Madres Guías, Madres Cuidadoras y Facilitadoras realizan a las CCPP.
- Los resultados mostraron deficiencias en la consejería la cual no sigue los pasos recomendados por MINSA: es expositiva, se enfoca en lo que tiene que hacer la CP, no recoge la situación de la familia, sus patrones de alimentación, y no presta atención a las dificultades ni posibilidades o alternativas en la alimentación del niño con el MMN. Tampoco se advierte en muchos casos, sobre la posibilidad de algún evento adverso. A pesar de estas prácticas, el discurso del personal de salud presenta varias líneas importantes que aplicadas efectivamente, contribuirían al consumo del MMN, por ejemplo: señalan interés e indagación en las dificultades que plantea la CP, reconocen la necesidad de asegurar la comprensión de las indicaciones y la importancia de articular recomendaciones, discutir alternativas, valoran y reconocen las buenas prácticas y el compromiso de la CP, y señalan la importancia de tener tiempo suficiente para dar una consejería de calidad.
- En el ámbito del SCD, se cuenta con varias líneas de acompañamiento bajo la conducción del Acompañante Técnico, mejor vinculadas con el consumo y no sólo con la recepción o no del MMN; hallamos así, el trabajo de la Madre Guía en el seguimiento de las familias con niños en riesgo nutricional, y en brindar orientación directa a la Madre Cuidadora, en los campos de nutrición y aprendizaje. También la Madre Cuidadora en relación a la CP, cuando insiste en la entrega puntual del MMN en ocasiones brinda orientaciones sobre el consumo del MMN de los niños en el CCD. Las reuniones de capacitación dirigidas a las familias usuarias representan otra oportunidad de acompañamiento. Los miembros de los Comités de Gestión y Vigilancia realizan labores de motivación, reforzando la importancia del consumo del MMN, en su relación con las familias usuarias pero de manera no estructurada. En el ámbito del SAF las Facilitadoras son las que tienen el rol más claro de orientación a las CCPP, respecto al MMN. Sin embargo, sólo preguntan de manera sistemática si se recibió o no el MMN y si éste se ofrece o no; es decir, no se adentran en el plano del consumo efectivo. Además se encontró que las Facilitadoras no

siempre brindan indicaciones adecuadas, respecto a la preparación del MMN, ni se encuentran en condiciones de absolver todas las preguntas y dificultades que plantea la CP. Asimismo, las sesiones de socialización e inter-aprendizaje, constituyen espacios importantes de orientación, en los cuáles se abordan y refuerzan las prácticas de cuidado y aprendizaje que el Servicio promueve. La labor del CG en el área de la vigilancia comunitaria centrada en el desarrollo del niño, cumple igualmente, un rol importante, en el plano de la entrega y recepción del MMN; en tanto, la acción del CV, aporta en el seguimiento y evaluación de la calidad del servicio que se brinda a las familias

- Los MMN son guardados tanto en el hogar como el SCD en forma apropiada, en un lugar protegido. En los CCD, a diferencia del hogar, la práctica de lavado de manos de las MMCC y los niños se observó en la mayoría de instancias.
- En cuanto al consumo, los resultados muestran que las CCPP, ya sea usuarias o no usuarias del SCD o SAF, que han recibido el MMN, por lo menos intentan dárselo a sus niños una vez. Sin embargo, una vez iniciado el consumo aparecen las barreras de la ocurrencia de eventos no deseados (por ejemplo diarreas o heces oscuras) y de la aceptabilidad. Superar las barreras, depende de alguna manera del acompañamiento que reciben, sea del personal de salud o del PNCM.
- La preparación reportada por las CCPP y observada en casas, no necesariamente cumple con las indicaciones relacionadas a la cantidad de comida en la que se mezcla y a la temperatura. Mientras que en el ámbito del SCD, se observaron prácticas adecuadas para la preparación de la mezcla del MMN con la comida.
- En el ámbito SCD, no se encontraron situaciones donde se planteara la posibilidad de dar el MMN en la entre-comida de la mañana o de la tarde, en el caso que algún niño mostrara rechazo para comerlo durante el almuerzo y considerar otra preparación como mazamorra o fruta que sean de mayor gusto de los niños. Además se observó que las MMCC, en su mayoría, mostraban una incorporación avanzada de estrategias de alimentación responsiva, animando a los niños a comer.
- Tanto las opiniones y valoraciones favorables como las negativas en torno al MMN, inciden en las decisiones y prácticas de consumo del MMN. En cuanto a la valoración del MMN que atribuyen las CCPP, el personal de salud, personal del PNCM y colaboradores voluntarios, se presentan las siguientes ideas-fuerza: a) su aporte en la prevención de la anemia, b) su contribución en el desarrollo integral de los niños (físico, cognitivo, emocional y social), c) la protección que brinda contra las enfermedades, d) y el aumento del valor nutricional de los alimentos. En cuanto a las opiniones críticas o negativas, estas se encontraron sólo en algunas CCPP y se relacionarían con los efectos secundarios que se atribuyen al MMN como diarreas, además de la falta de aceptabilidad por parte del niño.
- Por su parte, las opiniones sociales sobre el MMN; que las cuidadoras principales y los actores involucrados en los Servicios, recogen del entorno social en que se desenvuelven, se concentran en los efectos perjudiciales que se les atribuye (por ejemplo diarreas y estreñimiento), el sabor y olor desagradable, el cuestionamiento a su eficacia, así como en la evidencia que el MMN es en ocasiones desechado.
- La información que se recoge de manera rutinaria con respecto a MMN dentro del sistema de salud, incluye fecha de entrega, número de dosis y cuántos sobres ha consumido el niño en el último mes (basado en el reporte de la madre). La tarjeta CRED de cada niño, la cual mantienen las madres también incluye estos datos. Por lo tanto, la información que mantienen y pueden garantizar es de entrega de los MMN. Por su parte, en los ámbitos del SCD y SAF, se manejan diferentes tipos de información. En el SCD se registra el consumo de MMN dentro de los CCD junto con la asistencia, mientras que en el ámbito SAF durante las visitas domiciliarias, las Facilitadoras preguntan si el MMN se consume o no y registran la respuesta. Por lo tanto, el SCD es la única instancia que maneja información relacionada al consumo efectivo, mientras que la información recogida en CRED o por las Facilitadoras está basada en un reporte de consumo de la CP. Pero la información no se socializa adecuadamente, lo cual podría beneficiar o reforzar las acciones locales para mayor uso y consumo de los MMN. La información en el sector salud va

desde lo local hasta lo regional y central, pero no hay una retroalimentación en el sentido opuesto para mayor uso de la información.

Recomendaciones

- La capacitación no solo debería incidir en la transferencia de conocimientos, sino también en habilidades de consejería y en habilidades de cómo resolver problemas que las cuidadoras principales presentan, respecto al consumo.
- Los capacitadores además de contenidos a transmitir, necesitan manejar metodologías para capacitar a otros, incorporando metodología de educación de adultos. Esto implica saber estructurar un evento de capacitación, organizarlo, planificarlo, diseñarlo, desarrollarlo y evaluarlo.
- La coordinación intersectorial para desarrollar eventos de capacitación, aprovechando oportunidades y recursos, resulta algo a seguir perfeccionando. Mientras más fuentes de información tengan los actores sociales, compartiendo los mismos mensajes, mejor resultado a nivel del conocimiento y sensibilización sobre el MMN.
- Resulta evidente la necesidad de contar con material educativo para afianzar la metodología participativa e interactiva.
- La demostración práctica del uso de los MMN así como probarlo en las capacitaciones, EESS y sesiones demostrativas resulta una herramienta que facilita la aceptación del MMN. Estas sesiones deben ser priorizadas, apoyadas y coordinadas en la medida posible.
- Las responsabilidades del personal de CRED con respecto a la entrega, registro, consejería, capacitación y demostraciones asociadas al MMN son altamente concentradas, recargando el trabajo de algunos actores. Dada la cobertura limitada de CRED que se reporta en las regiones del estudio, es necesario contemplar otras posibilidades para aumentar la cobertura de la entrega de MMN.
- Desarrollar estrategias para motivar la entrega de MMN a las MC por parte de las CP, creando espacios propicios para que las MC acompañen a las CP en este proceso.
- Maximizar las oportunidades que tienen las facilitadoras durante sus visitas para reforzar lo acordado en la consejería. Para esto requerirán de capacitación y supervisión.
- Considerar opciones para agilizar la entrega de MMN en los puestos de salud para dar el mayor tiempo posible a la consejería.
- Considerar estrategias para la entrega de MMN en la comunidad, por medio de promotores o ACS.
- Potenciar la práctica del personal de salud en cuanto a consejería en las siguientes áreas:
 - Indagación sobre las dificultades que enfrenta la CP
 - Creación de un espacio de diálogo
 - Asegurar la comprensión de las indicaciones
 - Articular de recomendaciones que se brindan o alternativas que se discuten en base a la situación y posibilidades de la CP y el respectivo seguimiento y retroinformación que se brinda
 - Valorar y reconocer las buenas prácticas y el compromiso de la cuidadora principal, así como la importancia de la felicitación explícita.
- Potenciar el rol de la Madre Cuidadora y/o Madre Guía, formalizando sus oportunidades de dar orientación durante sus visitas a niños en riesgo o durante encuentros con las CCPP en el CCD.
- Fortalecer las capacidades de los miembros del CG y del CV sobre el MMN puesto que en muchas ocasiones, dado su rol, se encuentran en situaciones de orientación.
- Incrementar la responsabilidad de las facilitadoras en cuanto a MMN – que vayan más allá de una simple pregunta y puedan ayudar a las CP en caso de que estén teniendo problemas. También considerar un rol potencial para ellas en la verificación del consumo.
- Capacitar a las Facilitadoras con respecto a MMN, muchas de las indicaciones, se brindan, desde su condición de CP. De la misma manera, fortalecer la legitimidad del trabajo de la Facilitadora a nivel comunal
- En el SCD, considerar la posibilidad de dar el MMN en la entre-comida de la mañana o la tarde, en preparaciones de mayor aceptabilidad de los niños y en momentos cuando tienen más apetito, y sobre todo en el caso de que algún niño mostrará rechazo para comerlo con el segundo o comida salada.

- Reconocer que el periodo de la alimentación complementaria es una etapa de aprendizaje cuando los niños están en el proceso de acostumbrarse a diferentes alimentos, preparaciones, consistencias, texturas y sabores; están desarrollando sus preferencias y hay mucha variabilidad en el apetito. Estos elementos son reflejados en su aceptación de las comidas, incluso las preparaciones con MMN. Por ello es necesario ayudar a los cuidadores de los niños a buscar alternativas que favorezcan su consumo.
- Las Facilitadoras conocen condiciones de almacenamiento de la CP y podrían brindar indicaciones para su mejor cuidado y preservación
- Considerando la valoración y opiniones encontradas por parte de las CCPP con respecto a MMN, se recomienda que durante la consejería y el acompañamiento se:
 - Resalte la importancia de los beneficios del MMN particularmente aquellas ideas fuerza que se proyectan en el largo plazo, como la protección que brindan contra las enfermedades y el desarrollo cognitivo de los niños y las niñas y su vinculación con el éxito escolar. Contrarrestar de esta manera, las expectativas de efectos inmediatos.
 - Establezcan estrategias que permitan revertir los factores de rechazo como el sabor y el olor y afianzar que se trata de un producto sin tales atributos, si se encuentra bien preparado.
 - De una explicación clara sobre los posibles efectos no deseados, pero sobre todo, su interpretación y cómo tratarlos
 - Insista en la importancia del lavado de manos
- Además se podría desarrollar una lista de preguntas o dudas más frecuentes de las CCPP con respecto a MMN, y las posibilidades de respuesta, con sensibilidad cultural y comunicacional.
- Organización de espacios de intercambio entre CCPP, en torno al consumo del MMN
- Trabajar con el personal de salud para mejorar la calidad de la información que registran.
- Capacitar al personal de los puestos de salud para que puedan utilizar datos agregados o llevar a cabo análisis con los datos que se encuentran en el sistema de información, y así poder manipular información consolidada y retroalimentar sus actividades.

II. INTRODUCCIÓN

La deficiencia de micronutrientes, especialmente la deficiencia de hierro, sigue siendo un problema en muchas partes del mundo en desarrollo con efectos adversos en el estado nutricional y desarrollo de millones de niños (WHO, WFP, UNICEF 2006). La anemia en el Perú es el mayor problema nutricional, mostrado en los resultados de ENDES en años recientes (ENDES 2010-2015), su principal causa es la deficiencia de hierro en la dieta (Zimmermann MB et al 2007) aunque también existe anemia asociado con otros factores en zonas del país (Gonzales et al. 2015). La anemia en las niñas/as tiene consecuencias negativas irreversibles en el desarrollo cognitivo del niño o niña, afectando su capacidad de aprendizaje y por lo tanto el rendimiento escolar y además aumenta la morbilidad (WHO, 2001). A largo plazo la anemia tiene efectos sobre el capital humano, la productividad y el desarrollo sostenible del país (WHO, 2001). La anemia durante el embarazo es asociado con un mayor riesgo de mortalidad materna-neonatal y mayor riesgo de anemia en el niño o niña (WHO, 2001). Los 2 a 3 primeros años de vida son un periodo crítico para el desarrollo de los niños/as, y más en aquellos menores de un año de edad. Además de la deficiencia de hierro, la deficiencia de otros micronutrientes como zinc, folato y vitamina A también tiene una alta prevalencia entre los niños/as pequeños del país, éstas carencias están asociadas con la disminución del crecimiento lineal y desarrollo, aumento de la prevalencia de anemia y morbilidad.

La OMS considera que la anemia es un problema de salud pública severa cuando su prevalencia es mayor de 40% (WHO, 2001). En Perú la anemia afecta a 43.5% de niños entre 6 y 36 meses en el país en el año 2015 (ENDES 2015), siendo mayor en las zonas rurales (51.1%) que en las zonas urbanas (40.5%).

Diversas estrategias para aumentar el consumo de hierro para combatir la anemia son aplicadas en muchos países. Mejorar la dieta es una estrategia óptima, pero ha demostrado no ser suficiente en muchos lugares pobres, debido en gran parte a la falta de acceso a los alimentos ricos en micronutrientes, especialmente alimentos de origen animal. La harina de trigo ha sido fortificada con hierro además de tiamina, riboflavina, niacina y ácido fólico en el Perú desde 2006 (El Peruano 2006) y sigue vigente, pero esto no es a una concentración suficiente para poder prevenir la anemia en niños/as pequeños (OMS 2009). Otras estrategias que han resultado ser eficaces incluyen suplementación con hierro para prevenir la anemia, fortificación en el hogar mediante el uso de múltiples micronutrientes en polvo (MMN, Sprinkles) o suplementos de nutrientes lipídicos (PAHO/OMS 2003). Sin embargo, su éxito depende de la aceptación y el uso apropiado por la población objetivo, aspectos que a menudo han limitado la eficacia para reducir las deficiencias de micronutrientes en las poblaciones vulnerables (Acción contra el Hambre (ACH) & UNICEF Peru (2013)). (Creed-Kanashiro et al. 2015) (López-Flores F, et al. 2012).

En el Perú desde hace varios años, y más aún en los últimos 2 a 3 años, se ha reconocido la importancia de promover adecuadamente los MMN desde los establecimientos de salud hacia los hogares con niños pequeños. A nivel local los MMN son entregados a los cuidadores principales de los niños 6 a 36 meses cuando van al EESS para su control de CRED, con su correspondiente consejería sobre su uso en el hogar. En el caso del PNCM la/el cuidador principal entrega sus sobres de MMN a la madre cuidadora del centro de cuidado diurno, quien lo incorpora en la comida del niño. En el caso de SAF, la facilitadora promueve el uso de los MMN con la familia en sus visitas.

La presente consultoría está enfocada en la exploración y descripción de los conocimientos, percepciones y prácticas de familias, actores comunales, personal de PNCM y de salud respecto a la suplementación con MMN en niños y niñas entre 6 meses y menos de 36 meses en tres regiones del Perú: Huancavelica, Piura y Ucayali. En el transcurso de la consultoría se han presentado cuatro productos o informes. El primero fue el protocolo de investigación, para lo cual conseguimos la aprobación ética del estudio del Comité de ética del IIN así con los procesos y formatos de consentimiento de los participantes.

La siguiente fase incluyó el desarrollo de la metodología, de los instrumentos – guías semi-estructuradas de las entrevistas y grupo focales con los diferentes actores del estudio, así como de

las observaciones a realizar en el hogar, EESS y SCD. Durante esta fase se realizó la capacitación, en forma participativa para el enriquecimiento de las guías, con los investigadores de campo. En este proceso realizamos un piloto de la aplicación de los instrumentos y también de la logística de su aplicación en campo, en diferentes lugares en Huánuco, en ámbitos de SCD y de SAF, para poder ensayar y reforzar los procedimientos. En base de esta experiencia que fue sumamente útil, se modificaron los instrumentos así como afinaron los procedimientos en campo, lo cual fue acompañado con mayor discusión y capacitación de los investigadores de campo. Se presentó el informe de este proceso, conjunto con el manual y las herramientas para el recojo de la información y el plan propuesta para el trabajo de campo en las tres regiones (Producto 2, Piloto de Campo, versión 6.11.15, aprobado 10.11.15).

Se realizó el trabajo de campo en las tres regiones durante los meses de noviembre y diciembre 2015. El tercer informe presentó la descripción del trabajo de campo, los lugares donde se realizó el estudio y las diferentes actividades realizadas en cada una. Se describen las coordinaciones que se hicieron con las autoridades y participantes en cada lugar, la muestra de los participantes, así como las condiciones y acciones que facilitó la investigación, así como las dificultades que presentaron en su desarrollo. Durante el trabajo en campo los investigadores avanzaron con informes de hallazgos preliminares que permitieron tener un primer acercamiento a la información recolectada. Este trabajo se presentó en el Producto 3, Trabajo de Campo y Descripción Preliminar de Hallazgos, versión 19.1.16, aprobado 1.2.16).

El cuarto producto comprende el informe final preliminar, en el cual se presentaron los resultados de investigación por dimensión, Servicios, distrito y actor (de acuerdo a los TdRs). Producto 4 Versión preliminar del informe final, versión 31.3.16; Informe del taller del 29.3.16, aprobado 18.4.16. En base a la presentación y discusión de los resultados y contenidos del informe en un taller con DGSE y PNCM (29.3.16) se acordó elaborar un informe final de los resultados, ajustando la presentación de los resultados por dimensión, Región, Servicios y actores.

El presente Informe Final, Producto 5, presenta el proceso del estudio; sus resultados, conclusiones y recomendaciones. Presentamos los hallazgos de análisis de cada dimensión propuesta en los TdRs. La presentación de las dimensiones, se organiza siguiendo un orden que ilustra el proceso, así como las condiciones e influencias que inciden en la aceptabilidad y consumo de los MMN por los niños y las niñas, siendo dicho orden el siguiente: Capacitación sobre los MMN; Conocimientos del MMN; Responsabilidades de actores comunales del PNCM; Recepción y entrega de MMN; Consejería Nutricional sobre el MMN; Acompañamiento al proceso de suplementación de MMN; Condiciones previas al consumo de MMN; Consumo y aceptabilidad del MMN; Opinión y valoración sobre los MMN y Gestión de la Información. En cada dimensión, se presentan los hallazgos estructurados según Región; Servicios del PNCM (SAF y SCD) y tipo de actor.

A. Objetivos del estudio

El objetivo general del estudio cualitativo es explorar y describir los conocimientos, percepciones y prácticas de familias, actores comunales, personal del PNCM y de salud respecto a la suplementación con MMN en niños y niñas de 06 a menos de 36 meses de edad en Piura, Huanavelica y Ucayali.

Los objetivos específicos del estudio son:

- Explorar y describir los conocimientos y percepciones que tienen el personal y agentes comunitarios de Salud, Madres Cuidadoras, Facilitadoras, líderes comunitarios, Acompañantes Técnicos, familias usuarias y no usuarias del PNCM sobre la suplementación con MMN en niños y niñas de 06 a menores de 36 meses de edad.
- Explorar como se realiza el proceso de la suplementación con MMN a niñas y niños 06 a menores de 36 meses de edad.
- Conocer y describir las experiencias y prácticas del personal y agentes comunitarios de Salud, Madres Cuidadoras, Facilitadoras, Acompañantes Técnicos, familias usuarias y no usuarias del PNCM sobre el manejo y consumo de MMN en niñas y niños de 06 a menores de 36 meses de edad.
- Conocer los aspectos relacionados con la aceptabilidad de los MMN por las familias (y/o cuidadores) y las niñas y niños de 06 a menores de 36 meses de edad.

III. METODOLOGÍA.

Selección y capacitación del equipo de investigadores de campo

Se inició la aplicación metodológica del estudio con la capacitación y selección de los equipos de campo, los investigadores de campo para la recolección de la información. La capacitación fue diseñada para que todos los miembros del equipo conocieran los temas del estudio, la estructura y organización de los programas y actores involucrados (PNCM, MINSA, comunidad y familia) así como las técnicas, instrumentos, procedimientos y logística a seguir, tanto a nivel regional como local. Se realizó esta capacitación entre 14 a 18 de setiembre, 2015. Se presentó la descripción de los procesos de capacitación y evaluación del personal de campo en detalle en el informe Producto 2 de esta consultoría.

Después de las capacitaciones se seleccionó el equipo de campo, los investigadores que mostraron mejor desempeño y mayor compromiso con el trabajo: cinco antropólogos con experiencia en salud y nutrición (en algún caso con MMN) y tres nutricionistas con experiencia con los multimicronutrientes (MMN).

El Piloto de campo

Se realizó un piloto de la metodología del estudio para evaluar el funcionamiento de la puesta en marcha del recojo de información en campo, identificar las limitaciones y las alternativas, evaluar la aplicación de las guías, así como las estrategias para seleccionar y ubicar a los participantes del estudio, con el objetivo de enriquecer los instrumentos y el proceso de trabajo de campo en sí mismo.

La región Huánuco fue el lugar seleccionado para el piloto en coordinación con el MIDIS que a la vez facilitó las coordinaciones con la DIRESA y PNCM en la región. Huánuco fue seleccionado por tener características similares a los lugares del estudio mismo; además de tener zonas de sierra y selva, del PNCM tiene distritos con SAF y SCD. Se escogió la provincia de Huánuco, distrito de Churubamba (sierra) y provincia de Leoncio Prado, distrito de Rupa Rupa (selva) para los lugares del piloto. Así se pudo probar los instrumentos tanto en un escenario con SCD, como en uno de SAF. Del mismo modo, probamos los instrumentos en un escenario de sierra como uno de selva. Y, por último, se validó el criterio de seleccionar una provincia lejana y otra cercana a la capital de la región a estudiar. El trabajo en el campo del piloto duró 5 días y fue seguido por un tiempo de revisar los informes de campo y hacer las modificaciones a los instrumentos y manuales, llevando a las versiones finales para el trabajo de campo del estudio así como más capacitación y familiarización de los mismos por el equipo de campo. El desarrollo del piloto, instrumentos y manual de procedimientos finales, resultado del piloto, están descritos en el informe del Producto 2 de la consultoría.

Desarrollo del trabajo de recojo de información del estudio

Después de las capacitaciones de los equipos de campo y la validación, las discusiones y modificaciones de los procesos y las guías en base a la experiencia del piloto en Huánuco, se procedió con las coordinaciones en los 3 lugares y la salida a campo, primero a Piura y Huancavelica; luego el equipo que trabajó en Piura se trasladó a Ucayali. En este proceso se siguió los procesos y cronogramas aprobados para cada lugar, adaptándoles donde fuera necesario por razones logísticas de acuerdo a las características específicas encontradas en campo, para poder cumplir con el protocolo de recojo de la información en el campo.

A. Tipo de Estudio

El estudio se orienta a brindar un cuerpo relevante de información cualitativa - a profundidad, con sensibilidad cultural - que sirva para describir y entender los procesos de distribución, entrega, preparación y consumo; así como los de acompañamiento al proceso de suplementación de MMN, Gestión de la información, Responsabilidades de Actores Comunales del PNCM, que influyen en la

aceptabilidad de los MMN por los niños y niñas entre 6 y 36 meses, en torno al escenario de los servicios brindados por el PNCM de los ámbitos de estudio. Corresponde a un acercamiento exploratorio, transversal y de descripción cualitativa, sobre los conocimientos, percepciones y prácticas de los actores comunales, familias, personal de salud y equipo vinculado al funcionamiento del PNCM en tres regiones del país: Piura, Huancavelica y Ucayali. El estudio se ha dirigido a recoger tanto la dimensión discursiva o reflexiva (entrevistas a profundidad, grupos focales, entrevistas de salida), como la dimensión de la práctica misma (observación del momento de comer y de los momentos de consejería a la cuidadora o cuidador principal de los niños pequeños).

Definiciones Operacionales

- **Conocimiento:** conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados.
- **Percepciones:** Conocimiento construido en base a las impresiones que comunican los sentidos y experiencias que provienen del exterior sobre un hecho u objeto.
- **Aceptabilidad:** Se refiere a la aceptación del consumidor de determinado bien o producto en base a las características que reúne respecto a una función o acción determinada, en base a percepciones y conocimientos.
- **Práctica:** Habilidad o experiencia que se consigue o adquiere con la realización continuada de una actividad.
- **Capacitación:** los medios o mecanismos a través de los cuales los actores reciben información sobre los MMN y los contenidos de la información recibida.
- **Opinión y valoración:** las opiniones (que piensan de) y valor (como evalúan y posicionan) los MMN por los diferentes actores.
- **Recepción:** el proceso o ruta mediante la cual los MMN son entregados a y recibidos por las familias (en el EESS y SCD).
- **Condiciones previas:** condiciones de almacenamiento y proceso de su manejo antes del consumo de los MMN.
- **Acompañamiento:** el proceso por lo cual las familias son acompañadas y/o apoyadas después de haber recibido los MMN por primera vez, por los diferentes actores involucrados (del EESS y personal del PNCM y en la comunidad), según el caso.
- **Gestión:** manejo de la información sobre MMN por los actores involucrados en el proceso de la suplementación del MMN.
- **Responsabilidades:** roles, actividades, responsabilidades designadas al personal y actores involucrados de los diferentes procesos del MMN.

Diseño Muestral

Universo del estudio

El universo de este estudio fue definido en los términos de referencia de la presente consultoría, y está conformado por: a) las o los cuidadores principales de niños entre los 6 y 36 meses de edad, b) madres cuidadoras del SCD del PNCM, c) facilitadores del SAF del PNCM, d) equipo técnico del PNCM, e) profesionales y técnicos de salud responsables de la atención de niños y niñas, f) líderes comunitarios, y g) agentes comunitarios de salud; que vivan y trabajen en el conjunto de distritos y provincias de las regiones de Piura, Huancavelica y Ucayali seleccionadas por el MIDIS para el desarrollo del presente estudio (Anexo N°3 de los TDR para este estudio).

Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación

Se han seguido los siguientes criterios,

Inclusión:

- Cuidador principal de niños mayores de 6 y menores de 36 meses de edad que vivan en la localidad de estudio, sean usuarios o no de los servicios que brinda el PNCM y que acepten voluntariamente participar del estudio. Se consideró como usuario, a la familia cuyo niño o niña haya cumplido con un mínimo de 3 meses de permanencia en el servicio respectivo del PNCM, previa al desarrollo del trabajo de campo del estudio.

- Madres cuidadoras del SCD del PNCM con al menos 3 meses de trabajo previos a la visita en la zona del estudio y que acepten voluntariamente participar del estudio.
- Facilitadores del SAF del PNCM con al menos 3 meses de trabajo previos a la visita en la zona del estudio y que acepten voluntariamente participar del estudio.
- Equipo técnico del PNCM con al menos 3 meses de trabajo previos a la visita en la zona del estudio y que acepten voluntariamente participar del estudio.
- Profesionales o técnicos en salud, responsables de la atención de los niños y niñas, que se encuentren trabajando los últimos 3 meses previos a la visita en el EESS de la zona de estudio y que acepte voluntariamente participar del estudio.
- Líderes comunitarios con experiencia mínima de 3 meses en la gestión comunal vinculada a los servicios del PNCM, previa al desarrollo del estudio, y que acepten voluntariamente participar del estudio.
- Agentes comunitarios de salud que con un desempeño mínimo de 3 meses, y vivan en la zona de estudio por más de 3 meses consecutivos, previos a la visita del personal del estudio y que acepten participar voluntariamente del estudio.

Exclusión:

- Población objetivo (cuidador principal y diferentes actores locales, personal de salud y personal del PNCM) que vive o trabaja en la zona por menos de 3 meses previos a la visita del personal del estudio.
- Cuidadora principal con problema de salud que le dificulta su participación en una entrevista, p.e. con un problema psicológico.
- Cuidador principal con niños que presentan alguna enfermedad que requiera alimentación nutricional especial.
- Cuidador principal de niños mayores de 36 meses de edad durante el desarrollo de la recolección de información cualitativa
- Población objetivo que no recibe los multimicronutrientes en polvo por razones de desabastecimiento del producto en su localidad por más de 3 meses consecutivos, determinado por los datos de la DIRESA de la región respectivamente.

Eliminación:

- Se reemplazaron audios cuando: i) hubo problemas de fuertes ruidos externos al contexto de recolección de la información; y –ii) cuando el evento de investigación no se terminó, por interrupción voluntaria del propio participante.

Selección y tamaño de muestra

En cuanto a la selección de la muestra, se ha seguido el modelo socio-ecológico de McLeroy y colaboradores (McLeroy, Bibeau, Steckler y Glanz, 1988), que involucra la interacción del individuo y su ambiente para la promoción de la salud, identificamos diferentes niveles involucrados en la aceptabilidad del MMN: 1) lo individual (los niños), 2) lo interpersonal (el cuidador principal, y los familiares), 3) la comunidad (autoridades, ACS, líderes comunales, servicios comunales como el SCD, SAF, entre otros), 4) lo institucional (entidades gubernamentales como los servicios de salud o los del PNCM) y 5) lo político (autoridades, gobierno local). Involucramos por tanto, estos diferentes niveles en la selección de la muestra. Estos diferentes niveles se pueden ubicar también espacialmente desde lo regional hasta lo local y familiar, lo cual nos ayuda a identificar mejor a los participantes del estudio.

Cuadro N°2: Correspondencia entre el nivel de influencia y el nivel espacial de ubicación

Nivel de influencia	Nivel espacial
Lo individual	Hogar de la familia
Lo interpersonal	Hogar de la Familia-
La comunidad	Comunal,
Lo institucional	Comunal, distrital, provincial, regional, nacional
Lo político	Comunal, distrital, provincial, regional, nacional

La muestra para este estudio cualitativo, se ha trabajado de manera propositiva y de conveniencia, guiados por el criterio de diversidad en la selección de la misma. Hemos conseguido esto, trabajando primero, a nivel central de Lima, con el equipo de la DGSE/PNCM – MIDIS; y a nivel de cada UT-PNCM, con el respectivo JUT y con los coordinadores SCD y SAF respectivamente. El rol del JUT, así como de los CSCD o CSAF, en este punto, fue el de proporcionar información sobre los Comités de Gestión, respecto a antigüedad, cantidad de usuarios, funcionamiento (qué tan efectivos son, qué tan buenas relaciones tienen con la población, si son dinámicos). De esa manera, los criterios usados para concretar la muestra y los actores consultados en el proceso de definir la muestra se detallan en el cuadro 3 a continuación.

Cuadro N°3: Criterios usados para guiar la selección de la muestra según los diferentes niveles involucrados

Nivel seleccionado	Criterio	Actores consultados
Región	Definido a nivel de los TdR de la presente consultoría	TdR
Provincias en cada UT	- Cercanía/lejanía respecto a la capital de la región - Presencia de servicios de PNCM con más de 3 meses de funcionamiento previo al desarrollo del trabajo de campo. - Abastecimiento con MMN mayor a 3 meses previo al trabajo de campo	Equipo de DGSE/PNCM-MIDIS
Distritos en cada UT	- Presencia de servicios de PNCM con más de 3 meses de funcionamiento previo al desarrollo del trabajo de campo - Presencia de dos o más Comités de Gestión con más de 3 meses de funcionamiento previo al desarrollo del trabajo de campo. - Presencia de Programa Juntos - Presencia de mayor número de usuarios PNCM - Abastecimiento con MMN mayor a 3 meses previo al trabajo de campo	Equipo de DGSE/PNCM – MIDIS DIRESA en cada Región
Comité de Gestión en cada uno de los distritos seleccionados	- Tipo de servicio que se cuenta en la zona: Servicio de Cuidado Diurno (SCD) y Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) - Antigüedad mayor a 3 meses de funcionamiento previo al trabajo de campo - Cantidad promedio de usuarios, evitando los casos con pocos usuarios. - Evaluación cualitativa general, en torno al funcionamiento de los CG, ubicando diferencias en cuanto a casos exitosos, casos promedio, casos con dificultades. Todo esto en base a la apreciación de expertos, en este caso, el JUT y los coordinadores de SAF y de SCD en cada UT visitada.	JUT, Coordinador SCD-UT, Coordinador SAF-UT
Familias	- Tipo de participación en el programa Cuna Más: usuarias y no usuarias - Tipo de recepción de MMN: reciben o no el MMN - Tipo de consumo del MMN: consume directo en casa, no consume, consume en CCD - Familias con niños menores de tres de años de edad y mayores de 6 meses.	Cuidadores principales
Equipo de PNCM y actores comunales colaboradores	- Rol o labor dentro de UT- PNCM: JUT, Coordinador (SAF, SCD), especialistas (Salud, Nutrición, gestión comunal) - Rol o labor según tipo de servicio SCD o SAF: Acompañante técnico, Acompañante comunitario - Rol como colaborador de servicio SCD o SAF: madres cuidadoras de CCD, facilitadoras SAF - Rol como actor comunal vinculado a servicios SCD o SAF: miembros de CG y de Consejo de Vigilancia	Actores respectivos
Personal de salud Agentes comunitarios de salud Representante de municipio	- Rol o labor vinculada a consejería sobre MMN en los establecimientos públicos de salud, así como a nivel de los organismos coordinadores de salud: Responsable de nutrición, encargada de CRED - Participación como ACS con más de tres meses de actividad previo al desarrollo de trabajo de campo - Participación como funcionario municipal en asuntos de salud con más de 3 meses de actividad previo al desarrollo del trabajo de campo	Actores respectivos

Para ubicar a los actores sociales a nivel institucional vinculados al PNCM, hemos seguido el organigrama del PNCM en las Unidades Territoriales³, presentado en el Producto 1, página 21.

En cada región se seleccionó 2 provincias y en cada provincia un distrito con SAF o SCD o ambos servicios. La selección fue realizada en forma conjunto con los equipos de MIDIS (DGSE y PNCM).

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue determinado por los casos – tipos de servicios – a estudiar. Es decir, en cada región, una vez ubicado el distrito a estudiar, se determinó también el o los tipos de servicio PNCM presentes en cada uno de los distritos. En tres distritos se trabajó con un tipo de servicio y en los otros tres, con dos tipos de servicio. Se determinaron así nueve casos a estudiar, como se presenta en el siguiente cuadro 4.

Cuadro N° 4: Provincias y distritos seleccionados como muestra del estudio y servicios del PNCM presentes en ellos

Región	Provincia	Distrito	Servicios del PNCM presentes
Piura	Piura	La Arena	SCD
	Ayabaca	Ayabaca	SAF
Ucayali	Coronel Portillo	Manantay	SCD y SAF
	Padre Abad	Irazola	SCD
Huancavelica	Huancavelica	Yauli	SCD y SAF
	Angaraes	Lircay	SCD y SAF

En cada uno de los casos, el tamaño de la muestra de actores se determinó por dos criterios: a) recoger los criterios y especificaciones contemplados en los TDR que involucra una amplia variedad de actores sociales; y b) Plazos máximos disponibles a nivel operativo: buscando el equilibrio entre: i) lo que se puede recoger en campo durante el tiempo estipulado en los TdR, el número de investigadores de campo disponibles, así como en base al cálculo que por cada día un investigador de campo puede realizar dos eventos de investigación. Y ii) lo que se puede procesar y analizar, dado el tiempo máximo disponible estipulado en los TdRs.

Instrumentos aplicados

El recojo de información se ha realizado no sólo en la dimensión discursiva, sino también en la observación de las prácticas mismas involucradas en el proceso de aceptación y uso del MMN, en los diferentes escenarios que participan, sean institucionales como familiares. Así, se aplicó una mezcla de técnicas cualitativas que han sido ya utilizadas para el estudio de los temas de alimentación infantil y el uso de los MMN. Esto ha facilitado no solo acercarse a comprender los fenómenos de interés desde la perspectiva del discurso de los actores, sino comprender los retos de la aceptabilidad desde las prácticas de los mismos actores.

De ese modo, se ha realizado un recojo de información múltiple y variada, mediante la aplicación de diferentes técnicas cualitativas:

- a) **para la dimensión discursiva**, entrevistas semi-estructuradas a profundidad, grupos focales, entrevistas rápidas de salida;
- b) **para la dimensión de la práctica cotidiana**, observaciones semi participantes del momento de comer en los Centros de Cuidado Diurno, en los hogares con niños entre 6 a menos de 36 meses, así como en la atención de CRED para apreciar la entrega del mensaje y consejería sobre el MMN, y en la VD a la familia de la facilitadora de SAF, también para apreciar la interacción con la familia y los

³ Presentación Cuna Mas Acompañamiento a Familias 20.08.12.pdf

contenidos y metodologías en torno a la alimentación, y en específico lo que pudiera surgir sobre MMN.

Cronograma: Lugares y fechas

El trabajo de recojo de información se inició el 12 de noviembre de 2015 y el día final de actividades de investigación en campo fue el 17 de diciembre; el trabajo de campo duró 35 días.

Cuadro N° 5: Cronograma del desarrollo del trabajo de campo

Equipo	Actividad	Semana					
		13-15 nov	16-22 nov	23-29 nov	30-6 dic	7-13 dic	14-18 dic
1	Trabajo de campo en Piura (dos casos)	x	x	x			
1	Trabajo de campo en Ucayali (tres casos)			x	x	x	x
2	Trabajo de campo en Huancavelica (cuatro casos)	x	x	x	x	x	x

El trabajo de campo en las regiones de Huancavelica y Ucayali, presentaron los mayores retos para conseguir y ubicar a algunos actores, pero también, porque se presentaron inconvenientes en cuanto a la atención de los EESS, incluyendo la coincidencia con un paro del sector.

Coordinaciones

El trabajo de campo empezó cuando se tuvo la comunicación interna sobre el desarrollo del estudio de parte del MIDIS (DGSE/PNCM) hacia las unidades territoriales PNCM respectivas; y, del MINSA hacia las Diresas respectivas. Desde el MINSA se contó con una Carta de Presentación del estudio y sus investigadores, firmada por el Viceministro de Salud.

Adicionalmente, se contó con el directorio de equipos técnicos del PNCM a nivel de las UT correspondientes al estudio, por lo que se pudo realizar desde Lima las primeras llamadas telefónicas a ambas instituciones (UT-PNCM y Diresa), para avisar de nuestra llegada y coordinar con el JUT o el Director de la Diresa una primera reunión de presentación y coordinación inicial para el desarrollo del trabajo de campo. Se les especificó el motivo principal del estudio, el tipo de actividades a realizar, el cronograma de trabajo previsto, así como el tipo de coordinación y contactos requeridos dentro de la región. En todas las regiones, se obtuvo un apoyo pleno y las facilidades para contactar al resto de personal necesario para completar el trabajo.

Selección de los casos a estudiar

Sobre la selección de los casos participantes del estudio pasamos a detallar el proceso seguido y los criterios identificados como relevantes para cada uno de ellos, de acuerdo a la región. Reiteramos que, dentro de los distritos ya elegidos a nivel de la DGSE-PNCM MIDIS, en Lima, se tenía que escoger un Comité de Gestión, llamado “caso”, para cada uno de los servicios vigentes en cada distrito, sea SCD y/o SAF. Para desarrollar este proceso de selección de los casos, se siguieron los criterios detallados en el cuadro 1 del presente informe, a saber:

- Tipo de servicio que se cuenta en la zona: Servicio de Cuidado Diurno (SCD) y Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF).
- Antigüedad mayor a 3 meses de funcionamiento previo al trabajo de campo
- Cantidad promedio de usuarios, evitando los casos con pocos usuarios.
- Evaluación cualitativa general, en torno al funcionamiento de los CG, ubicando diferencias en cuanto a casos exitosos, casos promedio, casos con dificultades. Todo esto en base a la apreciación de expertos, en este caso, el JUT y los coordinadores de SAF y de SCD en cada UT visitada.

Para el desarrollo de este último criterio, evaluación cualitativa del funcionamiento de los CG, se dieron indicaciones específicas en el Manual para el Trabajo de Campo (en Producto 2), sobre los pasos a seguir

A continuación pasamos a mencionar, para cada uno de los nueve casos estudiados, en el marco de tres regiones, los criterios cualitativos recogidos y que guiaron la selección de estos casos. Los detalles que guiaron la selección de cada uno de los casos estudiados están presentados en el

informe 3, páginas 15 a 18. El proceso de la selección de la muestra, en general, está orientada por conseguir la mayor diversidad posible entre los casos elegidos.

1. En Piura

a. Caso SAF Comité de Gestión “Manitos Unidas”- distrito de Ayabaca

La selección se hizo en base a la conversación con el Coordinador SAF y las especialistas en Seguimiento a Familias y Gestión Comunal del SAF UT-Piura. En Ayabaca se seleccionó “Manitos Unidas” en Socchabamba, por ser facilitadoras y miembros del CG entre las más preparadas y desenvueltas en su desempeño.

b. Caso SCD “Comité de Gestión Jesús mi Salvador” – distrito de La Arena

La selección se hizo en base a la conversación con la Coordinadora SCD de la UT-PNCM de Piura. En La Arena, en relación al SCD, sólo se trabaja con un sólo CGSCD. En este caso se decidió empezar el trabajar por aquellos SCD con más número de usuarios. Así empezamos el trabajo desde el CCD “San Judas Tadeo” y se completó el trabajo abordando familias del siguiente CCD, “Estrellitas de La Arena.

2. En Huancavelica

a. Caso SCD “Comité de Gestión de Capillapata” – distrito de Yauli

La selección se realizó con la coordinadora SCD UT-PNCM Huancavelica. A nivel del distrito de Yauli, encontramos tres Comités de Gestión SCD, siendo uno de ellos el de Capillapata, situado en la misma capital distrital; los otros dos son considerados *rurales* y de más difícil acceso. El CG de Capillapata es el más antiguo, y muestra para la CSCD-UT-PNCM un mejor desempeño y está más consolidado, en tanto sus miembros muestran compromiso, participación activa.

b. Caso SCD – Comité de Gestión “Tres de mayo” – Distrito de Lircay

Para el distrito de Lircay, la Coordinadora SCD, propuso como referencia tres Comités de Gestión. Se seleccionó el CG “Tres de Mayo” porque cuenta con una Acompañante Técnica, con un año de antigüedad y con un CG en funciones desde mayo, 2015. A diferencia del CG de “Capillapata”, nos encontramos con un Comité de Gestión rural, con CCD situados en 04 CCPP, características que ofrecen gran contraste con las correspondientes al caso SCD de Yauli. Al mismo tiempo, se trata de un caso ya consolidado y con tres años de antigüedad.

c. Caso SAF – Comité de Gestión “Cunyacc” – Distrito de Yauli

La selección se realizó con la Coordinadora SAF UT-PNCM Huancavelica, quién calificó que la gran mayoría de CG SAF de Yauli se encuentran en un nivel intermedio de funcionamiento, es decir, están en proceso de consolidación. En reunión con la Coordinadora SAF, se identifica como caso crítico al CG de Mosocc Cancha, para contrastar con el CG SAF de Lircay, considerado como de buen funcionamiento. Las características críticas, se relacionaban básicamente, con la organización y funcionamiento del CG. En el desarrollo de las actividades, se tuvo necesidad de ir a otro CG SAF de Yauli, para poder encontrar madres no usuarias. Se decidió ir al CG de Mossoc Cancha, por ser el más cercano al de Cunyacc.

d. Caso SAF – Comité de Gestión “Virgen de Cocharcas” – Distrito de Lircay

La selección se realizó con la Coordinadora SAF UT-PNCM Huancavelica. El Comité de Gestión “Virgen de Cocharcas”, cuenta con más de un año y medio de funcionamiento, tiene como base al Centro Poblado de Pampas Constancia, ubicado aproximadamente, a 35 minutos de Lircay; comprende a las comunidades de Ayato y de Uchcupampa (en este último, el Programa no tiene presencia actualmente). El CG tiene dos establecimientos de salud de referencia (PS de Pampas Constancia y PS de Uchcupampa).

3. En Ucayali

a. Caso SCD – Comité de Gestión “Señor de los Milagros” – Distrito de Irazola

La selección se realizó con el Coordinador de SCD de la UT-Ucayali. En el distrito de Irazola se cuenta con un sólo CG dentro del SCD-UT Ucayali. Este CG, “Señor de los Milagros”, tiene seis años de antigüedad. Es calificado como de buen funcionamiento, pues los miembros del CG eran bastante activos y trabajaban bien; además, de mostrar una muy buena participación de las familias usuarias.

b. Caso SAF – Comité de Gestión “Bahuanisho” – Distrito de Manantay

El Coordinador SAF de la UT-Ucayali participó en la selección del caso respectivo. De los 4 CG SAF existentes en la provincia de Coronel Portillo, 3 pertenecen al distrito de Masisea y sólo uno, al distrito de Manantay. Por ende, en este distrito y para el servicio de SAF no tuvo que realizarse elección alguna del caso, puesto que sólo existía uno. El CG SAF “Bahuanisho” tiene dos años y medio de antigüedad, y trabaja en dos CCNN “Santa Isabel de Bahuanisho” y “Limojema”.

c. Caso SCD – Comité de Gestión “Mujeres Virtuosas” – Distrito de Manantay

El coordinador SCD de la UT Ucayali participó en la selección. El distrito de Manantay cuenta con 4 CG en relación al SCD. Se seleccionó CG “Mujeres Virtuosas” con 2 años de antigüedad; y calificado como no tan exitoso, en tanto las juntas directivas no duran o son cambiadas en su totalidad o en algunos de sus miembros, por lo que tienen poca experiencia. Se escogió trabajar con un CG no tan exitoso, para equilibrar el que en Irazola se había trabajado con un CG señalado como de buen desempeño, y se prefirió observar la situación opuesta, de uno que no tuviera tan buen funcionamiento. Adicionalmente, se decidió escoger al CG más alejado del área de acción del EESS, Al interior del CG se decidió empezar a trabajar con el CCD “Siempre Unidos I” calificado por el AT correspondiente, como dentro de los CCD menos consolidados, y además mostraba problemas de bajo consumo de MMN.

Rutas seguidas para seleccionar a los y las participantes del estudio

Las rutas seguidas para identificar, contactar y definir si una persona participa o no del estudio, varía por tipo de actor, y muestran similitudes entre las tres regiones. Flujogramas mostrando el proceso de la ruta seguida según el tipo de actor trabajado están presentados en el Producto 3, páginas 20 a 23.

Para ubicar a los **actores de la UT-PNCM**, funcionó muy bien en todas las regiones el contactarlos previamente desde Lima por vía telefónica inmediatamente después de la comunicación aprobando el trabajo de campo; y tuvieron como finalidad, luego de proceder con la presentación institucional y comunicar el marco y desarrollo del estudio, de asegurar una reunión inicial apenas lleguemos a la región respectiva.

Estas coordinaciones se establecieron con la Coordinadora del SAF y la Coordinadora del SCD, quienes mostraron apertura y cooperación, programándose para las reuniones de trabajo. Se contaba ya con las credenciales otorgadas por MIDIS, con la comunicación interna sobre el estudio a nivel del PNCM y sus UTs; y con la carta del Viceministro de Salud. En cada una de las regiones, se procedió a visitar el local de la UT-PNCM, contactándonos con el JUT y con las Coordinadoras SCD y SAF. A este nivel establecimos la selección de los CG a incluir como muestra dentro de la UT-PNCM respectiva, así como, el contacto con el equipo de especialistas para cada tipo de servicio, sea SCD o SAF. Del mismo modo, se ubicaron los datos de los o las acompañantes, técnicos o comunitarios según el tipo de servicio, para cada uno de los casos a estudiar en la UT-PNCM. Posteriormente, se programó la cita respectiva para realizar la EP de acuerdo a la disponibilidad de tiempo de cada uno de este tipo de actores vinculados al funcionamiento de la UT-PNCM en cada región estudiada.

Para ubicar a los **actores del sector salud** en las regiones, también funcionó muy bien en todas las regiones el contactarlos previamente desde Lima por vía telefónica o por correo electrónico y se concretó citas con el Director de la DIRESA respectiva y la Encargada de la Estrategia Regional Sanitaria de Nutrición y Alimentación. Se contaba ya con las credenciales otorgadas por MIDIS y la

carta del Viceministro de Salud. A través de ellos, se ubicó a las responsables de la estrategia de nutrición en cada red de interés dentro de la región. A su vez, a través del contacto con esta persona, accedimos a la información sobre los encargados de las microredes respectivas. Con los datos de estas personas, se procedió a contactarlas vía telefónica o presencialmente, al momento de visitar los locales de las redes y microredes de interés para el estudio en cada región.

En algunas microredes, especialmente las más alejadas, pudimos coordinar que el equipo de investigación pernocte en las instalaciones del EESS, para poder acceder con más facilidad a los eventos de observación en casa, evitando así el tener que trasladarse desde la capital del distrito, y poder iniciar desde tempranas horas la observación.

Del mismo modo, el personal de salud de los establecimientos a los que pertenecen los CG elegidos, pudo brindarnos información de contacto para ubicar a los agentes comunitarios de salud (ACS), así como también, datos sobre las cuidadoras principales que reciben o no MMN dentro del

En el ámbito de los CG vinculados al SCD, las rutas seguidas para contactar a los actores comunales se parecen en todas las regiones. A partir del contacto inicial con la CSCD-UT-PNCM se contactó con la AT del CG elegido. La o el AT nos brindó todo el apoyo necesario para ubicar a los actores comunales colaboradores del SCD-UT-PNCM, tales como miembros del CG o del CV, madres guías y madres cuidadoras de CCD. Los eventos de investigación involucrados con este tipo de actores, EP, GF u OBS en CCD, fueron concretados mediante la coordinación directa con cada participante. Tanto las madres cuidadoras de CCD como las madres guías, brindaron información útil para poder ubicar a familias usuarias como no usuarias. La coordinación de citas para la realización de entrevistas y observaciones, se establecieron en base a la disponibilidad y determinación de tiempo de cada uno de los actores contactados, según el principio de no interferencia en sus actividades y responsabilidades cotidianas. En los casos de necesidad de reprogramación de citas, éstas han obedecido a circunstancias como la atención de sucesos imprevistos (en el caso de enfermedad) o no programados con antelación por el actor (por ejemplo, convocatoria a reuniones no previstas; demora o retraso en el desarrollo de actividades previas del actor; necesidad de traslado urgente a otra localidad).

En cuanto a las rutas seguidas para ubicar a los actores participantes del estudio, en los contextos con SAF, podemos afirmar que los o las respectivas AT y AC facilitaron mucho el trabajo respectivo, así como las propias Facilitadoras (FSAF). En menor medida, también nos ayudaron los ACS, en los lugares que se mostraban activos, especialmente para ubicar a cuidadoras no usuarias. Del mismo modo, en Huancavelica específicamente, se tuvo que apoyar la búsqueda de cuidadoras no usuarias, haciendo un recorrido por los diferentes CCD (que a la vez se ubicaban en diferentes comunidades con diferentes EESS) integrantes del CG elegido, dado que no se podía ubicar por las otras rutas a este tipo de participante. La categoría más retadora siempre fue la cuidadora principal no usuaria, que no recibe MMN, y sobre todo, la que no da MMN.

En resumen, para ubicar a las familias usuarias y no usuarias, tanto en los contextos del SAF o SCD, se tuvo que recurrir a diferentes canales; siendo los casos más difíciles de ubicar los de las no usuarias que no reciben MMN y que no dan. Como ya se ha mencionado, son los colaboradores voluntarios de cada servicio, los que ayudan de manera crucial en este punto. En el caso del SCD, las madres cuidadoras de los centros u hogares de cuidado diurno (MCCD), o las madres guías (MG), y en menor medida los miembros del CG y del CV. En el caso del SAF, las FSAF conocen a todas las familias de su jurisdicción, pero no están seguras de si dan o no el MMN en el caso de las no usuarias. Los vecinos también ayudaron a ubicar a más familias, e incluso las mismas cuidadoras principales ya abordadas. Adicionalmente, el personal de salud brindó información (listados) para conocer o corroborar la condición de familias, usuarias o no usuarias, que venían recibiendo o no el MMN.

Cantidad de técnicas aplicadas en campo

Las técnicas aplicadas en cada región según nivel, tipo de participante y tipo de servicio estudiado están presentados en producto 3, páginas 24 a 28.

En el siguiente cuadro 6 se presenta el resumen del número total y por región de las diferentes aplicaciones de técnicas realizadas.

Cuadro N° 6: Número de técnicas aplicadas en campo

Tipo de técnica	Piura		Ucayali		Huancavelica		Total	
	Planificado	Realizado	Planificado	Realizado	Planificado	Realizado	Planificado	Realizado
Entrevista a profundidad	37	43	48	64	59	74	144	181
Grupo focal	5	2	8	4	10	2	23	7
Observación semi participante	11	14	17	15	22	24	51	53
Entrevista de salida	4	5	6	4	8	8	18	17

Las divergencias entre el número de técnicas a aplicar según lo planificado y lo realizado, obedece en el caso de las **entrevistas en profundidad**, al desarrollo de entrevistas reemplazando Grupos Focales que por diversas circunstancias no pudieron ser organizados (siendo las principales razones, la falta de un número mínimo de participantes, para llevar a cabo la técnica o porque la categoría de actores, no correspondía a la realidad encontrada; así por ejemplo, en el caso del SCD de Lircay, no se encontraron Madres Cuidadoras que no dan el MMN en el CCD). Asimismo, por las características del caso, se procede a realizar entrevistas adicionales, con el fin de comprender mejor cierta categoría de actores (dado que en algunos Servicios no se encontraron por ejemplo, cuidadoras principales usuarias que reciben y NO dan el MMN, se realizan entrevistas adicionales a cuidadoras principales usuarias que reciben y NO dan el MMN, tratando de contar con más elementos que permitan caracterizar las razones de no consumo de tal categoría; encontrar asimismo, casos interesantes, como ACS con niños en período de suplementación, pero que no ofrecen el MMN). En cuanto a las **observaciones adicionales**, éstas se realizan principalmente, dado que se aprecian diferencias importantes que serían interesantes incorporar en el análisis. En esta perspectiva, en el caso del SCD de Yauli, se realiza una observación adicional, con el objetivo de comparar diferentes tipos de organización de los CCD, según su régimen familiar, bi-familiar y CIAI. El criterio de oportunidad juega también un papel importante, en el desarrollo de más observaciones, tal la situación de las observaciones CRED en el SAF de Ayabaca.

Control de calidad de la información

El personal clave (el equipo de coordinación y especialistas de la consultoría) del estudio participó en la selección de los distritos y CG del estudio. El personal clave visitó cada uno de los equipos mientras duró el trabajo de campo para poder observar los procesos y las actividades, revisar las notas de campo y las grabaciones y participar en procesos de coordinación y recojo de información cualitativa.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del IIN con el número 361-2015/CIEI-IIN. En cada una de las regiones y distritos seleccionados, se coordinó con las autoridades de salud y con el equipo técnico de UT-PNCM, previamente a la realización del estudio, explicando en detalle de que se trata y la metodología a seguir.

A cada persona contactada para participar en un grupo focal o entrevista, se le pidió su consentimiento verbal previo a la actividad, siguiendo el proceso del consentimiento informado aprobado por el CIEI-IIN. Adicionalmente, se pidió su consentimiento para usar una grabadora de audio durante la entrevista/GF; así como, su consentimiento para tomar fotos. De igual manera, a cada persona contactada para participar en las observaciones de este estudio, se le pidió su consentimiento firmado previo al desarrollo de la actividad, siguiendo el proceso del consentimiento informado aprobado por el CIEI-IIN, donde se explica la investigación, la razón de ello y los procedimientos a realizar. Se respetó en todo momento la voluntad de participar de cada participante, así como la confidencialidad y anonimato. Para proteger la confidencialidad de los participantes, los

datos recogidos durante el estudio, así como las hojas de consentimientos de cada participante, se mantienen bajo llave, en las instalaciones del IIN.

Facilidades y dificultades encontradas para el desarrollo del trabajo de campo

En todas las regiones estudiadas identificamos una serie de condiciones y acciones favorables, sin cuya ocurrencia no habríamos conseguido desarrollar el trabajo de campo en el plazo programado. Pasamos a detallarlas según el rubro al que consideramos pertenecen. Sólo cuando es necesario se aclara si pasó en una región en particular, caso contrario, se debe asumir que sucedió a nivel de las tres regiones.

Las dificultades encontradas en la realización del trabajo de campo fueron principalmente del orden logístico causando demoras o cambios en el cronograma en campo. Esto principalmente en la ubicación de los actores con los criterios requeridos para el estudio, especialmente familias no usuarias y quienes no reciben y no dan MMN a sus niños. Otra dificultad fue la coincidencia de capacitaciones y viajes de algunos de los actores de PNCM durante el periodo en campo que requería modificar la programación de los lugares.

Había algunas dificultades en poder lograr las observaciones de las consultas CRED y entrevistas de salida por las siguientes razones: por coincidir el trabajo de campo con la huelga del sector salud, la falta de atención en el EESS por coincidir con el personal de salud haciendo sus informes del fin de mes o la falta de asistencia de niños en la edad requerida a sus controles de CRED, sobre todo en las zonas más alejadas.

Una descripción detallada de las facilidades y dificultades encontradas en el desarrollo del trabajo de campo en el informe, Producto 3, páginas 28 a 31.

B. Análisis

La información recogida digitalmente en audios en campo, así como las notas tomadas de las observaciones, fueron transcritas en archivos de Word conservando la voz de los actores. Posteriormente, usando el software NVivo, se procedió a codificar y sistematizar dicha información agrupándola, organizándola y clasificándola, por región, por distrito y según el tipo de actor entrevistado, en temas y subtemas de estudio. Estos temas y sub-temas de estudio estuvieron contemplados en las Guías de investigación o emergieron durante el proceso de investigación. Para ello se construyó el Libro de códigos el mismo que fue aprobado por DGSE, MIDIS el 15 de febrero, 2016.

El análisis de la información se realizó tomando en cuenta cada región, y al interior de la misma la agrupación de la data según los servicios presentes en dicha región, SCD o SAF. Así, presentamos un documento con capítulos para cada dimensión estudiada, distinguiendo resultados según Región, Servicios PNCM y actores. Las fuentes de información fueron transcripciones e informes de todas las EP, GF, Observaciones o ES procesadas por NVivo.

El estudio plantea una aproximación compleja a la comprensión del consumo y aceptabilidad del MMN, en tanto involucra diferentes dimensiones del problema, así como, diversos actores sociales. En el siguiente cuadro 7, se detalla para cada dimensión considerada, los actores participantes en las diferentes técnicas aplicadas – entrevistas a profundidad, Grupos Focales, observaciones de la práctica además de entrevistas de salida del EESS. Esta distribución ha facilitado el ordenamiento metodológico para el diseño de los instrumentos, el recojo de la información y el procesamiento temático utilizando el programa NVivo. Las transcripciones de entrevistas y grupos focales, así como los informes de observación, de todos los actores participantes, fueron clasificados según el tema y subtema de interés, para cada una de las dimensiones del estudio. Todos los testimonios o registros han participado del análisis, en tanto han sido leídos como un conjunto para cada dimensión; permitiendo identificar la diversidad de elementos, condiciones o factores que ayudan a construir o elaborar lógicas de explicación o significados asociados a los procesos estudiados. Cabe mencionar que no todos los actores entrevistados, tienen el mismo nivel de articulación o manejo de cada tema, y por ello, el análisis recoge la información relevante que aportan en cada uno. Adicionalmente, estamos consignando lo que desde nuestra lectura, se puede indicar como factores, elementos o

condiciones, que sin estar presentes explícitamente en el discurso de los actores, si son evidentes para el analista social y cultural, como participantes en la explicación de la lógica o sentido de las situaciones o procesos de consumo o no consumo. Esto principalmente se da desde la lectura de las entrevistas y grupos focales, pero también desde la revisión de los informes de observación en casa.

De otro lado, es necesario precisar que la desagregación de la muestra hasta nivel de servicio, actor y familia usuaria/no usuaria, reduce la cantidad de entrevistados u observados para cada uno de esos niveles. Por ello, y dado que se trata de un estudio cualitativo, nuestro análisis recupera la perspectiva de cada caso, en el entendido que cada experiencia contribuye a comprender la complejidad social y cultural del proceso vivido. Nuestra tarea como analistas sociales y culturales consiste en proponer lógicas de comprensión de fenómenos complejos. Esto se realiza a partir de la reconstrucción de la subjetividad y experiencia individual. Por ello, no importa que lo diga un solo entrevistado, o que lo hayamos observado en una de las oportunidades. Tenemos que tomar en cuenta que la muestra está construida para recoger justamente la diversidad. Cada experiencia diferente nos hace pensar en las posibilidades o combinaciones posibles. En ese sentido, también necesitamos comprender que si bien varias o muchas personas coinciden en un determinado eje de análisis, no todas se expresan o manejan con el mismo nivel de profundidad los temas de indagación. Esto puede ser producto de la forma cómo fue llevada la entrevista, pero también, de la elocuencia y articulación del mismo entrevistado.

Cuadro 7. Actores involucrados en el estudio y su nivel de ubicación dentro del análisis

Nº	Dimensión	Actores involucrados	Niveles en los que se ubican	Técnicas cualitativas
1	Consumo y aceptabilidad	Cuidadora Principal	Hogar	EP, OBS, ES
		Colaboradores de la UT-PNCM y de Salud	Local	EP, OBS, GF
		Personal de la UT-PNCM	Local-distrital, regional	EP
		Personal de salud	Distrital, regional	EP
		Funcionario Municipal	Distrital	EP
2	Acompañamiento al proceso/ Consejería	Cuidadora Principal	Hogar	EP, ES
		Colaboradores de la UT-PNCM y de Salud	Local	EP, GF
		Personal de la UT-PNCM	Local-distrital, regional	EP
		Personal de salud	Distrital, regional	EP, OBS
3	Capacitación	Colaboradores de la UT-PNCM y de Salud	Local	EP, GF
		Personal de la UT-PNCM	Local-distrital, regional	EP
		Personal de salud	Distrital, regional	EP
		Funcionario Municipal	Distrital	EP
4	Conocimientos sobre el MMN	Cuidadora Principal	Hogar	EP
		Colaboradores de la UT-PNCM y de Salud	Local	EP, GF
		Personal de la UT-PNCM	Local-distrital, regional	EP
		Personal de salud	Distrital, regional	EP
5	Opinión y valoración	Funcionario Municipal	Distrital	EP
		Cuidadora Principal	Hogar	EP
		Colaboradores de la UT-PNCM y de Salud	Local	EP, GF
		Personal de la UT-PNCM	Local-distrital, regional	EP
6	Recepción de MMN	Personal de salud	Distrital, regional	EP
		Funcionario Municipal	Distrital	EP
		Cuidadora Principal	Hogar	EP, ES
		Colaboradores de la UT-PNCM y de Salud	Local	EP, GF
7	Condiciones previas	Personal de la UT-PNCM	Local-distrital, regional	EP
		Personal de salud	Distrital, regional	EP
		Cuidadora Principal	Hogar	EP, OBS, ES
		Colaboradores de la UT-PNCM y de Salud	Local	EP, OBS, GF
8	Gestión de la información	Personal de la UT-PNCM	Local-distrital, regional	EP
		Personal de salud	Distrital, regional	EP
		Funcionario Municipal	Distrital	EP
		Colaboradores de la UT-PNCM y de Salud	Local	EP, GF
9	Responsabilidades de actores comunales	Cuidadora Principal	Hogar	EP
		Colaboradores de la UT-PNCM y de Salud	Local	EP, GF
		Personal de la UT-PNCM	Local-distrital, regional	EP
		Personal de salud	Distrital, regional	EP
		Funcionario Municipal	Distrital	EP

El análisis e interpretación de resultados, apunta igualmente, a la construcción de conclusiones que permitan arribar a recomendaciones que contribuyan a la toma de decisiones en las instancias gubernamentales respectivas. La redacción de cada dimensión se desarrolló en base al análisis de la información y luego, la especificación de la relación entre los principales resultados alcanzados, con la conclusión y recomendación respectiva.

IV. RESULTADOS.

Estudios han demostrado la eficacia de los MMN para mejorar los niveles de hierro en la sangre y reducir la anemia (De-Regil et al, 2013). El uso de estos MMN (con hierro, zinc y vitamina A) en niños de 6 – 23 meses de edad es recomendado por la Organización Mundial de la Salud como una estrategia para combatir la anemia (WHO, 2011).

Para el año 2011, 22 países habían implementado programas de MMN, incluyendo programas nacionales en 4 países. Para el 2013, el número de países había aumentado a 43, con proyectos adicionales previstos en 21 países para el año 2014. Aunque la mayoría de estas intervenciones son pequeñas en alcance, los MMN se entregan a gran escala en 13 países (SPRING, 2015).

Gran parte de la literatura relacionada a MMN, aún se enfoca en demostraciones de eficacia usando ensayos aleatorios (por ejemplo Suchdev, 2012; Cardoso, 2016). Existen muy pocos reportes o publicaciones relacionados a la operación de programas de MMN a gran escala o a estudios cualitativos sobre el uso de los mismos. Este estudio representa una rica fuente de información cualitativa, no solamente por parte de las familias usuarias, sino también por parte de los actores involucrados en asegurar que los MMN lleguen a estas familias.

A nivel global se han rescatado algunas lecciones de la implementación de los programas de MMN. Algunas de estas se resumen a continuación (SPRING 2015), y le dan un marco a algunas de las lecciones y retos que se encontraron en este estudio.

- Muchos programas se han enfocado en el producto y su obtención, sin considerar el diseño de un programa sostenible para entregarlo a la población.
- La mayoría de los programas de la MMN se anclan en programas de promoción de lactancia y alimentación complementaria para niños menores de 3 años. Sin embargo al amarrarse a estos programas, heredan muchas de sus debilidades, sobre todo en cuanto a monitoreo.
- Al aumentar la escala del programa de MMN, es necesario asignar mayor asistencia técnica y recursos.
- Los actores nacionales deben de enfocar recursos en el diseño de programas de MMN sostenibles, catalizar alianzas e innovaciones, mejorar la calidad de la intervención y generar información y conocimiento para promover y contribuir al aprendizaje operativo en otros países.
- Existe una gran brecha de información cualitativa en cuanto a monitoreo de programas de MMN.
- En Bangladesh, el programa nacional de MMN ha encontrado que su mayor desafío en la implementación es la necesidad de mantener comunicación interpersonal de alta calidad con las madres, particularmente porque los resultados del consumo de MMN no se ven inmediatamente.
- En Guatemala, se encontró que vincular la entrega de MMNs al programa de inmunización ayudo a generar mayor sensibilización entre las madres, mientras que en Kirguistán vincularlo con el programa de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) debilito la implementación ya que adquirió todos sus problemas.

En Perú, la distribución del MMN a nivel nacional de manera sostenida y gradual inició desde fines de 2013 y con más fuerza en 2014, con la publicación del Plan de Desnutrición y Anemia de MINSA en marzo 2014; hecho que se mantiene durante 2015 y 2016. Los cambios en las Directivas Sanitarias (DS) que regulan el régimen de administración han sido importantes, pues, de un esquema de consumo inter-diario con 6 meses de aplicación y otros 6 de descanso; se pasó a otro donde se prescribe el consumo diario y continuo durante 12 meses, entre otros puntos.

Adicionalmente, encontramos también cambios en cuanto a los temas a tocar en la consejería y respecto las indicaciones específicas sobre cómo preparar el MMN. Así, en la última D.S.068–MINSA/DGSP 2016 se especifica con más detalle algunos de los pasos a seguir, p.e. además de separar dos cucharadas de comida espesa y dejar que entibie - con que se mezcla los MMN y ofrecer esta porción primero - incluir alternativas de preparación como mazamorra, no dejar pasar el consumo

por más de 20 minutos después de mezclarlo y aporta mayor información sobre no mezclar con líquidos así como incorporar la necesidad de lavarse las manos, previo a la preparación del MMN.

Es decir, estamos frente a una estrategia para prevenir la anemia, que no tiene más de tres años de introducción a nivel del país, y que, durante estos tres años, ha experimentado cambios en su normativa, así como en la importancia que, desde la política de Estado se le ha brindado. La centralidad del tema del combate a la anemia removió el panorama de la salud pública, luego que se conocieran los resultados de la ENDES 2014, donde se evidencia que la anemia lejos de bajar presenta un repunte.

Estos cambios en las Directivas y procesos se tienen que tener en cuenta durante la lectura de los presentes resultados, y agregado a esto el alto índice de rotación del personal de salud en las regiones, lo cual afecta la consistencia y sostenibilidad de los conocimientos, prácticas y mensajes respecto a los MMN.

Orientándonos en la exposición del análisis de resultados de las diversas dimensiones trabajadas

Consideramos necesario indicar que, si bien cada una de las dimensiones trabajadas durante el presente estudio (ver Metodología), constituye un capítulo en sí mismo, y, por ende, tiene su particular contenido y explicación; es la lectura del conjunto de todas estas dimensiones la que apunta a la comprensión del fenómeno de consumo y aceptabilidad del MMN en el marco de las UT-PNCM estudiadas. Por ello, presentamos una descripción preliminar y general de cómo se relacionan, desde nuestro análisis, estas dimensiones, antes de desarrollar en detalle el análisis de resultados para cada una de ellas.

De modo general, entonces, entendemos que el proceso de consumo y aceptabilidad del MMN no es un evento de una sola vía, ni aislado. Puede ser visto como el eje central o como la resultante de un conjunto de eventos previos y correlativos.

A partir de la decisión política sobre el uso del MMN, se necesita asegurar el abastecimiento del recurso, así como informar y capacitar al personal de salud sobre el esquema de aplicación del MMN. El personal capacitado maneja conocimientos sobre el tema del MMN, apoya por medio de una capacitación en cascada a otros, y brinda la consejería y el acompañamiento. Los conocimientos entran en diálogo con los conocimientos previos, así como, con las opiniones y reacciones frente al MMN. El proceso de consumo y aceptabilidad, centraliza o toma como elementos para su desarrollo todos estos inputs; pero, a la vez, va generando más conocimientos y reacciones conforme se va poniendo en marcha y se presentan o no dificultades. Y como estamos trabajando el tema, también desde el escenario del PNCM, tanto la capacitación como las responsabilidades de actores, y los demás temas, necesitan ser precisados también desde este ángulo.

Por ello, vamos a desarrollar primero la dimensión de Capacitación sobre los MMN, luego las de Conocimientos del MMN, y Responsabilidades de actores comunales del PNCM. Posteriormente, expondremos lo encontrado para Recepción y entrega del MMN, Consejería Nutricional sobre el MMN, y Acompañamiento al proceso de suplementación del MMN. A continuación presentaremos la dimensión de Condiciones previas al consumo del MMN, Consumo y aceptabilidad del MMN, y Opinión y valoración sobre el MMN. Finalizando con el tema de Gestión de la Información.

A. CAPACITACIÓN SOBRE LOS MMN

El Ministerio de Salud mediante resolución ministerial indica que la “Directiva Sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación de multimicronutrientes y hierro en niños y niñas menores de 36 meses”, necesita ser difundida, monitoreada, supervisada y evaluada por parte de la DGSP a nivel nacional, y por las Geresas, Diresas y redes de salud, a nivel de las regiones. Esta necesidad de difusión es indispensable dado que es una norma a aplicar de manera obligatoria en todos los EESS del país. La capacitación resulta aún más crucial, dado el cambio en la normativa vigente en menos de dos años, desde el 2013, cuando fue introducido el MMN a nivel nacional. La difusión o capacitación de la norma ante el personal de salud, por ende, viene a ser el primer paso para lograr la implementación de esta medida de salud pública dirigida a luchar contra la anemia infantil.

Esta dimensión del estudio se ha trabajado en base a las entrevistas con los actores institucionales, pertenecientes tanto al nivel regional y local del MINSA, como a las UT-PNCM igualmente a nivel regional y local. Además, a partir de las entrevistas y grupos focales con las y los colaboradores voluntarios, a nivel local, de las UT-PNCM, ya sea que pertenezcan al SCD o al SAF. Así como, a partir de entrevistas a ACS, y funcionarios municipales. La información que han recibido los y las cuidadoras principales de niños menores de 36 meses no está analizada en esta dimensión, pues consideramos que es parte más bien de la consejería y acompañamiento en torno al MMN. Por ello, remitimos al lector a las dimensiones correspondientes de consejería y acompañamiento para conocer la información que han recibido los y las CPs sobre el MMN.

La organización de la información involucra, una primera parte donde se trabaja el tema de la capacitación desde el nivel central del MINSA hacia los niveles regionales del personal de salud; así como, la capacitación recibida por los miembros regionales de las UT-PNCM. Posteriormente, se desarrolla una segunda parte, donde se expone el análisis de la información para cada región, donde se incorpora tanto al personal de salud que trabaja en el ámbito de esos servicios, el personal local de la respectiva UT-PNCM, los colaboradores voluntarios por servicio –que incluyen a las MCCCCD, FSAF, así como a los miembros de los CG y CV respectivos-, a los ACS y a los funcionarios municipales.

Esta dimensión de capacitación, se ha organizado distinguiendo el análisis para cuatro subdimensiones: el proceso de capacitación seguido, los contenidos trabajados, la metodología y materiales utilizados, así como, la evaluación de los mismos actores sobre la capacitación recibida.

1. El Proceso de Capacitación en el nivel regional, tanto para el personal de salud, como para el personal de las UT-PNCM

En tanto en todas las regiones estudiadas se ha experimentado el proceso de capacitación con similares características, se desarrolla en este acápite la descripción del mismo integrando la información de las tres regiones estudiadas. Se presenta entonces, la información recogida entre el personal de salud de las Diresas o Geresas y redes de salud visitadas, así como, entre el personal que labora a nivel regional en las UT-PNCM.

A) La ocurrencia de la capacitación

La introducción del MMN a nivel de la región, una vez dada la normativa y las directivas desde el nivel nacional, siempre empieza por una capacitación a personal de salud de la DIRESA o GERESA respectiva, así como al personal de las Redes de Salud al interior de cada región. En Huancavelica el tema de MMN se va difundiendo e instalando desde el año 2012, por medio de trabajo de especialistas desde el nivel central del MINSA, que visitan de manera seguida la región, dado que formaba parte del piloto para evaluar la aplicación del MMN en el país. En Piura y en Ucayali, esto recién se inicia en el 2013, cuando el MMN se declara como una medida de salud pública aplicada a nivel nacional.

Cabe mencionar que, de modo general, una vez dada la capacitación a los miembros de Diresas y Redes, el mecanismo seguido es el de la capacitación en cascada, que va bajando desde el nivel regional hacia los estratos más locales o jurisdiccionales de los EESS. Así, la estrategia de cascada tenía como primer peldaño trabajar con el PS de salud del nivel de redes y luego, acceder al personal

de salud de microredes, a su vez, estos capacitaría a su personal de salud, dentro de los EESS de la microred.

A nivel de las UT-PNCM, básicamente se ha seguido el mismo modelo de cascada. Así, personal de la sede central del PNCM, llega a las UT-PNCM, y junto con los Especialistas en Salud del SCD, y en coordinación con el personal de salud de la DIRESA o REDES, desarrollan eventos de capacitación dirigidos al personal técnico tanto de SCD (AT) como de SAF (AT y AC). De otro lado, a nivel de cada servicio, se ha coordinado con el personal de las redes de salud para poder también organizar por lo menos una reunión de capacitación para el personal técnico de cada servicio, esta vez de forma separada. Por último, cabe mencionar que en las tres regiones el personal de salud, al menos al nivel de redes de salud, manifiesta que el personal de la UT-PNCM es visto como parte de los llamados aliados para el campo de salud. Esta coordinación entre salud y las UT-PNCM se ha fortalecido durante el 2015, debido a las coordinaciones realizadas directamente, pero también por el empuje hacia la articulación regional de actores vía el FED, el cual ha permitido superar las barreras de coordinación y económicas para desarrollar eventos de capacitación conjunta sobre el tema de la anemia y el MMN.

Adicionalmente, el equipo técnico de las UT-PNCM se ha fortalecido compartiendo con especialistas de nutrición o salud del nivel central en Lima. Esto se canalizó mediante video conferencias.

Y lo otro, es que también se ha tenido video conferencia con la sede central. Las especialistas de la sede central también han proporcionado información básica para compartirla cuando los profesionales que están en la zona, para que ellos se puedan reunir analizar y lleven mensajes claves a las familias o a los actores comunales con los que trabajamos (P - Especialistas en Gestión Comunal y Seguimiento a Familias SAF)

Al interior de las UT-PNCM, también se ha organizado por lo menos un taller tocando especialmente el tema del MMN, facilitado por los especialistas de salud o por los formadores del programa, y dirigidos a los AC y AT de los servicios SCD y SAF; sobre todo a partir del impulso que se da desde el ejecutivo al combate contra la anemia en el 2015. Se resalta la ventaja relativa de tener en la UT-PNCM profesionales del área de salud, de diversas especialidades, y que por su trabajo están más informados sobre el tema.

De manera complementaria, a nivel regional de las UT-PNCM, el tema del MMN es tocado de manera rápida y junto con el resto de otros temas de interés, para el trabajo con la atención y cuidado integral infantil, durante las reuniones mensuales de evaluación y coordinación a nivel regional. Teniendo en cuenta toda esta formación, se espera que los AT y AC trabajen la capacitación de los colaboradores voluntarios con los cuales coordinan directamente a nivel local.

B) Contenidos trabajados

A nivel de las capacitaciones recibidas por el personal de salud de la DIRESA y de las Redes, se trabajó el tema de la anemia y la desnutrición como problema vigente de salud pública; así como, el conocimiento y manejo de la normativa sobre la suplementación contra la anemia. Se complementa esto con el conocimiento acerca de los alimentos que también se relacionan con la recuperación y prevención de la anemia y desnutrición crónica. El manejo de la norma técnica sobre la suplementación con hierro es el punto crucial tocado en la capacitación, pudiendo allí resolver las dudas sobre la transición del sulfato ferroso hacia el MMN.

En cuanto a los temas trabajados con el personal técnico de la UTPNCM, se reporta que se enfatizó sobre todo en la importancia del uso del MMN como preventivo para la anemia, describiendo también la prevalencia de ésta a nivel de cada región; así como, los componentes del sobre del MMN, y especialmente, la forma cómo debe ser preparado el MMN

C) Metodología y materiales

A nivel de la capacitación dada en el ámbito regional, especialmente para el sector salud, la metodología de trabajo para algunos ha sido no sólo expositiva, sino que han tenido la oportunidad de probar si el MMN cambia o no el sabor de la comida. La importancia de este ejercicio directo, mediante la metodología de las sesiones demostrativas, resulta capital para tener una base de

diálogo con las CP, en temas cruciales para el proceso de consumo del MMN, en el sentido que el personal que lo promueve, ya sea de salud como entre el personal técnico de la UTPNCM, puede experimentar y saber si el MMN le cambia o no el sabor de la comida.

D) Evaluación de la capacitación

Tanto el personal de salud como el personal de las UTPNCM, considera que el tema de los MMN resultó novedoso y positivo en tanto prometía ser más efectivo en la lucha contra la desnutrición y la anemia.

En las capacitaciones a nivel de la región para el personal de salud, se discuten casos particulares que se pueden presentar en cuanto a la administración del MMN. De paso, se evidencia también la debilidad en el manejo técnico del tema, por ejemplo, para saber si se le da o no MMN a un niño que ha interrumpido su asistencia al CRED. Por ello, se resalta como algo positivo y crucial el haber logrado con estas capacitaciones estandarizar la comprensión sobre el manejo de la suplementación con micronutrientes. Y dado que existían muchas dudas, el tocar específicamente el tema, ayudo sobremano a clarificarlas, pero sobre todo a profundizar en la discusión y conocimiento del potencial de los micronutrientes. La capacitación centralizada, entonces, ha permitido llegar a cuestionar los conceptos que de manera libre el mismo personal de salud ha ido configurando a través de consultar incluso el internet. Este convencimiento y manejo de información acerca del MMN, permitirá a fin de cuentas, mejorar el trabajo que el personal de salud desarrolle con la población.

Se opina que, tanto entre el personal de salud como entre el personal de la UTPNCM, la capacitación les ha ayudado a tener elementos de juicio para concientizar o convencer a otros profesionales, acerca de que la solución al problema de anemia en el Perú, no pasa solamente por mejorar la dieta, sino que se requiere implementar bien la ingesta de suplementos efectivos, que aporten el tipo de hierro que llega a asegurar una mayor absorción en el niño.

Sin embargo, se evalúa también, a nivel tanto del personal de salud como del personal de la UTPNCM, que el manejo de contenidos es aún una tarea por completar. O una tarea a mantener de manera regular, dado que se da una alta rotación de personal, tanto de salud como entre el personal técnico de la UTPNCM. Esto exige que la etapa de capacitación, no sea una primera fase sino algo permanente, dado que siempre habrá nuevo personal al que se necesita capacitar, especialmente en los primeros niveles de atención de salud. Asegurar la calidad de atención exige esto.

Esto se vincula al tema de la cobertura alcanzada a nivel del personal capacitado para la región. Es decir, se quiere alcanzar a capacitar a todo el personal de salud, pero sólo se ha llegado aproximadamente a la mitad. Se confía en el desarrollo de las réplicas desde los niveles intermedios hacia los locales y comunales, pues también se quiere llegar a capacitar a los agentes comunitarios de salud. Pero, también se aprovecha cualquier salida del personal de la Diresa para poder hacer capacitaciones según la oportunidad. En cuanto al personal de la UTPNCM, se evalúa que tienen una cobertura de capacitación casi completa en cuanto a sus trabajadores locales, pero que dada la rotación existente, especialmente para el servicio SAF, siempre hay alguien que debe ser capacitado sobre el tema.

A nivel metodológico, se evalúa que el haber tenido la experiencia directa de probar el MMN, resulta en una ganancia fundamental y que permite desarrollar una consejería más adecuada. Se resalta así el lado práctico de las capacitaciones mediante el uso de las sesiones demostrativas, donde se trabaja directamente manipulando alimentos y preparaciones con las cuales se puede mezclar el MMN.

Sin embargo, se indica que una limitación para el desarrollo de las capacitaciones, tiene que ver con la disponibilidad de recursos económicos y materiales para su implementación. En este punto se aclara que si bien se cuenta con fondos para el tema de las sesiones demostrativas, no todos los gastos están contemplados en esa matriz de requerimientos, por lo que siempre se está coordinando con otras instituciones para aprovechar oportunidades y aunar esfuerzos. Es decir por un lado se rescata el hecho de poder contar con algunos insumos ubicables (en el presupuesto del PAN). Pero, a la vez, son conscientes de otros gastos indispensables que no cuentan con presupuesto establecido. Por ejemplo, el componente de supervisar el desempeño del personal de salud

capacitado, siempre será un reto difícil de enfrentar. Dificultades vinculadas con el tiempo disponible, así como, con la limitación en el presupuesto.

También se evalúa críticamente el aspecto metodológico con el que faltaría acompañar la capacitación, a fin que se mejore la calidad de la consejería dada. Empezando por la metodología de educación de adultos, que se orienta a conseguir un adecuado aprendizaje

El trabajo de capacitar al equipo de las UT-PNCM repercute positivamente para el personal de salud en tanto que la cobertura se aumenta, ya que en ese programa se les pide a las madres que vayan al establecimiento de salud para poder acceder al MMN

2. El Proceso de Capacitación al interior de cada región

A) La ocurrencia de la capacitación

(1) Región Huancavelica

Necesitamos tener en cuenta que la región Huancavelica fue parte del piloto donde se realizaron los estudios para evaluar la posibilidad de introducir el MMN en el país. Esto se realizó desde el año 2011. Por ello, el personal de salud entrevistado, y que trabaja de manera continua en la zona desde esa época, nos permite comprender que para estos años iniciales, no necesariamente se les dio una capacitación previa, pero que sí contaron con información técnica sobre el producto (MMN), la misma que estudiaron o revisaron bien con el fin de poder brindar la orientación adecuada a la cuidadora principal.

El personal de salud que tiene más permanencia en los EESS, comenta que es recién hacia el 2013, cuando se organiza una capacitación a nivel de la red de salud respectiva, sobre el MMN y dirigida por la Responsable de Nutrición. Desde esa fecha, ya no han recibido otra capacitación específica en torno al MMN. Por su parte, el personal de salud entrevistado que se ha integrado al trabajo como parte del SERUM en los establecimientos de salud visitados, señalan que como parte de la inducción que reciben a nivel regional, antes de integrarse a sus respectivos EESS, se les presentó el tema de la suplementación con el MMN, junto con otros temas vinculados al desarrollo del CRED. Luego de eso, ya no han tenido otro momento de capacitación sobre el tema del MMN.

De otro lado, las ATSCD entrevistadas a nivel local en Huancavelica, coincidieron en señalar que cuando ingresaron a trabajar para la UT-PNCM, recibieron una capacitación inicial sobre los diferentes aspectos del SCD-PNCM, dentro de la cual, se abordó el tema del MMN. Esta capacitación estuvo a cargo del especialista en salud de la UT-PNCM. Luego de esto, no han recibido capacitaciones específicas sobre el tema del MMN, pero han participado de los eventos de capacitación que han organizado ellos mismos, con la participación del personal de salud local, dirigidos a los colaboradores voluntarios del SCD, que tienen bajo su responsabilidad. Los acompañantes técnico y comunitario del SAF en esta región, mencionan que sí han recibido una capacitación, bajo el convenio FED-PNCM y DIRESA, por lo que estuvo a cargo del personal de salud de las redes de salud respectivas. Adicionalmente, en este año 2015 han recibido otra capacitación sobre el tema dada por los Formadores de la UT-PNCM. Ambas capacitaciones duraron sólo un mañana cada una. Adicionalmente, algunos complementan su conocimiento de los MMN a partir de conversaciones con el personal de salud local, con quienes se informa mejor o aclara las dudas que pudieran tener.

A nivel de los colaboradores voluntarios locales del SCD, específicamente las MCCCCD, se refiere que el tema del MMN se toca como parte de los contenidos trabajados junto con los de cuidado integral del niño, diseñados como parte de la capacitación sobre el SCD en general. Estas capacitaciones han sido realizadas algunas veces con la participación del especialista en salud de la UT-PNCM como parte del tema general de nutrición infantil en el marco del SCD; pero, también las mismas AT, han tenido oportunidad de trabajar el tema con las MCCCCD a su cargo. Adicionalmente, las MCCCCD mencionan que durante las reuniones periódicas mensuales de evaluación del trabajo que tienen con sus AT, aprovechan para examinar dudas o preguntas sobre la suplementación con el MMN en los

CCD. Por tanto, serían principalmente, la Acompañante Técnica la referente más significativa de capacitación, dado su acompañamiento constante. Pero, se señala también a la madre guía, por tener mayor permanencia en el programa y por ende, haber recibido más capacitaciones, se le pregunta sobre el tema, o es quien les habla también sobre el MMN cuando se reúnen o cuando las visita para hacerles el seguimiento en sus CCD.

De manera complementaria, las MCCCCD entrevistadas, señalan que, en tanto son también CP de niños menores de 6 a 36 meses de edad, y por lo tanto, asisten al CRED llevando a sus niños, el personal del EESS al que acuden, representa otro referente de capacitación crucial, pues en diversas ocasiones, ellos han organizado sesiones de aprendizaje para CPs, en las que han participado.

Para el caso de las FSAF, se afirma que es el personal de salud de quien reciben la mayor parte de la información que conocen sobre el MMN. Incluso, saben sobre el MMN antes de ser FSAF, dado que por ser CPs acuden al EESS y allí el PS les informa sobre el tema. Mencionan que es en las *Sesiones Demostrativas* que se organizan mensualmente en el EESS, donde también aprenden sobre el MMN. Sin embargo, también se menciona que la AT respectiva les informa sobre el tema, o es quien ha organizado una capacitación sobre el tema, la que ocurrió luego de estar ya bastantes meses desempeñándose como FSAF. Sin embargo, se encontró alguna que aún no habría recibido capacitación sobre el MMN; pues se habría incorporado hacia tres meses, como parte del Programa; sólo maneja de manera general, que el MMN, evita la anemia, y, en tanto cuidadora principal, si ha participado en una Sesión Demostrativa, organizada por el establecimiento de salud.

En cuanto a los miembros de los CG y CV, ya sea de SCD o de SAF, se señala que a diferencia de las MCCCCD o de las FSAF, no han podido recibir aún capacitaciones específicas sobre el MMN. Los ATSCD o ACSAF entrevistados, mencionan no han realizado aún estas capacitaciones por falta de tiempo disponible. Sin embargo, en uno de los ámbitos SAF visitados, la ACSAF si logró coordinar con el personal de salud de la zona, que realicen una capacitación sobre el MMN para los miembros de los Comités de Gestión y del Consejo de Vigilancia. En general, los miembros de los CG y CV asisten a las actividades educativas impulsadas por los Acompañantes, sobre el tema de la Primera Infancia, lo cual permite contextualizar, la importancia de la lucha contra la anemia. La falta de capacitación sobre el MMN, es corroborado por los propios miembros de los CG y CV entrevistados, quienes se sienten no conocedores del tema del MMN, y por lo tanto, no pueden trabajar ese tema cuando visitan a las CPs. Sin embargo, comentan que han podido leer sobre el MMN tanto en el CCD como cuando van al EESS. Consideran necesario conocer el tema, para estar en condiciones de intercambiar y orientar a las cuidadoras principales; por lo que se sugiere que las reuniones de socialización, que se realizan mensualmente con la AT, podrían constituir un buen espacio de capacitación,

“Como Consejo de Vigilancia, yo pediría una capacitación de Chispita pe’ señorita (...) si no, con qué vamos a decir a las mamás” (H2 Consejo de Vigilancia SCD)

Los Agentes Comunitarios entrevistados, no han recibido capacitación sobre el MMN; desconociendo sobre el mismo. Al parecer, se ha producido una suerte de desactivación de sus funciones, pues se señala que no vienen realizando actividades específicas, asociadas a su cargo. Sin embargo, conocen de manera general que el MMN es bueno para los niños, y en ese sentido, como una orientación general, lo recomiendan a las cuidadoras principales,

“ (les decimos) que coman, que no lo bote, para que crezca (...) para cuidar la vida” (H1 Agente Comunitario de Salud SAF1).

(2) Región Piura

Se comenta que a nivel de las Redes de Salud, se cuenta con un equipo que va a capacitar a las cabeceras de microred, encargados de hacer la capacitación sobre multimicronutrientes. Se trata de hacer una capacitación de un día, en cada microred. Esto se hace realizando una capacitación centralizada, y luego los asistentes de cada microred, prosiguen con el siguiente paso de la cadena, al acceder a sus establecimientos de salud.

“Cuando es capacitación central, mayormente, vienen los centros de salud. Y Ayabaca hace su réplica allá en sus puestos de salud. Porque son ciento... ciento ochenta establecimientos y no se puede invitar a todos. (se invita) A las coordinadoras del distrito. A las enfermeras coordinadoras del distrito. Del centro de salud. Dependiendo porque a veces ha habido cambio de coordinación. ... También en las microredes también hay personas capacitadas. Ellas ya ... prácticamente organizan todo. El equipo de subregión sólo va como un complemento para supervisar. De logística más o menos. De su personal, las invitaciones, de todo eso se encarga la microred”. **(P1 Personal de salud a nivel de Red)**

Sin embargo, el PS que viene trabajando en la zona de SAF, a nivel de CRED, comenta que sólo en la época en la que estaba haciendo su SERUM, recibió una jornada de capacitación de parte de la DIRESA PIURA, en la que se tocó, entre otros temas, el de los MMN. Sin embargo, a nivel personal, ha buscado tener cursos a nivel de la región, con el Colegio de Enfermeros, o de parte de otras instituciones reconocidas y que dan certificados.

“¿Has recibido, en cuanto a las chispitas, capacitación, materiales, seguimiento? Bueno, yo por mi parte no he recibido capacitación pero si tengo conocimiento. (...) De lo que son las chispas, qué contienen, cuánto se administra. Pero, ¿básicamente por tus estudios? Por mis estudios. O porque yo me capacito. Te capacitas, ¿cómo? Yéndome a los cursos cuando me llaman. Al curso de Piura, lo organiza el colegio de enfermeros o, Cayetano Heredia también nos ofrece capacitación y ahí nos inscribimos, y nos dan certificado. ¿Y ahí, ahí es que tú te has capacitado un poco más? Ahí, sobre las chispitas. Pero, digamos, ¿esa es una iniciativa tuya? Ajá. Fuera de esa iniciativa tuya, ¿tú no has recibido ninguna...? No. Cuando hacía mi SERUM si he recibido capacitaciones. Yo no lo hice acá, mi SERUM lo hice en Huancabamba. ¿En Huancabamba? Sí. ¿Quién te capacitó en Huancabamba? En Huancabamba a mí me capacita la... la DIRESA. La DIRESA, ¿y esa capacitación tuya estaba dedicada a todos los SERUMS, básicamente? Claro. A los SERUMS. Los micronutrientes, las vacunas, todo te capacitan. Es que cuando tu entras a SERUM te capacitan” **(P1 Personal de salud CRED)**

El fortalecimiento del trabajo con el MMN entre el PS, se da en el contexto de la promoción del Programa Articulado Nutricional, por lo que se procede dentro del mismo EESS a capacitar al resto de trabajadores, para que se llegue a hacer el trabajo comunitario y de ampliación de coberturas que se necesita realizar. En el caso del MMN, la búsqueda de niños que no estén recibiendo o que han dejado de asistir al EESS, no sólo se registra o se reporta, sino que se le aborda y se le entrega sus MMN. Ha sido pues, una capacitación sobre el seguimiento de la entrega y consumo del MMN.

“Entonces, ¿Me decías que en el tema de seguimiento y continuidad es donde más problemas tienen ustedes? Ajá. Sí. ¿Y qué se está tratando de hacer para resolver este tema? ... Hicimos una capacitación el mes pasado, me parece ha sido, a todo el personal de todo lo que es el Articulado: técnicos, enfermeras, todo. Para capacitarlos por qué era importante y conozcan ellos y también nos apoyen en lo que es la... la suplementación y el seguimiento. Entonces, ellos ya salen, llevan sus chispitas y hay un formato que llenan, también de seguimiento, que lo debe tener la Licenciada en su archivador, y ellos salen a hacer, este... Llegan a una casa, así y si el niño nunca ha recibido chispitas, le inician la suplementación, no? O a aquel que de repente no ha venido, no? Se le entrega también”. **(P2 Personal de salud Cred)**

En cuanto a la capacitación de los Acompañantes Técnicos o Comunitarios, se reporta que han recibido por lo menos dos capacitaciones sobre el MMN. Una conducida desde la DIRESA en coordinación con el FED, y otra implementada por los especialistas en salud y en nutrición de la UT-PNCM Piura. Ambos fueron eventos de unas dos horas.

“...nuestros acompañantes técnicos y comunitarios han recibido una capacitación también en dos momentos que ha sido de hecho ligera ¿no? No ha sido una muy, muy, muy continua. Una con al DIRESA, recibieron una capacitación y luego con las especialistas de salud el Servicio de Cuidado Diurno también sobre la, la preparación y consumo de multimicronutrientes. ¿Cuánto tiempo duraron estas capacitaciones? A ver, normalmente un par de horas más o menos”. **(PCoordinador SAF)**

Es a nivel local, donde se establece una mayor y mejor relación entre el sector salud y el equipo de la UT-PNCM. Si bien el PNCM resulta algo que recién conocen para el PS, los AT o AC, insisten en establecer coordinaciones directas y provechosas con el sector salud de su jurisdicción. En este contexto, es donde la capacitación sobre MMN desde el sector salud hacia el PNCM local viene a ser una de las actividades a coordinar, en el marco de otras recomendaciones como la promoción de la asistencia al CRED. Generalmente, se reporta al menos un evento de capacitación coordinado entre el personal de salud y el personal técnico local de la UTPNCM, dirigido ya sea a las MCCCCD o a las

FSAF. El PS comenta que especialmente se preocupan de capacitar a las MCCCCD acerca de la forma cómo preparar adecuadamente el MMN.

“¿Cómo se da la relación con el programa CUNAMAS, cómo trabajan ustedes con ellos? CUNAMAS recién, como le digo, este año se ha implementado. ...O sea, recién estábamos informando... Claro O sea, es nuevo ese programa para nosotros...¿Cuándo se enteró de su existencia? Yo en este año recién, cuando... Llegó una invitación para ir a un curso de CUNAMAS, porque yo sabía que había en otros sitios. Y bueno, con ellas ya se ha coordinado para poder, este, sobre todo las chispitas ... ¿Entonces, en la reunión que ustedes tienen con CUNAMAS, básicamente, tratan el tema de las chispitas o tratan otros temas? De las chispitas, sobre todo las chispitas; pero, también se ha tomado el tema de las sesiones demostrativas Ya. De cómo preparar las chispitas. Como ellas son las que les dan las chispitas a los niños, entonces cómo deben darle correctamente. O sea la demostración de cómo tienen que preparar las chispitas. Lo otro es, pues, coordinar con ella también lo que es si el niño está al día en sus controles, no, en sus vacunas, toda la parte de la atención del crecimiento y desarrollo” (P2Personal de Salud CRED)

A nivel de los CCD, resulta interesante el proceso de introducción del MMN, que la AT relata; inicialmente, no se incluyó el consumo del MMN, dado el temor de posibles efectos secundarios; pues previamente, dado el proceso de adaptación del niño, a una nueva dieta, se produjeron diversos episodios de diarrea, que incidieron en la motivación y confianza de los padres, definiendo su continuidad y participación en el servicio.

“En cuanto al MMN, cómo fue introduciendo? Cuando tu empezaste, ya estaba? O vino luego? Sí, no, mira, nosotras no lo incluimos los primeros meses, sería mentirte. No lo incluimos porque aparte que nuestras comidas, como te lo decía, cargadas en proteínas, llegaban a un estomago que no estaba acostumbrado, iba a ocasionar efectos, diarreas ocasionaron, padres preocupados que ya no los mandaron, muchos padres se desanimaron que hasta ahora no los mandan. Por esa primera experiencia, a pesar de que se les explico, pero no lo tomaron muy bien. No confiaron? Sí, entonces no se les pidió que los traigan (el MMN)”. (P2 Acompañante técnica SCD)

De esta forma, la instalación del MMN, fue progresiva, para ello, se organiza en primer lugar, la capacitación a las Madres Cuidadoras, condición para solicitar a los padres que entreguen el MMN para ser consumidos en el CCD. El tema de capacitación principal habría consistido en el contenido del MMN

Según la opinión de las MCCCCD han recibido capacitaciones no específicas sobre el MMN, sino como parte de las capacitaciones en torno al cuidado integral del niño dadas por el programa. Es decir, se integra el tema del MMN como parte de lo que estas colaboradoras voluntarias necesitan conocer sobre la prevención de la anemia

“¿Y alguna vez en las capacitaciones que le han dado, allá en Piura, le hablaron de estos (muestra sobre de MMN)? Si, de los nutrientes ¿Que le dijeron? Que eran buenos y eran nutritivos para los niños, y eran para las defensas de cualquier enfermedad, eso fue lo que nos decían Entonces, la capacitaron a usted? Si, nos capacitaron en todo lo que es poder cuidar a los niños y poder enseñarles en todo...Cuanto tiempo estuvo capacitándose? Un mes ... En lo que la capacitaron a usted, ¿le hablaron de los micronutrientes? En una charla hablaron de los micronutrientes, que era contra la anemia” (P2Madre Cuidadora SCD2.1)

Tanto a las Facilitadoras SAF como a los miembros de los CG y CV del ámbito SAF, estaba contemplado que sean capacitados en cuanto al MMN, como parte de las réplicas que tenían que hacer el AT y el AC en sus respectivas jurisdicciones.

“Entonces de lo que entiendo ¿los acompañantes técnicos vienen a ser clave en este trabajo para después capacitar a las facilitadoras? Si es que ellos van capacitando a las facilitadoras sobre el consumo de las Chispitas de cómo deben llegar a las familias y sobretodo que se tiene que trabajar con ellos directamente ellos van dejando a través de mensajes claves con las facilitadoras en las reuniones de planificación y las facilitadoras en cada visita van reportando esos mensajes les deja un mensaje terminando la visita reforzando a la mama de repente me lavo las manos y me dan las chispitas siempre ir influyendo a través de las prácticas de cuidado que nosotros estamos brindando” (P Especialista en ejecución y seguimiento a la gestión comunal SAF)

Sin embargo, también se ha dado el caso que las AT o AC junto con el personal de salud de su zona, se pongan de acuerdo para dar la capacitación sobre MMN, a las FSAF, o se haga de manera

diferenciada. Esto ha ocurrido sólo en algunos sitios. Se reporta también que algunas FSAF no habrían recibido capacitación por ninguna de estas rutas.

“¿Las facilitadoras SAF recibieron alguna capacitación? Directamente de salud, eh, son algunos casos que los chicos han coordinado con el establecimiento de salud, no tengo reporte de cuáles son pero algunos, este, establecimientos de salud han capacitado a nuestras facilitadoras SAF, pero no en todos, no en todos los comités. ...las facilitadoras, algunas han recibido directamente del establecimiento de salud, otras por nuestros acompañantes y por ahí una que otra que se nos ha quedado sin capacitar”. (P Coordinadora SAF)

Según lo que recuerdan las FSAF entrevistadas, la oportunidad de tocar el tema de los MMN, se dio en el contexto del taller para capacitarlas sobre el manejo de la llamada “ficha óptica”, la cual incluye preguntas sobre si la CP recibe el MMN y si lo da al niño

“Recién el año pasado vinieron las fichas ópticas. Y ahí recién empezamos a preguntarles sobre eso. Ahí recién nos enteramos del micronutriente. Un taller tuvimos en Ayabaca”. (P1 GF Facilitadoras SAF)

Si bien las Madres Cuidadoras de CCD o las FSAF han sido directamente o indirectamente capacitadas en el tema del MMN, ya sea por el PS o por las AT o AC; los miembros del CG y del CV, no necesariamente han recibido capacitación

“Y al comité de gestión y al consejo de vigilancia, hay algún tipo de capacitación sobre MMN o no? No, ellos no han tenido. Las señoras han podido escuchar, porque cuando tengo capacitaciones les digo “señoras, hay capacitación, si pueden vengan”. Algunas asisten porque no tienen otra actividad, otras “señorita no puedo hoy día”.(P2 Acompañante técnica SCD)

Por el lado de los Agentes Comunitarios de Salud, el PS reporta que no vienen haciendo capacitación a los ACS, en el tema del MMN u otro. Sostienen que la convocatoria no es efectiva, pero, sobre todo, el trabajo posterior en las respectivas comunidades, no se desarrolla como se espera, dadas las múltiples actividades que los ACS, como madres o padres de familia, tienen que de todas maneras hacer. En otras palabras, no se trabaja con los ACS, y no se podría trabajar de manera efectiva un seguimiento del consumo del MMN es su jurisdicción.

En general, se remarca cambios críticos en la organización del trabajo de los establecimientos de salud con los promotores, pues, por ejemplo, la capacitación ha desaparecido del horizonte; de haber contado con actividades sostenidas de capacitación, éstas han dejado de realizarse en los últimos tres años. En este marco, no se ha recibido ninguna capacitación relacionada con el MMN, la cual pudiera extenderse, a ámbitos usuales de trabajo, atendidos por el promotor, tales como Comedores Populares y escuelas. En una de las zonas visitadas, se refiere que la estructura de trabajo con los promotores, experimenta un punto de inflexión cuando la ONG que apoyaba en la localidad, se retira, siendo ésta la que dinamizaba la relación con los promotores, pues no sólo las actividades de capacitación mantenían su regularidad, sino también las actividades de seguimiento y supervisión.

“¿Con esas ONG sí había más participación? Sí, había participación con las ONG ¿Y cuando se fueron las ONG qué pasó, se...? De por allá vino pues de que ya no ha habido, este... como le digo, capacitaciones. A ya. ¿Pero antes con las ONG sí funcionaba? Sí, si funcionaba. Las mismas ONGs también nos llevaban un seguimiento a nosotros como promotores nos tenían allí, nos visitaban a domicilio las ONG”. (P2 Agente Comunitario de Salud SCD1)

En estas condiciones, el promotor desconoce la práctica de consumo del MMN, a nivel de las familias, pues al parecer, sus actividades han quedado igualmente, afectadas. Nos cuenta una de las ACS, a la vez CP de un niño mayor de 36 m, que lo que conoce sobre el MMN lo sabe por haber recibido ella misma el MMN para su niño, y durante la consejería respectiva el PS le ha explicado sobre ese tema. Pero, también reconoce como fuente de información lo que viene escrito en la misma cajita del MMN.

El funcionario municipal distrital, encargado de asuntos sociales y de salud, recién se viene enterando de la existencia y de la función de los MMN. Esto ha sido de alguna manera circunstancial, pues se trataba de una visita de la ministra del MIDIS a la zona fronteriza con Ecuador, donde escucharon de ella, hablar del tema.

“Y sobre estos (mostrando sachet MMN) ¿los conocen acá? ¿Esos son los que se entregan a los niños menores de 3 años? Si Recién los estoy viendo, ayer hemos estado en un evento que vino la Ministra del MIDIS y...Ahhh...si escuche que iba a haber ¿acá no? Sí, ahí estuvimos, en un distrito Sullo. Ahí hemos estado, ¿te has enterado? Claro, por la televisión también...y qué les hablaron de esto?... No, nada, solamente la Ministra se dirigió al público y dijo la mejora que tienen con los sobrecitos. Los micronutrientes. Es concentrado, algo así, dijo, para la prevención. Claro, para prevenir anemia, la desnutrición...Y para qué otra cosa escucharon que servía. Para un programa de...más o menos dieron una orientación de los micronutrientes para mejorar, porque los niños son anémicos y con eso ya se soluciona ¿no? Sí...y... ¿sabe algún nombre además de micronutrientes con el que la gente los llame? No. No. (...) Recién está llegando a Ayabaca”. (P1 Funcionario Municipal1)

Dentro de las actividades del municipio, se programan charlas sobre nutrición dirigidas a las socias del Programa Vaso de Leche; y se comenta que se hacen 3 veces al año. Pero, no se ha tocado el tema del MMN en ellas.

“¿Cada qué tiempo hacen estas charlas nutricionales? Bueno, en este año hemos hecho tres veces al año. Tres veces al año. Y esas charlas ¿cómo hacen para convocar a la población? Aprovechamos el programa Vaso de Leche que convoca a las mamás. Hace poco hemos tenido una reunión el 17, martes, martes 17. Ya Hemos tenido una reunión para la degustación de, de la leche porque algunos, no, no quieren la leche de vaca sino la leche de tarro. Y ya entonces ahí tratar de ver y dejar todo en orden para el próximo año. Entonces ahí se les aprovecha, la charla del lavado de manos, charla de nutrición, todo eso. Porque es, de por ahí empieza. El Vaso de Leche empieza con, con los niños, con la mamá le debe dar la leche hasta los cuantos años ¿no?” (P1 Funcionario Municipal 3)

(3) Región Ucayali

La capacitación principal para los miembros de la DIRESA y Redes de salud se dio en el 2013. A partir de allí, desde las redes de salud, a través de talleres con el acompañamiento de la DIRESA, se ha buscado que el personal de salud de los establecimientos manejen el tema del MMN. A lo largo del año han sido capacitados una sola vez por el personal de la DIRESA vinculados a la estrategia de nutrición y responsable de promoción de la salud. Esta capacitación duró solo unas horas.

“Entonces cuando llegaron estos productos normalmente para eso, se invitaron a Pucallpa ciertas personas, ciertos profesionales para la capacitación, de preferencia los encargados del área, del área niño, de etapa de vida niño (del MINSA CENTRAL). Posteriormente se hizo otra capacitación con la presencia en este caso de, del apoyo de la DIRESA, el encargado de la estrategia de alimentación y nutrición de la DIRESA más por, con el personal que ya ha sido capacitado para fortalecer las capacidades y competencias del resto del personal de todos los puestos”. (U1 Personal de Salud Región)

Se comenta que una vez al año, para la capacitación al personal local que trabaja CRED en los EEES, vienen invitados coordinadores de la microred del área niño. Se les explica su importancia y para qué sirve. También como llenar el HIS. Estas capacitaciones duran 1 o 2 días. Dentro de esta capacitación general, sobre MMN se hablará sólo 2 horas. Incluso se menciona que se busca que los encargados de farmacia estén capacitados sobre prácticas de almacenamiento y distribución de MMN.

Se refiere que están coordinando también con UNICEF para el desarrollo de las capacitaciones, quien les ha pedido que se involucre en las capacitaciones a todos los que trabajan en Primera infancia incluyendo a CUNAMAS.

El personal de salud encargado de la estrategia de nutrición en los ámbitos distritales o microredes de salud, asistió a la capacitación que se dio a nivel regional en el tema del MMN. Sin embargo, hasta la actualidad no llega a realizar la réplica respectiva. Pero, ya está planeando realizar un cronograma de capacitaciones MMN al resto del personal de salud, sea profesional de enfermería o técnicos de enfermería, con el fin de estandarizar los mensajes y evitar que se brinden mensajes erróneos a las CPs.

Para la incorporación del MMN en la región, se capacitó sobre todo al personal de enfermería que está encargado de implementar la atención de CRED. No se dieron materiales educativos sobre este tema. Tampoco se ha implementado el seguimiento a las actividades de enfermeros sobre este tema. Como nutricionista considera que falta concientizar al personal de enfermería sobre el tema del MMN en la región. Considera que se puede mejorar cómo se viene trabajando el tema en el CRED. Las

explicaciones a las madres son orales, no se dan sesiones demostrativas. Adicionalmente, no tienen materiales didácticos sobre MMN.

Se menciona también, que tuvieron una capacitación sobre el tema de la anemia y su tratamiento, a mediados del año pasado. Vino a hacer la capacitación, el personal del área de Promoción de la Salud del nivel central del MINSA. Dentro de esta capacitación, se trabajó el tema del MMN, pero de forma muy breve. A esta capacitación asistió sobre todo el personal de enfermería.

Adicionalmente, se reporta otra capacitación realizada al PS por miembros del Centro Nacional de Alimentación (CENAN), sobre el desarrollo las Sesiones Demostrativas, donde se incluyó la degustación de preparaciones con MMN. Sobre este tema si han capacitado a los agentes comunitarios para que puedan replicarlo en las familias y comunidad. Ellos les enseñan allí los contenidos sobre una adecuada alimentación para cada grupo etario. Y a la vez, la metodología para que apoyen la realización de las sesiones demostrativas. Pero, no se ha trabajado con los ACS específicamente sobre el MMN. Consideran que deben reforzar sesiones demostrativas con la aplicación de cómo preparar el MMN.

Sin embargo, encontramos también PS que refiere que no ha recibido capacitación alguna sobre el MMN. Sólo ha compartido conversaciones e indicaciones con otro PS de su EESS, pero, oficialmente no ha recibido una capacitación.

“De micronutrientes, nada. De otros programas, de otros sistemas, sí he recibido; pero de micronutrientes no hemos recibido”. (U2Personal de Salud CRED)

Considera el PS, que requieren saber más sobre el tema, especialmente en las zonas más alejadas donde no se puede acceder a buscar información tan fácilmente. Y cuando se programan capacitaciones, asisten los del nivel de la Microred, pero no necesariamente los de los establecimientos de salud de primer nivel.

“Sí, si es necesario, es necesario, de verdad por como digo nosotros mayormente en la zonas rurales estamos nulos de las capacitaciones porque a nosotros muy poco a veces nos invitan a cualquier capacitación, mayormente invitan de la red, a los del puesto referencial ... todos ellos son invitados a la central, y a nosotros tan solo nos dan una simple replica... que no es igual una capacitación con una replica”. (U2 Personal de Salud Cred SAF)

El acompañante técnico de SCD, de otro lado, refiere que a finales de septiembre pasado, les capacitaron sobre las cartillas y valores nutricionales de los MMN, en un evento mayor, sobre otros temas vinculados al cuidado integral del niño, de dos días en la ciudad de Huánuco. Les pasaron contenidos sobre MMN. Les dieron información sobre distribución de MMN. Solo les dieron el folleto acerca de que se debe consumir. Esta capacitación estuvo a cargo de los especialistas en salud y nutrición de la UT-PNCM de Huánuco. Le hubiera gustado capacitación netamente sobre MMN, sesiones demostrativas para llegar a las familias. Le gustaría que se amplíe la capacitación.

De otro lado, se recoge que lo que los AT, sea de SCD como de SAF, y los ACSAF han aprendido sobre los MMN, lo comparten en las sesiones de socialización tanto con MCCD, FSAF como con los miembros del Comité de Gestión y Consejo de Vigilancia, así como con las CPs que asisten.

“Si, si me explicaron, nos llamaron a una reunión así de puras madres cuidadoras y nos explicaron, siempre en cada capacitación, siempre nos hablan de las chispitas, lo que es importante las chispitas, en todas las reuniones” (U1Madre Cuidadora SCD1)

Considera que más allá de esto, los Comités de Gestión y Vigilancia no están capacitados sobre MMN. A su criterio, las FSAF tampoco están capacitadas sobre MMN. Tienen información genérica y algunos folletos. Conversan con el técnico para que los instruya sobre MMN

Refiere el AT que promueven el desarrollo de sesiones demostrativas con las CPs, en las cuales participa el personal de salud de su jurisdicción para hacerlas, así como las FSAF para apoyar. Se tocan diversos temas sobre la importancia de alimentación, y duran una hora. Sin embargo, no se ha hecho una sesión demostrativa específica para la preparación del MMN.

Reafirmando lo ya mencionado por el ATSAF, las facilitadoras entrevistadas refieren que No han recibido capacitación sobre MMN. Sólo se limitan a preguntar si le dan MMN al niño, durante las

visitas domiciliarias. Lo que conoce, lo sabe porque el personal de salud se lo explicó durante la consejería CRED de sus propios niños. Sabe que se tiene que combinar con la comida y que se tenía que dar a los niños desnutridos.

De otro lado, tanto el Agente Comunitario de Salud entrevistado, como el funcionario municipal, mencionan que no han recibido capacitación alguna, que nadie les ha hablado sobre los MMN; por lo tanto que no tienen conocimiento sobre lo que es el MMN.

En cuanto a los miembros del Comité de Gestión así como el del Consejo de Vigilancia que no los han capacitado específicamente sobre MMN, comentan que en las reuniones que se tienen todos los meses, que duran una hora, tocan temas de lavado de manos, cuidado de niños, también se toca el tema de MMN, dedicándosele unos 15 minutos. Adicionalmente, señalan que han recibido información sobre el MMN en el EESS, por ser padres de familia de niños pequeños. De otro lado, refieren que se ha hecho una sesión demostrativa con el AT, donde se les ha mostrado a los papás como preparar alimentos.

B) Contenidos trabajados

(1) Región Huancavelica

El personal de salud entrevistado, recuerda que en la capacitación recibida sobre la Norma Técnica CRED durante el año 2013, se abordó el tema del MMN, tratándose aspectos fundamentales de la suplementación tales como el esquema de administración, los componentes que tiene, la forma de preparación adecuada, así como las razones que justifican el que se tenga que dar el MMN a los niños y niñas menores de 36 meses.

“...el esquema de suplementación, la importancia de por qué tenemos que administrar y como tiene cinco componentes ¿no? (...) y la preparación también” (H1 Personal de Salud CRED)

Por otro lado, el personal de salud que labora como SERUM, refiere que durante la inducción que tuvieron antes de ingresar a las zonas de trabajo, se les explicó rápidamente acerca del contenido del MMN y la forma de preparación. La experiencia de este personal de salud difiere de la situación anterior, pues afirma que la capacitación sobre el MMN, fue insuficiente y no tratada en extenso,

“...sobre Chispitas, prácticamente casi nada, muy poco. Fue una capacitación, vagamente, no (...). Nos explicaron de Chispitas, cuándo se tiene que dar, el contenido del multimicronutriente, tiene su vitamina (...) entonces, se tiene que dar al niño, de igual manera si se le encuentra con anemia, su Sulfato Ferroso, explicando a la mamá, cómo se tiene que dar ¿no? dos cucharitas y aparte el sobrecito, eso fue lo que nos explicaron” (H2 Personal de Salud Cred)

Las AT y AC entrevistadas mencionan que durante la capacitación recibida, los contenidos sobre MMN trabajados fueron la composición del MMN, la forma de preparación, sus componentes, las edades de consumo y sobre todo la necesidad de su ingesta como forma de prevención de la anemia.

Estos temas, a su vez, fueron trabajados por ellas, como AT o AC, ante las MCCCCD y las FSAF, en el marco de los demás contenidos de nutrición que se aseguran trabajar durante las reuniones de revisión y evaluación del trabajo. Así, se les recuerda y enfatiza de manera constante, motivar a la ingesta del MMN, solicitar que lleven el MMN al CCD, pero también sobre la forma de preparación,

“...nosotros hacemos nuestra capacitación, por ejemplo, “¿cómo deben darle Chispitas a los niños” (H2 Acompañante Técnica SCD)

Las MCCCCD también reportan que se les ha explicado sobre los componentes del MMN, así como sobre el sentido y fundamento de la suplementación,

“Sobre las Chispitas nos capacitan, nos dicen que es bueno para la anemia, para esas cosas (...) nos han dicho que era bueno las Chispitas, por eso había que darle, porque en Huancavelica había anemia, desnutrición” (H1 Madre Cuidadora SCD2.1)

Las FSAF comentan que durante las Sesiones Demostrativas, impulsadas por el personal de salud (uno de los principales referentes de capacitación, para las Facilitadoras) se aborda un conjunto de temas, entre ellos, el lavado de manos; el tipo de consistencia de las preparaciones que debe recibir el niño, según su edad y en la cual se debe preparar el MMN; así como, el procedimiento a seguir para su preparación,

“Primero, se debe lavar las manos, antes de preparar los alimentos”, me dijo (el personal de salud). De ahí, “en segundo, a los seis meses, cuando el niño tiene seis meses, va a comer purecito de zapallo, de papa”, así me dijo señorita. De un año, de dos años, ya van a comer segundito, en ahí vas a preparar. Para que prepares, vas a sacar dos cucharaditas a un platito y en ahí vas a preparar, ahí vas a echar micronutrientes, un sobrecito”, me dijo señorita, “y eso debe terminar el niño” (H1FacilitadoraSAF2)

En la zona del SCD los miembros del CG y del CV han sido capacitados por el personal de salud, en torno al MMN y en el manejo de indicadores de peso y talla. Saben también que deben estar atentos al consumo del MMN en el CCD. En cambio en la zona SAF, los miembros del Comité de Gestión y del Consejo de Vigilancia a pesar de no haber recibido capacitación específica sobre el MMN por parte de las AT o AC, conocen que es necesario dar el MMN a los niños, y que se tiene que mezclar con la comida.

(2) Región Piura

En las capacitaciones para el PS, se sigue la explicación de la prevalencia de anemia, como justificación para la introducción de la norma técnica sobre suplementación con hierro. Se aprecia que el contenido se concentra en la comprensión del esquema de administración.

“...generalmente, vienen de Lima a darnos la capacitación. ¿Y se acuerda cuáles fueron las ideas principales que se dieron sobre las chispitas en esas capacitaciones? Generalmente, empiezan por lo que es, cómo estamos en anemia Ya. ¿No? Como Perú, como región. Luego ya, este, por provincias y todo, ¿no? Y de ahí ya empieza la parte de la norma técnica, a explicarles cuál es el esquema”. (P2Personal de Salud de Microrred)

La capacitación al personal de salud dentro de la región, también se ocupa de todo el tema del registro de la información, y de los formatos o programas para hacerlo, a fin de contar con estadísticas actualizadas y que reflejen el trabajo efectivo a nivel de sus jurisdicciones.

“¿Cómo se fue incorporando el tema de las chispitas, o multi micro nutrientes, en las actividades de su sector en este CLAS o en esta Micro Red, como usted prefiera, no? ¿Cómo llegaron acá las chispitas, cómo fue el proceso de introducción? Cuéntame un poquito, qué pasó desde que llegó la orden desde arriba y dijo “ya van a venir las chispitas, tienen que repartirse” Ah no, primero nos capacitó... ¿Los capacitaron? Claro, hubo una capacitación que siempre cuando hay algo nuevo la DIRESA nos llaman a la capacitación, no? Cómo se va a dar, toda la parte de... hay una directiva, una norma... Claro. Y también cómo se informa en el HIS. Porque toda... porque a veces, si no se da y no informan correctamente en el HIS como que también... no se ve reflejado Ya Ya de pronto no, el problema dicen “no tienen poca suplementación” porque hay esa, no?... cruce de información”. (P2Personal de Salud de CRED)

Otro de los contenidos trabajados con el PS viene a ser la modalidad de sensibilizar e informar a la madre de familia sobre lo que es el MMN, cómo nombrarlo, la importancia que tiene para el desarrollo del niño y su relación con la dimensión del estudio. Se articula así un discurso donde el MMN viene a ser el puente para superar la anemia y alcanzar el desarrollo deseado. Se posiciona al MMN como vitaminas para los niños.

“¿Qué ideas se dieron en la capacitación las personas que vinieron, para reforzar que la población acepte las chispitas? Ah, que eran, este... Nos dijeron, primero, que eran vitaminas, no? Que no dijéramos que era multi micro nutrientes porque la palabra muy grande ... palabra muy complicada... palabra muy grande que tal vez no pudieran ni pronunciarlo, ¿no? Entonces, vitaminas, ¿no? Que le ayudan para el desarrollo del niño, para evitar la anemia, que el niño si tiene anemia va a tener problemas de aprendizaje cuando vaya, pues, de pronto a la escuela, ¿no? Y que es importante que lo consuman, que el Estado va a invertir porque nuestros niños a nivel nacional y acá en La Arena también los niños con desnutrición crónica. De pronto, no es que le duela algo pero, de pronto, o sea, la consecuencia viene después. Si tu vienes todos los meses, todos los meses estás viniendo ahorita es

por algo, no? Es porque tienes que darle sus chispitas, suplementarlo, no? Y, más adelante ya vas a ver que tu niño va a lograr tener un desarrollo igual que un niño que no tiene anemia, porque estamos evitando lo que es la anemia. Bueno, en ese sentido, decirles que son vitaminas". (P1Personal de Salud de CRED)

Los diferentes AT y AC entrevistados, mencionan que se trabajó, a nivel de conocimientos, el tema de la importancia del MMN, los efectos colaterales que se pudieran presentar por la ingesta del MMN, y principalmente la clarificación de la forma cómo tiene que ser preparado el MMN, incluyendo el tipo de alimentos en los que se puede mezclar

"Por un lado, los, este, de repente pequeños síntomas tal vez que el niño pueda tener al consumir. Lo que puede pasar ¿no? Que de repente por ser un, algo que no lo consume siempre tal vez. Y la forma de prepararlo, en qué productos se puede preparar, en fin. (en la capacitación dada por el especialista de salud) me parece que, en esencia sobre lo mismo: cómo preparar ¿no? Cómo preparar el multimicronutriente, primero sobre la importancia, por puesto ¿no? Sobre la importancia del multimicronutriente ¿no?". (PCoordinador SAF)

"...se ha trabajado mucho sobre la importancia del multimicronutriente ¿no? De por qué es importante el consumo del multimicronutriente, como esto va a beneficiar a los niños, en qué manera se les puede recuperar de la anemia si es que se sigue un tratamiento, este, claro y continuo. Y lo segundo, la preparación, la preparación y consumo" (PEspecialista en Salud SCD)

Refieren además, que en sus capacitaciones se trataron temas como las características del MMN (no tiene olor); se incidió en la necesidad de no dejar transcurrir más de cinco minutos la comida preparada con el MMN, pues emergería el sabor; la forma de preparación; los posibles efectos secundarios que podrían presentarse (diarreas) en algunos niños y cómo podrían tratarse, aunque sólo se le dio la recomendación que la cuidadora principal tendría la posibilidad de cambiar el MMN por el Sulfato Ferroso. Asimismo, prueba directamente, la comida preparada con el MMN.

(3) Región Ucayali

El PS menciona que los contenidos principales trabajados sobre el MMN, se refieren a detallar los componentes de MMN, instruir sobre la ocurrencia de las reacciones adversas, así como sobre los esquemas de consumo. Al PS Se les ha enseñado la preparación de MMN. Importancia de MMN y porqué se tienen que dar diariamente. Se les ha explicado el contenido o los componentes sobre el MMN.

Las AT y AC refieren que en sus capacitaciones sobre el MMN se tocaron los temas de la importancia de los MMN, preparación y consumo de los MMN, así como los mensajes integradores a difundir entre los colaboradores voluntarios del PNCM.

A las MCCCCD Les habla la Coordinadora de SCD. También les habla la madre guía y en la posta. Vienen a darles charlas de la posta las enfermeras y nutricionista La capacitación es en CUNAMAS. En el control de maternidad también les hablan. Les queda la duda de por qué viene en polvo y no en líquido.

"Separas las chispitas de su comida, ahí lo mezclas todo y eso le tienes que hacer terminar". (U1 Madre cuidadora SCD2.1)

Los actores FSAF así como los miembros de CG y CV no recibieron capacitación sobre MMN, por lo que no se aparece la información sobre contenidos recibidos.

C) Metodología y materiales

(1) Región Huancavelica

La forma de trabajar el tema del MMN en las capacitaciones dirigidas al personal de salud o a los AT y AC, es básicamente teórica, expositiva; pero, involucra, algunas de ellas, una parte práctica, dado que realizan sesiones demostrativas para que desarrollen la forma como preparar el MMN. Sin embargo, para el personal que se ha incorporado recientemente, como parte del SERUM, la

capacitación si fue eminentemente teórica, subrayándose la necesidad de un enfoque que incluyera actividades prácticas,

“Hubiera sido mejor, si nos hubiesen enseñado con algo práctico” (H2Personal de Salud Cred SAF)

De igual manera, la capacitación para los AT o AC, desarrollada por el equipo de especialistas la UT-PNCM tuvo una orientación básicamente, teórica; no incluyendo actividades prácticas de preparación del MMN; utilizándose como recurso educativo, sólo material audiovisual. Se destaca, por ello, la necesidad de incorporar actividades prácticas, que enlacen la *preparación* con el *consumo* (es decir, corroborar si el niño o la niña acepta o no).

Tanto el personal de salud como el personal local de la UT-PNCM (AT, AC), refieren que no contaron con materiales educativos específicos sobre el MMN, a excepción de las exposiciones digitales usadas por los ponentes. Sin embargo, mencionaron que las sesiones demostrativas usadas para conocer como se prepara el MMN, contaban con sus propios materiales presupuestados.

Las MCCCCD entrevistadas comentan que las capacitaciones sobre el MMN a las que asistieron fueron básicamente prácticas, lo cual resulta pertinente, al abordarse como contenido central la preparación del MMN. Esto mismo es resaltado por las ATSCD, quienes insisten en señalar como algo crucial para las capacitaciones sobre el MMN, el hecho de probar la preparación con el MMN, por parte de las Madres Cuidadoras. EL personal de salud organizó la degustación del MMN como parte de la capacitación ofrecida a las MCCCCD en coordinación con los AT locales.

“...enseñan, preparando” (H1Madre cuidadora SCD2.2)

“...ahí en comidas balanceadas, en Posta llevamos huevo, carne, preparamos nosotros, nos hacen preparar” (H1Madre Cuidadora SCD1.2)

Estas Madres Cuidadoras vuelven a corroborar la orientación práctica de la capacitación, informando que durante la misma, se ha probado el MMN,

“Ese día (se refiere a la capacitación) nos han hecho poner nuestro mandil, nos han hecho preparar y nos han hecho probar y luego hemos comido” (H1Madre Cuidadora SCD1.1)

Las Facilitadoras SAF entrevistadas, señalan que la principal forma de aprendizaje, empleada en su capacitación, se ha desarrollado a través de *Sesiones Demostrativas*, dirigidas por el personal de salud. Algunas recuerdan que la capacitación empleó material gráfico y soporte multimedia; no incluyendo actividades prácticas, de preparación del MMN.

Los miembros de los CG y del CV entrevistados, reportan que a pesar de no haber sido capacitados sobre el MMN como tales, sí han asistido a reuniones de preparación de alimentos en las cuales se trabajó el tema del MMN, a cargo del personal de salud local, por ser también cuidadoras principales de niños menores de 36 meses.

“Quería aprender señorita, no recibo todavía capacitación de Chispitas, más que nada en la Posta nos dicen, van a dar a sus niños, van a hacer comer, así eso nomás” (H2 Consejo de vigilancia SCD)

(2) Región Piura

El personal de salud comenta que no cuentan con materiales educativos o de sensibilización sobre el tema de los MMN, con los cuales puedan trabajar las respectivas actividades educativas en sus respectivas jurisdicciones. Pero, dado que tienen la posibilidad de hacer sesiones demostrativas con las CP de niños pequeños, donde se explican temas desde lactancia materna, preparación adecuada de alimentación complementaria, aprovechan allí para demostrar la forma como mesclar el MMN en esas preparaciones. Estas sesiones demostrativas si cuentan con presupuesto dentro de lo que es el PAN, por tanto con equipos y materiales de trabajo.

“¿y cómo fue esa sesión demostrativa, qué hiciste ahí? Les expliqué. Primero le doy lo que es, este, lo que es más, lo que es base teórica pues. Qué cosa es, de cuándo van a comer los bebés, a los 6 meses, 7 meses, 8 meses. Y de ahí ya les comienzo a hablar sobre la lactancia materna. Y de ahí, les comienzo ya.. y yo misma.. y ellas mismas me traen los alimentos y yo les comienzo a hablar sobre cada alimento qué contiene y les explico cómo deben agregar la chispita. (...) Yo primero hice la sesión

demostrativa y luego las hice a ellas preparar como yo lo he preparado”.. (P1Personal de Salud CRED SAF).

El equipo de la UT-PNCM enfatiza también la necesidad de asegurarse que la capacitación a los AT o AC se implemente desde la práctica. Esto beneficiaría directamente la réplica que este personal tendría que hacer en sus respectivas jurisdicciones, al tener que capacitar a su vez, a las facilitadoras o a las MCCCCD. Esta parte práctica se concentra en lo demostrativo, lo cual no necesariamente asegura que se haya tenido material educativo de soporte.

“...le pedimos a la persona que iba a tener a cargo la capacitación es que procurara ser lo más práctica posible, en la metodología utilizar; para que nuestros acompañantes asimilen en realidad y puedan llevarlo eso a las facilitadoras y a su vez a las madres, usuarias y decirles exactamente las bondades del multimicronutriente”. (PCoordinadorSAF)

Esto también es recordado a nivel de los AT o AC, en el sentido que fueron capacitados por un personal de salud, aplicando una metodología práctica, en la cual se procedió con la preparación del MMN e incluso su experimentación directa. En el caso de la entrevistada, dada una coordinación previa, no asistió a dicha reunión; sin embargo, fue capacitada por la Especialista de Salud del Programa.

“Se reunieron todos los acompañantes en el EE.SS “El Indio” y los capacito una licenciada, una enfermera y los capacito y les enseñó cómo debe ser la aplicación, lo practicaron y lo probaron y todo eso. Esa fue la capacitación que dio la licenciada de enfermería, fueron todos los acompañantes, yo no pude por ese motivo pero me reprogramaron una capacitación con el especialista de salud, que en ese momento era V, ella me capacito, se podría decir personalizadamente, me capacito y me enseñó y todo eso”. (P2Acompañante Técnica SCD)

De otro lado, como nos permite entender el siguiente testimonio de la ACSAF entrevistada, para capacitar a los colaboradores voluntarios, todo depende de saber aprovechar las oportunidades ya organizadas de capacitación, para poder tocar dentro de ellas, el tema del MMN. Esto se facilita sobre manera, dado que en general todas las capacitaciones giran en torno al cuidado integral del niño. También se facilita cuando se trabaja con actores comunales bastante activos o entusiastas con el tema y con el programa. En el marco de las sesiones demostrativas, organizadas por el PS de la zona, se facilita el trabajo con el MMN. Es decir, los miembros de los CG o CV participan de estas sesiones y se capacitan también.

“... y también en capacitaciones se aprovecha, se especifica tales temas vamos a trabajar de gestión comunitaria directamente y uno o dos temas dedicados especialmente al niño, a las funciones o al cuidado integral del niño. Aprovechamos varias situaciones en el caso por ejemplo de acá de Socchabamba yo estoy a partir mayo y este comité ha tenido una serie de cambios de acompañantes comunitarios, pero a pesar de ellos los señores están muy activos, muy participativos, les gusta conocer muchas más cosas. Hemos buscado esta estrategia antes, el acompañante comunitario había hecho coordinaciones con los puestos de salud para que también hagan sesiones demostrativas ... ahí sí hemos hecho sesiones de preparación de alimentos con todas las familias ...para que sepan exactamente como nutrirlos y poder de repente de que el niño salga de la anemia, de la desnutrición. Se les ha demostrado también como se les debe dar la chispita, porque algunas mamás me decían las chispitas tiene olor, saben feo, los niños no los quieren les hace daño al estómago, les da diarreas todos esos mitos esas preocupaciones con la enfermera los han disipado”. (P1Acompañante ComunitarioSAF)

La metodología recordada por las MCCCCD es más bien expositiva, recurriendo a que los participantes sólo escuchen los contenidos trabajados y no participen.

“Bueno, a nosotras nos reúnen a todas las madres cuidadoras de todo el comité... y nos capacitan, bueno yo pienso que así... Igualito Y han usado algún material, han preparado para hacerlo, o solamente han hablado? Hablaron nada más” (P2GF Madres Cuidadoras SCD)

(3) Región Ucayali

El personal de salud resalta que no sólo se ha trabajado a nivel expositivo, sino que se ha recurrido, en los diversos niveles, a difundir el MMN a través de sesiones demostrativas. A nivel poblacional, sin

embargo, no ha sido fácil llegar a las CPs por el tema de niveles bajos de educación y el idioma nativo. Adicionalmente, se ha implementado un seguimiento con personal designado para las visitas a las familias y la consejería sobre MMN quienes visitan en el horario más adecuado de las madres para la preparación de las comidas.

El equipo local de la UT-PNCM resalta la ocurrencia de las sesiones demostrativas como parte de la difusión del MMN. Con los ACS, también se ha recurrido al método de hacer sesiones demostrativas con MMN.

“A toditos nos han hecho probar las chispitas. Y quedamos, por decir, trabajar articuladamente todos, porque todos vamos para ese enfoque de lo que es disminuir la desnutrición crónica.”
(U1Acompañante Técnico SCD)

El personal local de la UT-PNCM menciona que se ha trabajado el tema de los valores nutricionales del MMN, utilizando para apoyarse, material educativo como cartulinas, o diapositivas cuando hay corriente. Este material educativo lo obtuvieron por medio de las coordinaciones con el personal de salud. Sin embargo, no se cuenta con material educativo, didáctico, específico sobre el tema del MMN, aunque sí se cuenta con un material impreso para la consejería.

D) Evaluación de la capacitación

(1) Región Huancavelica

Si bien, el personal de salud entrevistado, refiere su conformidad en general con la capacitación recibida, algunos mantienen dudas o la necesidad de clarificar algunos puntos, por ejemplo, el criterio de consistencia, planteando como interrogante, por qué no es posible brindar el MMN, en preparaciones líquidas.

“...¿por qué en espesa? Y ¿por qué no en líquidos? (...) ¿por qué no en leche?” **(H1Personal de Salud CRED SCD)**

Apreciamos que, más allá de conocer y manejar el criterio, lo que se plantea, con este ejemplo, viene a ser la necesidad de manejar los argumentos que sostienen los diversos criterios, guiando la preparación adecuada. Esta demanda resulta central, pues sólo manejando con solvencia, la fundamentación, será posible adaptar la recomendación, según el contexto local y las prácticas de alimentación de las cuidadoras principales, logrando con ellos poder explicarlos mejor a las mismas.

Para otros, les resulta insuficiente la información dada sobre esquema de suplementación, y combinación entre la administración de Sulfato Ferroso y el MMN en los casos de anemia. Por otro lado, a nivel de la metodología, se encuentra que una demanda común viene a ser el que la metodología de capacitación tenga una orientación práctica. Esto con la idea que lo recibido, tanto a nivel de contenidos como de la práctica respectiva, les provea de más recursos, para dar una mejor explicación en su consejería. Desde esta perspectiva, algunos evalúan la capacitación como poco útil, si se confronta con las orientaciones que deben brindar a las cuidadoras principales.

La capacitación periódica, que permita estar actualizados en el manejo de la suplementación con el MMN, constituye una demanda central para algunos entrevistados. De manera específica, se requiere profundizar en su importancia, pero sobre todo en la estrategia metodológica, que ayude a “llegar más” a las cuidadoras principales,

“¿Para mejorar? creo que para mejorar, tendrían que darnos algunas capacitaciones ¿no? cada cierto tiempo, para estar actualizados sobre las Chispitas y la importancia; cómo poder llegar más a las mamás, para que ellas tomen la importancia necesaria” **(H2Personal de salud Cred)**

La apreciación de las AT y AC entrevistadas, coincide en señalar que la capacitación recibida fue adecuada y completa, pues logró aclarar sus dudas sobre el tema. Sin embargo, identifican que esto fue así para el período inicial de introducción del MMN en el trabajo del PNCM. Pero, cuando el tema recibió mayor prioridad de lo que se le daba anteriormente, a raíz de la relevancia que ha adquirido la lucha contra la anemia, se dieron cuenta que necesitaban mayor información, por ejemplo para hacer un mejor seguimiento de la administración del MMN, con la aplicación adecuada de criterios,

“Anteriormente, en la comida echaban nomás las Chispitas, no me había fijado, si en una cuchara, dos cucharadas o en todo, no me había fijado” (H2 Acompañante Técnica SCD)

De esa manera, entre las AT y AC, se considera que son necesarias, más sesiones de capacitación, pues no se llega a cubrir temas considerados relevantes, entre ellos, la composición del MMN (interrogante que surge, a propósito de las dudas y preguntas que formulan las cuidadoras principales) pero también las propias dudas de los participantes,

“Por ejemplo, hay preguntas que salen de las mamás, “¿de qué está hecho?” Nos preguntan, “señorita, ¿de qué está hecho, por qué nos mandan acá a las comunidades? ¿cuál es el propósito?”, ellos tienen una ideología, a veces, esas cositas nos dicen, cuál es el propósito, claro, sabemos el objetivo, “para bajar la desnutrición”, pero ellos dicen, “¿Por qué vienen a las comunidades?” (H1Acompañante Técnico SAF)

Otras interrogantes planteadas, apuntan a los criterios de preparación; se desea conocer por qué, la consistencia de las preparaciones en las cuáles, mezclar el MMN, no podría ser *líquida*; asimismo, qué papel juega la *temperatura* en el consumo (qué pasa si se mezcla en comida *caliente*). El Esquema de Suplementación, al igual que el rango que comprende el período de suplementación, merecen igualmente, precisarse,

“Y también, saber todo el rango pues, ¿a qué edad?, ¿cuándo se hace el corte?, ahora, ¿por qué se está dando? Porque antes tenían que descansar seis meses y después, recién tenían que continuar y todo eso, para poder explicarles” (H2Acompañante Comunitario SAF)

Se comenta además, entre las AT y AC, que un aspecto importante a tener en cuenta, lo constituye la consonancia que debe existir en torno a la información, que las diversas instancias de capacitación y orientación brindan (se hace referencia a la información divergente que se produce, entre el mismo personal de salud, provocando confusión en las mismas Facilitadoras y cuidadoras principales),

“...a veces tienen dudas, uno dice una cosa, otro dice otra cosa, qué vamos a decir, es decir, hay formas. Incluso, yo estuve presente en una Sesión Demostrativa que hizo acá el doctor y ahí también habló de eso, de las Chispitas, el consumo, él les dijo, “no es necesario que les den ustedes, es un complemento”, yo dije “¿qué?”, “es un complemento, si ustedes pueden darle, le dan ustedes, pero lo mejor, es la comida...” (H1Acompañante Técnica SAF)

“También manejar el mismo lenguaje, para que todos, conociendo este tema, poder sensibilizar a las familias, a las Facilitadoras y a nuestros actores comunales” (H2Acompañante Comunitaria SAF)

En general, una actitud abierta a la capacitación constante, es posible de identificar entre las Madres Cuidadoras de CCD. Desean así, seguir aprendiendo más sobre el tema, como refuerzo de lo anterior y para conocer nuevos contenidos. Muchas de sus demandas de capacitación, resultan interesantes, pues parten de las dificultades concretas que van hallando, durante la práctica de consumo. Así por ejemplo, al enfrentar situaciones de rechazo entre los niños, se preguntan por estrategias y alternativas que podrían introducirse y lograr que el niño reciba el MMN,

“...si no quieren comer las Chispitas, ¿cómo le podemos dar, pe’? De otra forma, porque hay niños que no quieren, entonces, cómo podemos darle de otra forma, no sé” (H1 Madre cuidadora SCD2.1)

Adicionalmente, las MCCCCD, señalan que les gustaría conocer con mayor profundidad, el *propósito del MMN*, o se desea conocer el contenido del MMN, apuntando a que la capacitación vaya más allá de la explicación de cómo se prepara el MMN.

“saber para qué sirven las Chispitas” (H1Madre Cuidadora SCD2.2)

“¿de qué se prepara esas cosas?” (H2Madre Cuidadora SCD1.2)

Entre las Facilitadoras entrevistadas, quisieran se profundice, también, sobre el *contenido* del sobrecito de MMN y el *propósito* que cumple. Asimismo, se demanda más capacitación específica sobre el MMN, que amplíe la explicación,

“Bueno, yo quisiera saber de las Chispitas, a ver qué es lo que más contiene las Chispitas, no sé si me habrán dicho en la capacitación (previa) pero ya me he olvidado hasta ahora y yo quisiera saber otra vez (...) darles las Chispitas, yo le digo, “tienes que darle sus Chispitas” (se refiere a la cuidadora

principal) pero “¿qué contiene esas Chispitas?” si me dice, yo no voy a poder responder, por eso, yo quiero hacer sí, otra capacitación más” (H2Facilitadora SAF2)

Es interesante señalar, la necesidad de revisión y refuerzo constante de contenidos, tanto entre laws MCCCCD como entre las FSAF, pues como se señala explícitamente, éstos pueden ser olvidados; más profundamente, la demanda se dirige a hallarse en la capacidad de manejar con solvencia, los argumentos que sostienen las orientaciones que brindan, en tanto agentes de información, hacia las CPs.

El siguiente testimonio revela la importancia que adquiere, desarrollar actividades educativas, de orden práctico. El ACS evalúa, que la confianza en el producto, se asienta en la explicación que se brinda y en el ejercicio práctico y directo, en el cual se ensaye el procedimiento a seguir y se experimente o pruebe el MMN. De manera gráfica, se sostiene que el personal de salud explica *sin base*, limitándose a entregar el MMN; sugiere desarrollar Sesiones Demostrativas, estrategia que aumentaría la *confianza* en el producto, al igual que la factibilidad de su puesta en práctica,

“Que lo haga probar o en su delante que se le explique, o que traiga la Chispita...claro, tiene que tener, qué cosas tiene; proteínas, qué tiene no sabemos, “papilla” sí, antes nos daban, “van a preparar así, tantas cucharaditas” nos decía. Y entonces, lo preparábamos pues” (H2 Agente Comunitario de Salud SAF1)

(2) Región Piura

La principal crítica se da al modelo de capacitación en cascada. Se argumenta que la adaptación de los contenidos hacia los niveles locales o de EESS, se realiza mediante las réplicas de lo escuchado en la capacitación a nivel regional. Sin embargo, no necesariamente se consigue trabajar todo lo aprendido, o no se transmiten de la manera profunda o en detalle.

“...no es lo mismo que te hagan una réplica a que tu vayas a la capacitación en sí, no? Porque ya después...¿Y cuando se dan réplicas se pasa toda la información o ustedes sienten que una información se pierde a veces? A veces se pierde alguna información. No es igual pues. No es lo mismo una réplica que presencias. No es igual”.(P1Personal de Salud Cred SAF)

Otra crítica recurrente, desde el personal de salud, es que se trabaja principalmente a partir de la norma técnica, el esquema de aplicación del MMN, de los cambios que ha habido. Esto ha generado confusión en el PS, pues, se han dado cambios en la normativa posteriores a la capacitación recibida.

“Acá ha habido bastantes cambios en el esquema de las chispitas. Porque, primero, era mensual, luego al año ya era cada dos meses, que se entregaba dos cajas. Y luego, tener que ha habido un montón de cambios, ¿no? Y a veces también pasó que se... confundir. Porque ya ahorita mensual, ¿no? La primera fase, segunda fase, creo que también era. Ya no recuerdo con tantas cambios que hubo en la norma del esquema de la administración de las chispitas. Y ya ahora es mensual y entonces hubo bastante cambio. Porque a veces uno ya se ya no te avisan a cambiar la, la suplementación y a veces uno estaba en el otro esquema, como de pronto que ya está en otro. Había momentos también que ya no nos avisaban, ni enteradas que tenemos que actualizarnos nuevamente, ¿no?” (P2Personal de Salud de Microrred SCD)

Las diferentes oportunidades de capacitación que tuvo el equipo técnico de la UT-PNCM Piura, les permitió el manejo de una información básica, pero, a su vez, según su evaluación, consolidar su desempeño a nivel local, cuando tenían que capacitar a los colaboradores voluntarios del programa

“¿Qué le pareció la capacitación? Sí, nos explico lo básico, me explico lo de los 5 minutos porque no lo sabía sabía que tenían que comerlo pero no sabía que 5 minutos cambiaba de sabor. Me explico de que no tenía sabor, lo probé cuando lo aplicamos, tiene que ser en 2 cucharadas, explico que en algunos casos muy raros producen algún malestar en los niños, de repente algún diarrea, que lo pueden cambiar por un sulfato. Hay cuerpos que de repente no lo tolera, si hay casos pero cuando ocurra la madre de familia tiene que ir al EE.SS y conversarlo con la licenciada para que le pueda dar otro sulfato, o en coincidencia fue otra comida, sería cuestión que lo identifique el centro de salud”. (P2Acompañante técnico SCD)

Se opina que a nivel metodológico, la capacitación dada por el personal de salud fue efectivamente mucho más práctica. En esto se diferencia de la que dio el especialista de salud SCD, que fue más expositiva y más corta.

Sin embargo, justamente en cuanto al modelo o estrategia de capacitación, se evalúa como una limitación el que no todos han podido realizar o completar la cadena de capacitación en cascada, por lo que no se asegura que el actor directamente vinculado con las cuidadoras principales esté manejando los contenidos sobre el MMN.

“Si bien todos los chicos (AT y AC) han sido capacitados, también, te puedo decir que no todos han hecho la réplica respectiva por diferentes motivos” (PCoordinador SAF)

Por ejemplo, no necesariamente se ha llegado a capacitar a los miembros de CG y CV en el tema específico de MMN. Aunque están abocados a monitorear y manejar los indicadores de crecimiento de los niños de sus comités, de manera periódica, esto no significa que se haya explicitado el tema del MMN en sus reuniones de capacitación o socialización sobre los temas más vinculados al desarrollo del programa en cuanto al desarrollo del niño. En todo caso, el que se haya hecho o no, depende mucho del trabajo individual de los AC, o quizás existiría una falta de comunicación de esos eventos hacia el nivel regional de la UT.

Para un miembro del CGSAF, que fue capacitado en el tema del MMN por el AC de su zona; se necesita una capacitación directa con el PS, dado que conocen más sobre el tema. La evaluación que hace de la capacitación recibida, viene a ser más bien crítica, por lo limitada (*nos ha explicado un poco*). Según esta apreciación, se espera que el capacitador sea personal de salud; así como, que la metodología permita contar con contenidos más precisos (*no así, adivinando*).

“¿a ustedes, las han capacitado, les han dicho algo sobre (el MMN)? Sí, la señorita (AC) sí nos han hablado, ella nos han dicho. Ya, las de Cuna Más Sí, de Cuna Más ...Sí, nos ha explicado un poco, sí...¿Pero siente que falta más capacitación? Sí, más capacitaciones, pero, con centro de salud. Ya, con profesionales. Sí, con profesionales tiene que ser, no así, adivinando”. (P1Comité de GestiónSAF1)

De igual modo, se presenta una demanda de capacitación por parte de los ACS, pues se desea conocer más ampliamente, sobre el MMN, para darlo a conocer a la comunidad, especialmente los aspectos de su composición, de qué está hecho,

*“...yo siento que podríamos capacitarnos ... Bueno, esa capacitación debería ser reunirnos todos los agentes comunitarios, y que nos expliquen a base de lo que están hechas (...) para así poderles aplicar a la comunidad. Como a mí me explicaron que era fruta molida y yo también les explique que eran frutas molidas **Frutas molidas**. Bueno, eso yo tengo entendido y nosotros queremos un poquito más de alcance de eso más que todo, salir a difundir que és los micronutrientes o las chispitas para los niños y salir, ¿no?, públicamente. No solo aquí al agente comunitario ... porque la comunidad es grande” (P2Agente Comunitario de Salud SCD1)*

(3) Región Ucayali

El personal de salud opina que la capacitación debería ser descentralizada y directa a nivel de microredes, de manera tal que puedan asistir mayor cantidad de PS que se vincula directamente con la población. Implícitamente se está criticando el modelo de capacitación en cascada a la que están sujetos.

Del mismo modo, se plantean las limitaciones de la metodología de capacitación recibida, en tanto adolecen de claridad, de tocar temas novedosos, o de sentir que se repiten los mismos contenidos, sin que rete el aprendizaje o cuestione lo que se maneja,

“Para el siguiente año, o sea, para el 2016, nosotros estamos planteando de que la capacitación sea mucho más integral y con mensaje mucho más claras. Porque el personal dice “No, ya, capacitación de CRED ya sabemos que todo, todo el tiempo nos van a decir lo mismo”, pero de repente para aquel personal nuevo que ingresa, para él de repente es novedoso, pero para el que ya recibió o todos los años viene recibir de repente ya no le toma como algo, como se puede decir así, algo de importancia. Aún creen que tienen todo el conocimiento, pero sin embargo no es así “ (U Personal de salud Región)

Del lado de los ACS, se critica la metodología expositiva, que limita la atención durante los talleres,

“... es que te voy a decir, cuando yo me iba a las charlas de la cuna, lindo lo escuchaba una hora, luego 3 horas ya me daba sueño.”(U2Agente Comunitario de Salud SCD)

3. Síntesis de los hallazgos de las tres regiones

La normativa sobre la suplementación infantil con hierro necesita ser difundida más aún, dado el cambio en la normativa vigente en menos de dos años. La difusión o capacitación de la norma ante el personal de salud, por ende, viene a ser el primer paso para lograr la implementación de esta medida de salud pública. La estrategia general para que la directiva sanitaria sobre la suplementación con hierro sea difundida a nivel de las regiones, es la de desarrollar una capacitación en cascada, que va bajando desde el nivel nacional hacia los estratos más locales o jurisdiccionales, dentro del entorno del trabajo público en salud, pero también en cuanto a las organizaciones o instituciones de base. En el caso de las UT-PNCM, se sigue también este esquema. El problema básico se relaciona con la posibilidad efectiva de replicar estas capacitaciones iniciales, y de hacerlo con la misma calidad recibida. Esto se complica considerando que no se cuenta con materiales específicos de capacitación sobre el tema. De otro lado, se evidencia la falta de adecuación de los mensajes o contenidos de capacitación según los públicos objetivos a nivel local, que se tienen que cubrir para lograr una información y sensibilización sobre el tema.

Los contenidos trabajados en las capacitaciones sobre la suplementación con MMN, involucran las estadísticas de la anemia y la desnutrición como problema vigente de salud pública; así como, el conocimiento y manejo de la normativa sobre la suplementación. Se complementa esto con el conocimiento acerca de la forma como se prepara el MMN. A nivel del PS se agrega el manejo del registro de información sobre la entrega y consumo del MMN.

La metodología de trabajo para algunos ha sido no sólo expositiva, sino que han tenido la oportunidad de probar si el MMN cambia o no el sabor de la comida. La importancia de este ejercicio directo, mediante la metodología de las sesiones demostrativas, resulta capital para tener una base de diálogo con las CP, en temas cruciales para el proceso de consumo del MMN, tal como si le cambia o no el sabor de la comida. El haber tenido la experiencia directa de probarlo, resulta en una ganancia fundamental y que permite desarrollar una consejería más adecuada.

Se resalta como algo positivo y crucial el haber logrado con estas capacitaciones estandaricen la comprensión sobre el manejo de la suplementación con micronutrientes.

Las AT y AC entrevistadas mencionan que han recibido capacitación sobre el MMN dada tanto por el personal de salud como por los especialistas de Salud y nutrición de sus respectivas UT-PNCM. Los contenidos sobre MMN trabajados fueron la composición del MMN, la forma de preparación, y sobre todo la necesidad de su ingesta como forma de prevención de la anemia.

Las MCCCCD y las FSAF, también han recibido capacitación por parte del personal de salud de sus zonas, donde les han explicado sobre los componentes del MMN, así como sobre el sentido y fundamento de la suplementación. Las AT y AC locales también han fortalecido los conocimientos de las MCCCCD o de las FSAF sobre los MMN. Sin embargo, los miembros de los CG y CV tienden a no haber recibido capacitación alguna sobre el MMN.

En general, se considera que son necesarias, más sesiones de capacitación, pues no se llega a cubrir temas considerados relevantes, entre ellos, la composición del MMN (interrogante que surge, a propósito de las dudas y preguntas que formulan las cuidadoras principales) pero también las propias dudas de los participantes.

Si bien se evalúa que la capacitación ha permitido conocer el tema y saber manejarlo, se indica que el mecanismo de cascada no garantiza que el aprendizaje se reproduzca a niveles locales. La falta de eventos, o la deficiente calidad en su desarrollo, limita el manejo del tema.

De otro lado, se aprecia que se necesita una mayor profundización de contenidos, de modo tal que se pueda dar respuesta a las interrogantes de las CPs, o afrontar con mejores argumentos los casos de rechazo.

En cuanto al MMN, la metodología expositiva es claramente identificada como de poca utilidad, cuando se trabaja de manera exclusiva, sea que lo haga el PS o el equipo técnico local de la UTPNCM; siendo las sesiones demostrativas una herramienta valiosa para capacitar adecuadamente, como complemento a lo expositivo, sobre el MMN.

B. LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LOS MULTIMICRONUTRIENTES

Los conocimientos sobre el MMN y su modo de preparación, han ido cambiando -entre una normativa y otra- en cuanto a los temas a tocar en la consejería y respecto a las indicaciones específicas sobre cómo prepararlo; es decir, el esquema de administración, más no en cuanto a los componentes mismos del MMN. Así, en la última D.S.068-MINSA/DGSP, se incorpora la necesidad de lavarse las manos, previo a la preparación del MMN; y se especifica con más detalle los pasos a seguir. A saber: separar dos cucharadas de comida espesa y –una vez que entibie- abrir el sobre de MMN, echar todo el contenido en la porción separada, mezclar bien, dar de comer al niño esta porción y, luego, proseguir con el resto de comida. Del mismo modo, se amplía el contenido de las advertencias a conversar con la madre, sobre eventos posibles luego de la ingesta; resaltando no sólo los aspectos de no cambio de color o sabor de la comida, la posible ocurrencia de diarrea o su almacenamiento correcto. Sino, también, el no mezclar el MMN en comida caliente ni en líquidos, ni dejar pasar el consumo por más de 20 minutos; entre otros temas. Interesa saber, entonces, qué conocen de estos temas los diferentes actores contactados para el estudio.

El análisis de resultados para esta dimensión de interés, se basa en las entrevistas semiestructuradas; en las cuáles se indaga por los conocimientos que los actores sociales, contactados, declaran manejar sobre los diversos temas para esta dimensión. Estos son: el acercamiento general a los componentes presentes en las “Chispitas”; los criterios de preparación y administración del MMN (consistencia, preparación, temperatura, dosis y frecuencia de consumo); y, por último, los efectos secundarios que podrían presentarse con el consumo. Se espera establecer, de esta manera, cuál es el manejo de conocimientos de estos temas por los actores, y cómo éstos se relacionarían con el consumo del MMN. Los actores considerados para el análisis de esta dimensión, vienen a ser tanto los profesionales de salud y de los servicios locales de la UT-PNCM, como los colaboradores voluntarios, incorporando aquí a las MCCCCD, FSAF, así como a los miembros de los CG y CV; además, de los ACS y CPs sean usuarias y no usuarias de los servicios correspondientes de la UT-PNCM. Pasamos a exponer el análisis de resultados siguiendo este orden de subtemas propuesto.

1. Análisis Regional

A) Subdimensión: El conocimiento sobre los componentes de los multimicronutrientes

(1) En los ámbitos del Servicio de Cuidado Diurno de cada Región

(a) Región Huancavelica

El personal de salud que trabaja en los establecimientos de Salud del ámbito del Servicio de cuidado diurno estudiado, reconstituye la mayoría de componentes del MMN, tales como las vitaminas A, C, el hierro, zinc. El ácido fólico queda sin mencionarse y, más bien, se señalan ingredientes no presentes en la composición del MMN, como el calcio o la vitamina B.

“...tienen cinco vitaminas, ¿no?, la vitamina A, la vitamina C, complejo lo que es B, ¿después qué más tiene?, no me acuerdo más, sólo sé que son cinco, pero de los cinco...Zinc y Calcio y un poco de...Hierro también, ¿no?” (H1Personal de Salud CRED)

“...vitamina A, Hierro, Zinc, más o menos que recuerde” (H2Personal de Salud Cred)

Por su parte, el conocimiento que muestran los ATSCD entrevistados, es específico en cuanto al hierro, al ácido fólico; pero, en relación a las vitaminas, sólo las mencionan de manera general. Las proteínas son añadidas en su discurso, como componentes del MMN. Los entrevistados argumentan que estos componentes previenen la anemia, compensan las deficiencias de la alimentación cotidiana y, además, ayudan al crecimiento y desarrollo integral del niño.

En cuanto al conocimiento, sobre los componentes del MMN, que muestran tener las Madres Cuidadoras de los CCD visitados, encontramos sólo en una de ellas el desconocimiento de los mismos. Las otras MCCCCD, entrevistadas, refieren de manera genérica la presencia de vitaminas;

pero, sí recuerdan en específico al hierro, aunque no al zinc ni al ácido fólico. Y, del mismo modo que el personal de salud, también indican que el calcio es parte del MMN. Asimismo, coinciden también en resaltar la potencia del MMN, en tanto reúne componentes muy valorados, como conformando un preparado completo a nivel nutricional (*tiene todo*), tanto a nivel de nutrientes (calcio, hierro, vitaminas) como de alimentos como la sangrecita, hígado. De esta manera se remarca el gran valor del MMN, pues, lo constituyen alimentos que no suelen estar presentes de forma cotidiana en la dieta familiar y, a los cuáles, se tendría acceso mediante su consumo. Encontramos así, de manera subyacente, la idea que el MMN viene a ser un complemento, pero también un reemplazo de los alimentos mencionados.

*“tiene vitamina, tiene calcio, **tiene todo**” (H1Madre Cuidadora CCD1.2).*

“...tiene hierro, todo tiene, contiene sangrecita, higaditos esas cosas contiene esa Chispita, dice por eso, es igual. No hacemos comer diario higadito, diario sangrecita (...) Chispita nomás podemos hacer comer (H2Madre Cuidadora CCD1.2)

Para los miembros del Comité de Gestión y del Consejo de Vigilancia entrevistados, el MMN constituye sobre todo una **vitamina** o vitaminas en general; lo cual representa la noción general y más extendida, como ya nos vamos dando cuenta,

*“Será como vitamina, así será pues, señorita, ese polvito señorita (...). **¿Qué tendrá, aparte de esas vitaminas?** Ah, no sé, no te puedo decir señorita, qué tendría señorita, también quiero saber eso” (H1Comité Gestión SCD)*

*“**¿Sabe qué cosa contiene el sobrecito de la Chispita?** Vitaminas, señorita (...). **¿Se acuerda qué vitaminas tendrá la Chispita?** Uhmmm... No me acuerdo, señorita” (H1Consejo Vigilancia SCD)*

Sin embargo, otros miembros de los CG o CV SCD, entrevistados, también consideran que el MMN contiene **proteínas**, las cuales ayudan en la alimentación de los niños. En este punto, coinciden con lo señalado por los AT también entrevistados.

A su turno, los Agentes Comunitarios de Salud, asimismo consideran que el MMN contiene básicamente **vitaminas**; y mencionan, además, el **calcio**.

Del lado de lo recogido entre las cuidadoras principales de niños de 6 a 36 meses de edad (CPs), encontramos que algunas de ellas -tanto usuarias como no usuarias- manifiestan desconocer el contenido del MMN,

*“**¿Y sabe qué contiene la chispita?** No, señorita (...) no sé de qué está preparado la Chispita” (H1Cuidadora Principal No Usuaria SCD4)*

*“**¿Sabe usted qué tiene?** (...) No, no, qué cosa habrá adentro, no sé” (H1Cuidadora Principal Usuaria SCD1)*

Para otras CPs, tanto usuarias como no usuarias, al igual que para los anteriores entrevistados, el MMN se relaciona ampliamente con las vitaminas, llegando alguna a precisar el nombre de las mismas. También es recurrente que se identifique, como componente del MMN, al hierro. Se señala también al calcio. Notamos que, sobre el tema, existe o se mantiene, cierta inseguridad en las respuestas dadas por las CPs (*Hierro y vitaminas será. ...no sé qué cosa más tendrá*),

*“**¿...qué cosa sabe o ha escuchado que tengan las Chispitas, o sea, qué contienen?** Minerales (...) hierro...” (H1Cuidadora Principal Usuaria SCD2)*

*“**¿...qué contiene el sobrecito?** Hierro. **¿Qué más contiene?** Hierro y vitaminas será” (H1Cuidadora Principal Usuaria SCD3)*

*“Es que tiene **tanto hierro** en esa Chispita” (H2Cuidadora Principal No Usuaria SCD1)*

“Es vitamina, es bueno para los niños para que crezcan. Tiene calcio y no sé qué cosa más tendrá.” (H1ESCuidadora Principal SCD1)

Consideramos que entender al MMN como “**vitaminas**” o como algo “**nutritivo**”, en general, viene a ser una estrategia comunicacional que, en cierta forma, permite transmitir lo clave o lo necesario sin estar entrando en el detalle de cada uno de los componentes; y que permite, por el contrario, una explicación más amplia y necesaria sobre las bondades del MMN. Así, decir “**vitaminas**” moviliza imágenes positivas asociadas con el buen crecimiento y desarrollo del niño y de la niña; y es, además, una palabra muy conocida y bien valorada en las zonas rurales. Sigue, esta misma línea, su caracterización como “**nutritivos**”. (El recurrir a estos términos de parte del personal de salud, durante la consejería, podrá verse en el capítulo respectivo.) En este momento estamos recogiendo el tema desde la perspectiva de la CP, resaltando el beneficio comunicacional, al permitir expresar lo bueno que es el MMN -desde la comprensión de la CP, pero a partir de lo escuchado desde el personal de salud- en conceptos aglutinadores, comprensibles y fáciles de usar.

“¿...sabe qué contiene las Chispitas? No, no sé (...) como le digo, en la Posta nomás nos dicen, que son nutritivos, así que le va a ayudar a tu hijo, que son vitaminas, que le va a ayudar en su crecimiento, en su desarrollo”, eso nos dicen las enfermeras (H1Cuidadora Principal No Usaria SCD3)

Sin embargo, también vemos la necesidad de decir que allí reside también su debilidad, en tanto (como se puede ver, también, en el capítulo sobre opiniones) permanecen dudas o se levantan dudas, justamente en torno a la naturaleza del MMN; a lo que contiene y, por ende, para qué sirve. Sin necesidad de identificar los componentes como tales, las cuidadoras principales deberían poder establecer, en general, el aporte de los diferentes micronutrientes; y la consejería debería ayudar a ello, para ayudar a clarificar y resolver dudas sobre todo. Como se puede apreciar en la siguiente cita, la CP no necesariamente pregunta para aclarar sus dudas al momento que el personal de salud le explica (esto se trabaja con mayor detalle en el capítulo de consejería),

“Es vitamina, es bueno para los niños para que crezcan, tiene calcio y no sé qué cosa más tendrá...Cuando nos dice (el personal de salud), le decimos ¡ya! No preguntamos más” (H1ES Cuidadora principal SCD1)

(b) Región Piura

Consolidando la información recogida sobre este subtema, entre el personal de salud de los ámbitos SCD estudiados, identificamos que distinguen -como componentes del MMN- al *ácido fólico*, *zinc*, *hierro*, *vitaminas A y C*. Dentro de todos los ingredientes mencionados, y destacado como elemento principal, claramente se ubica al *hierro*. Se sostiene que todos estos componentes ayudarían a complementar los nutrientes necesarios, que no se consiguen a través de la alimentación diaria en la zona.

Asimismo, el AT SCD entrevistado, resume que el MMN contiene *minerales y vitaminas*, indicando entre los primeros al zinc y al hierro. En cambio las madres cuidadoras de SCD, enfatizan la presencia de *vitaminas (A, B y C)*; además de *proteínas* en el MMN. Donde la vitamina B y las proteínas, como sabemos, no entran en la composición del MMN.

Por el lado de los miembros del Comité de Gestión y del Consejo de Vigilancia, se opina que el MMN contiene *vitaminas*, que refuerzan y proporcionan energía; o que incluye “*unos micronutrientes*” que son beneficiosos, pero sin especificar más información sobre su contenido.

Por su parte, los agentes comunitarios conocen el MMN; pero lo caracterizan como “*sobrecitos de vitaminas*” que están siendo entregados a los niños y a las niñas. Uno de los entrevistados manifiesta que al informarse en el establecimiento de salud, sobre el MMN, se le dijo que el sobrecito de MMN contenía “*frutas molidas*”,

“Yo pregunté en el C.S. y me dijeron que eran frutas molidas (...). ¿Y quién le dijo eso? A mí me dijo la enfermera. La enfermera, que son frutas molidas. Frutas molidas, no sé, si será cierto...” (P2Agente Comunitario de Salud SCD2)

Del lado del recuerdo de las CPs entrevistadas, algunas, tanto usuarias como no usuarias, no consiguen identificar ningún componente,

¿Sabes que contiene eso? No, ahí la verdad, que no me acuerdo” (P2Cuidadora Principal No Usuaría SCD1)

Mientras otras señalan la presencia de vitaminas, sea de modo genérico o especificando, que se trata de las vitaminas A y C.

“¿Te dijeron qué contenía? Sí, vitamina A, vitamina C y así” (P2Cuidadora Principal Usuaría SCD3)

“¿Te ha dicho la enfermera qué contiene? Vitaminas. ¿Sabes qué vitaminas? (mueve la cabeza, indicando negación)” (P2Cuidadora Principal SCD1)

Los otros componentes mencionados, por las CPs, son el *hierro, ácido fólico*, y el calcio. Se sabe que hay más componentes, pero no se recuerda su nombre. Se refuerza además, que la fuente de información viene a ser el personal de salud.

“Las Chispitas dicen que contienen Ácido Fólico. ¿Qué más? Vitaminas (...) Bueno, eso es lo que nos han dicho en el Centro (de Salud)” (P2Cuidadora Principal No Usuaría SCD2)

“Contiene hierro, calcio...¿se acuerda de otro? Bueno, exactamente, no me acuerdo del resto, pero sí sé que contiene hierro, calcio y otras cositas más que tiene” (P2Cuidadora Principal Usuaría SCD1)

(c) Región Ucayali

Entre las madres cuidadoras contactadas para el estudio, se logró identificar a cabalidad los componentes del MMN, aunque el nivel de información no fuera uniforme en todas ellas. El resto de actores, como el personal de salud o el personal local de la UT-PNCM, identificó también, todos los componentes. Sin embargo, en vez de hierro mencionaron sulfato ferroso. Los miembros de los CG y CV abordados, enfatizan la presencia de “*vitaminas*”, pero también recuerdan los otros componentes a excepción del ácido fólico. Entre los agentes comunitarios sólo se reconoce el hierro (asociado al desarrollo cognitivo del niño) y afirmaron no haber recibido información sobre el tema.

Por el lado de las CPs, como podemos apreciar, tanto en usuarias como en no usuarias, existe un desconocimiento de su contenido en algunas de ellas, a la vez que informan que no han llegado a preguntar y a aclarar sus dudas. La mayor presencia de CPs no usuarias en esta condición puede observarse en las citas a continuación.

“¿Y sabe qué es lo que contienen? No” (U1Cuidadora Principal No Usuaría SCD1.3)

“¿Qué tiene cada sobrecito? ¿De qué habrá hecho eso?, no me han dicho (...) ¿Le has preguntado a las enfermeras que vienen? No, no le he preguntado” (U1 Cuidadora Principal No Usuaría SCD3)

“¿Sabes de qué están hechos? (...) No sé, son marroncitos, pero no sé Ah cuando los abres, son medio marroncitos, pero ¿no recuerdas qué te dijeron que contenía...? ¿Qué tendrá...?” (U2 Cuidadora Principal No Usuaría SCD2)

Otras, usuarias y no usuarias, mencionaron la presencia de vitamina A, C, Zinc y hierro, estableciendo la importancia de los componentes para combatir la anemia y conseguir una buena alimentación. También, identificaron como componentes del MMN al calcio, a las proteínas y a la vitamina B. Cabe resaltar que estos últimos también han sido mencionados por personal de salud o por el personal local de la UT-PNCM.

“...tienen muchas vitaminas, dice (...). Tiene hierro, calcio...” (U1 Cuidadora Principal No Usuaría SCD2)

“Zinc y vitaminas” (U1Cuidadora Principal Usuaría SCD4.1)

“El doctor me ha dicho, no sé, cuánta cantidad de vitaminas tiene, me olvido. Pero le dijo que tenía varias vitaminas. Sí, tiene varias vitaminas (...) vitamina A, vitamina C y (...) proteínas tiene” (U1 Cuidadora Principal Usuaría SCD2.2)

La conexión entre el MMN y la prevención de la anemia, la establecen también otras CPs, aunque no mencionan el *hierro*,

“¿Qué te dijo acerca de esas Chispitas? *Que siempre es bueno darle eso, para prevenir de la anemia, porque tiene vitamina A, vitamina B...ay no sé, pero un montón de cosas. Que tenía cuatro...*” (U1Cuidadora Principal Usuaria SCD1)

“... entonces ¿qué contiene esas Chispitas? *Tienen la vitamina A, dice (...). La vitamina C dice, los protege de la anemia*” (U2 Cuidadora Principal Usuaria SCD2)

La noción que el MMN contiene muchos o varios elementos nutritivos, nutrientes o vitaminas, se repite como vemos. Una forma de ubicar mejor a qué están relacionados estos nutrientes, es identificarlos con alimentos específicos como el hígado, por ejemplo. Se relaciona así los componentes del MMN con alimentos que a la vez son símbolo nutritivo. Se va configurando así una suerte de léxico vinculado a la salud, que se va haciendo parte del sentido común, en la comunicación, pero que sin embargo, podría estar marcado por múltiples interpretaciones y significados que los actores van construyendo,

“¿Te dijeron qué contenía? ¿De qué estaban hechos? *Eh de muchos nutrientes, como el hígado, toda una serie de cosas mezclados ahí*” (U2Cuidadora Principal Usuaria SCD1)

Sin embargo, encontramos también una postura crítica hacia la composición del MMN, o de manera general, a su contenido, que nos permite entender parte del meollo del problema, en tanto no se llega a identificar algún referente cotidiano o conocido del mismo. La desconfianza se expresa en tanto no se consigue identificar concretamente lo que contiene, sólo se manejan palabras (*por decir vitamina A, B, C*), y se cuestiona el que no se tenga referencia observada de la preparación, por lo que no se tiene certeza de lo que contiene (*Cualquier cochinada lo echará ahí*). Se configura así un contenido del MMN que es negativo, y que amenazaría la salud en tanto se asocia con suciedad. Y el agente que estaría dando algo sucio, no válido nutritivamente, viene a ser el Estado. En otras palabras, el Estado estaría enviando algo sucio, potencialmente dañino, y dirigido a niños pequeños, en formación, considerados como el potencial futuro para estas familias.

“¿Qué le han dicho? *Según ellos dicen que son vitaminas. Pero una vez me molesté, le dije, “enfermera, ¿tú has visto preparar cómo es eso, por decir vitamina A, B, C? ¿Y ahí qué le dijo? Pero a mí, nunca me ha respondido. Para decir que es vitamina, hay que ver de qué está preparando (...). Porque tienes que ver. Si tú dices “vitamina”, tienes que ver en qué forma está preparando. Si tú no ves cuál, ¿cómo? Cualquier cochinada lo echará ahí el Estado (...). Claro, porque uno en verdad, no está totalmente seguro, de qué cosa tendrá el polvito. Claro, pe*” (U1Cuidadora Principal Usuaria SCD2.1)

Se refleja la suspicacia y desconfianza percibida respecto al Estado y, por ende, al personal de salud; pues éstos no logran absolver las interrogantes que la población se plantea (*“a mí nunca me ha respondido”*). Por lo tanto, no basta recurrir a la consabida respuesta de decir que el MMN son *“vitaminas”*, si no se da una explicación cabal de su preparación y contenido; su forma de presentación intangible, o en polvo, contribuye a la incertidumbre si es beneficioso para el niño y puede ser consumido sin riesgos.

(2) En los ámbitos del Servicio de Acompañamiento a Familias de cada región

(a) Región Huancavelica

El personal de Salud -del ámbito SAF estudiado- señala que además de **hierro** se encuentran presentes otros componentes como el **zinc** y la **vitamina A**. De esta manera, se considera que el MMN es mucho más completo que el Sulfato Ferroso que sólo previene la anemia.

En cuanto al personal del PNCM de la zona AT y AC entrevistados, apreciamos que recomponen la mayoría de componentes del MMN identificando el **hierro** como el componente básico; aunque también identifican el **zinc**, el **ácido fólico** y vitaminas (aunque sin especificar el nombre de éstas). Asimismo encontramos que el calcio es mencionado.

“...hasta donde yo sé, es que el micronutriente tiene lo que es el mineral principal, que es el Hierro, el Zinc, el Ácido Fólico y una vitamina, que ya no me acuerdo” (H1Acompañante Comunitario SAF)

A partir de la reflexión sobre los componentes del MMN, una AT sugiere que -para el trabajo con las cuidadoras principales- más que saber los componentes resultaría más adecuado relacionar la función que cumple, cada uno de ellos, en la salud de los niños; además de vincularlos con los alimentos más representativos y cercanos en que aquéllos se encuentran.

Por su parte, las facilitadoras, identifican como componentes del MMN a la **vitamina A**, al igual que al **hierro**. Pero también mencionan que tiene **calcio** y vitamina C; por lo tanto, se pone de relieve el gran valor nutricional que contiene el MMN. Y una forma de resumir esto, de enfatizar su riqueza nutricional, es compararlo con *“un plato de comida de todo”*; es decir, que contiene *pollo, pescado, cereales*. El *“todo”*, se entiende como la inclusión de alimentos de origen animal que, ausentes de la dieta cotidiana, son compensados con el MMN

“es como si estaría teniendo carne, leche, huevo, queso” (H2 Facilitadora SAF2).

Es importante anotar que el MMN no debe ser entendido como un reemplazo de este tipo de alimentos sino, más bien, como un complemento.

Respecto a los miembros del Comité de Gestión y del Consejo de Vigilancia, entrevistados, observamos que desconocen la composición específica del MMN, pero mencionan que contiene **vitaminas**; las cuáles cumplen una misión importante, dada la deficiencia de alimentos de origen animal, en la dieta habitual de los niños y de las niñas de sus comunidades. Se presenta así, la comprensión del MMN como un reemplazo de alimentos, de origen animal, ausentes en la preparación diaria acostumbrada.

“... como Chispita es una vitamina, lo damos más que nada al niño...acá no damos pe, diario huevo, queso, carne, esas cosas; por eso, nosotros damos al niño, Chispitas” (H1Comité de Vigilancia SAF)

Los agentes comunitarios de salud, por su parte, identifican también de modo general al MMN como una **vitamina**.

“Es como una vitamina o algo así” (H1Agente Comunitario de Salud SAF1)

Encontramos que algunas de las cuidadoras principales de la zona SAF de Huancavelica, desconocen el contenido del MMN, pero manifestando que sí han sido informadas por el personal de salud, pero no logran precisar o recordar la información,

¿Y le han explicado alguna vez lo que contiene la Chispita? (...) Me he olvidado, me han explicado” (H1Cuidadora Principal Usuaría SAF2.1)

¿Le dijeron qué contiene el sobrecito, o sea, qué tiene adentro? Si le ha dicho, pero se ha olvidado (traducción)” (H1Cuidadora Principal Usuaría SAF2.3)

Las CPs que consiguen recordar, tanto usuarias como no usuarias, mencionan como componentes del MMN al hierro, y en general la vitamina. El calcio aparece nuevamente como si fuera parte del MMN. Lo cual nos lleva a pensar que viene a ser un elemento que se espera o se piensa que debe estar.

“Vitamina, tiene calcio” (H2 Cuidadora Principal Usuaría SAF2)

Más o menos ¿no te acuerdas lo que te dijeron? Calcio por ahí que me dijo, calcio, fierro, no sé cómo me ha dicho, me he olvidado” (H2Cuidadora Principal Usuaría SAF1)

“¿Le han dicho qué cosa tiene ese sobrecito? Hierro (...) ¿Qué más me ha dicho? Ay, no sé, pero uno o dos más” (H2 Cuidadora Principal No Usuaría SAF3)

Las dudas sobre lo que contiene el MMN, también se manifiestan en estas CPs -de zona SAF-; sobre todo cuando observan que a sus niños les produce eventos no deseados. Por ejemplo, en el siguiente testimonio, se presenta una demanda clara de explicación al personal de salud, que le permita comprender a la cuidadora principal, por qué el MMN produciría asco en el niño. Hecho que, desde la

comprensión de la CP, se asociaría posiblemente con el contenido del MMN, y frente a lo cual la señora enfatiza que en realidad no sabe lo que contiene. Por lo tanto, el desconocimiento -de lo que es el MMN- está asociado con la desconfianza en lo que produce.

¿Pero usted quisiera que se le explique mejor, por qué...tiene asco (se refiere al rechazo del niño)? (...) debería explicar tal vez, por qué le tiene asco, o, qué es lo que tiene ese Chispita entonces, en sí, no sé qué es lo que contiene. Sé lo que he leído, pero la enfermera no explica eso” (H2ES Cuidadora Principal SAF2).

El gran reto de transmitir de manera sencilla, a las CPs, lo que son los componentes del MMN, lo podemos percibir también desde el hecho que es algo difícil de recordar para las CPs; pero también, desde el uso de metáforas más cotidianas, tal como alimentos conocidos, para ayudar a hacer entender la riqueza o valor nutritivo del MMN. Esto lo podemos apreciar en la siguiente cita, donde la cuidadora principal identifica que el polvo del MMN contendría queso y huevo, a partir de lo que le habría dicho el personal de salud.

¿Te han dicho qué tienen los sobrecitos? Si(...). A ver cuéntame. Queso, huevo (...). Eso te han dicho que tienen los sobrecitos Si. ¿Y quién te ha dicho que tiene eso? Los de la Posta. Los de la Posta, te han dicho eso, que tiene huevo, queso, todo eso Si” (H1 Cuidadora Principal No Usuaría SAF3)

(b) Región Piura

El personal de salud entrevistado indica que, entre los componentes del MMN, están el **zinc**, el **ácido fólico** y las **vitaminas A y C**; y no se menciona el hierro. Por su lado, entre los agentes comunitarios de salud, no se recuerda la composición del MMN.

Por su parte, los miembros del Comité de Gestión y del Consejo de Vigilancia, consideran que el MMN tiene vitaminas, además de “**Fósforo**” y **Calcio**. El participante del CG identifica, de manera general, que contienen **vitaminas**, aunque desearía conocer de manera específica su composición.

Por último, las Facilitadoras señalan que el MMN tiene cinco “**nutrientes**” (lo cual – se destaca - lo hace más completo que el Sulfato Ferroso); entre ellos, el **hierro** y el **Ácido Fólico**. Pero no mencionan el zinc ni las vitaminas A y C.

Del lado de las CPs, usuarias y no usuarias, encontramos también algunas que no conocen sobre el tema, porque según argumentan, no les han informado sobre ese punto en el EESS al que asisten.

“... ¿le han dicho qué tienen los sobres pequeños? No, no me han dicho. ¿Qué cree que tengan? No, sé” (P1 Cuidadora Principal no Usuaría SAF2)

“¿Y tú sabes de qué está hecho? ¿Te dijeron en la Posta? No, no me dijeron” (P1 Cuidadora Principal Usuaría SAF3)

El siguiente testimonio, comunica con claridad, cómo la información que se maneja sobre el MMN – en este caso, sobre su composición o contenido-, se va modelado o determinando, por la forma en que se desarrolla la consejería. Así, al tratarse de una reunión a la que asisten muchas CPs – tal como se relata - desencadenaría un escenario, en donde la entrega del MMN, se ve desprovisto de mayores explicaciones, dando como resultado que la CP no esté enterada del tema,

“¿Usted sabe que tienen las Chispitas, que es lo que contienen? No, no (...) No me dijeron nada, cuando nos dieron estaban hartísimas...Ah ya, estaba llenito. Sí pues, es que a veces nos llaman así a reunión y no me dijo la enfermera, me dio nomás para que le dé” (P1Cuidadora Principal No Usuaría SAF1)

Entre las CPs que si recuerdan sobre los componentes, usuarias y no usuarias; se distingue con mayor facilidad el **hierro**, al igual que las vitaminas en genérico, y que es para combatir la anemia,

“¿Y sabe qué contienen? Hierro ¿Qué más? Hierro y otras cositas también tienen...” (P1Cuidadora Principal No usuaria SAF3)

Me dijo que son vitaminas y que “usted le va a dar en su papilla”, el niño que ya va a comenzar a comer ya” (P1Cuidadora Principal Usuaría SAF1)

“¿Qué información te dieron acerca de las Chispitas, cuando te dieron la primera vez? Bueno, me dijeron que es para que la anemia, que tiene 5 vitaminas. La señorita de Cuna Más, que viene a hacernos la sesión, igual también ella nos explicó más vuelta (...) más que la enfermera todavía (...). La enfermera me dijo, que eso tenía que darle, porque esas son las Chispitas, que son obligados que tenemos que darle, eso fue todo” (P1Cuidadora Principal Usuaría SAF2)

Es importante recalcar, a propósito de la cita precedente, las diferencias que se establecen entre la información y orientaciones que se reciben entre el personal de salud y el personal vinculado con el PNCM. Este último profundizaría en la explicación; en tanto el personal de salud plantearía una suerte de directiva, *la obligación de dar el MMN*, sin ofrecer mayor fundamento.

(c) Región Ucayali

El personal de salud entrevistado desconoce el contenido del MMN, mientras que el personal local de la UT-PNCM, sólo identifica el componente de la *vitamina A*, pero añade otros como el *complejo B* y el *Sulfato Ferroso*. Por su parte, entre los entrevistados del Comité de Gestión y del Consejo de Vigilancia, no se tiene conocimiento del contenido de los sobrecitos de MMN.

La mayoría de CP usuarias y no usuarias entrevistadas en esta zona, desconoce el contenido del MMN,

¿Sabes qué hay aquí adentro? No (...) ¿Te dijeron en la Posta, qué tenía? Sí, pero ya me he olvidado” (U2Cuidadora Principal Usuaría SAF1)

La única mención de algún tipo de componente, vuelve a referirse de manera genérica a las **vitaminas**,

¿Y lo que contienen, sabes qué contienen, o para qué servían?(...) Vitaminas” (U2 Cuidadora Principal Usuaría SAF2)

La siguiente cita sintetiza la forma en que se lee la consejería, desde la perspectiva de la entrevistada; el intercambio -como observamos- se desarrolla de manera unilateral y directiva, sin espacio para desatar las dudas e interrogantes de las madres,

“¿Sabes qué son? No (...) ¿Cuando fuiste a la Posta te explicaron para qué eran? (...) no explicaba, sólo daba que tenía que comer, con esto nomás” (U2 Cuidadora Principal No Usuaría SAF2)

B) Subdimensión: Sobre los criterios de preparación y administración del MMN

Alrededor de la *preparación y administración del MMN*, distinguimos los siguientes aspectos a explorar: qué se conoce sobre la *consistencia* en la cual se recomienda preparar el MMN; los *procedimientos* a seguir en su *preparación* (consistencia, preparación, temperatura); la *dosis* y *frecuencia* de consumo; y el *tiempo que debe transcurrir* entre la preparación del MMN y su consumo. Trataremos de destacar cómo estas recomendaciones e indicaciones -que brinda, principalmente, el personal de salud- son procesadas por los diferentes actores entrevistados.

Dado que contamos con información en donde las cuidadoras principales *refieren* su práctica de consumo (entrevistas en profundidad); además de las observaciones realizadas en el hogar -y que tuvieron, como eje, la preparación y el consumo del MMN-, incorporaremos igualmente sus resultados; con el fin de establecer qué relaciones se establecen entre los conocimientos manejados y su aplicación práctica.

(1) Consistencia

(a) Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno

➤ REGIÓN HUANCARELICA

Para el personal de salud, la **consistencia** de la preparación ha de ser espesa; pudiendo ser igualmente semi espesa (mazamoras). Ahora, si bien las indicaciones que se brindan acerca de la consistencia resultan adecuadas; también es importante canalizar las propias dudas que el personal de salud experimenta. En este caso, se interroga por la posibilidad de brindar el MMN en una preparación líquida; como, por ejemplo, la avena o la leche, dado que algunas cuidadoras principales refieren que así lo hacen:

“...pensando en esa capacitación que le dieron, ¿qué aspectos o temas le hubiera gustado, que se toquen más o que se desarrollaran más? (...) ¿Por qué no dar en líquidos?, ¿por qué sólo en espeso?, eso es lo único. Porque acá, hay mamás que vienen y dicen, “yo le doy en la mazamorra”, le digo “muy bien, continua dándole, tal vez, porque es un poco dulce, no lo siente y te tolera, continua dándole” le digo, ¿no? O sea, a usted le gustaría, que le expliquen con más detalle, por qué tiene que ser en consistencia espesa. Ajá, ¿por qué en espesa? y ¿por qué no en líquidos? y ¿por qué no en leche? (...) algunas decían “yo le doy en el quaker o en la sémola y normal se lo toma, pero le doy en el segundo (...) no lo come” (H1 Personal de Salud Cred SCD)

En cuanto a las acompañantes técnicas, estiman que la **consistencia** de las preparaciones en que se brinda el MMN ha de ser espesa; pues en preparaciones líquidas, se sentiría el sabor. Tal como lo remarca una de las Acompañantes Técnicas:

“Que sea espesa (...) porque cuando le dan en el líquido, se siente. Al diluirlo, se siente un poquito el sabor a metal (...). Nosotros cuando hemos hecho la Sesión Demostrativa esa vez, nos hicieron probar pues ¿no? y es cierto cuando tú le das en algo caliente, no se nota, en algo espeso, no se nota” (H1 Acompañante Técnico SCD)

“(...) comida espesa, que es el segundo ¿no? (...) en líquido no se puede dar” (H2 Acompañante Técnico SCD)

Por su parte, y tal como un común denominador en las respuestas de los distintos actores sobre este punto, para los miembros de los Comités de Gestión y Consejos de Vigilancia, la preparación o comida en que se ofrece el MMN también ha de tener **consistencia** espesa o semi espesa (por ejemplo, mazamoras)

“...¿cómo tiene que ser...la comida? ¿cómo tiene que ser espesito, aguadito? Espesito, espesito, espesito señorita” (H1 Comité de Gestión SCD)

“...la comidita cuando se le va preparar ¿cómo tiene que estar la comidita? (...) Así debe estar espesita pues, señorita. Así normal, no tan espeso, no tan aguachento también (...) como mazamorrta, así normal es, menestra también” (H2 Comité de Gestión SCD)

“Esa comidita tiene que estar aplastadita, señorita. ¿Tipo sopita, tipo segundito? Segundito, purecito” (H2 Consejo de Vigilancia SCD)

Lo mismo ocurre entre los agentes comunitarios de salud, se recomienda preparar el MMN en comidas de consistencia espesa, tales como “segunditos” y “papillas”; o semi espesas, como “mazamorrillas”. Sin embargo, algunos ACS señalan que sería viable ofrecer el MMN en “leche” o en “caldito de papa”. La inclusión de mazamoras – orientación del personal de salud – favorecería el consumo, dada su condición dulce. En general, se trata de ofrecer el MMN en las comidas que gusten a los niños.

En el caso de las Madres Cuidadoras, todas preparan el MMN en **consistencia espesa**, pues se ofrece de manera invariable durante el almuerzo y en el segundo,

“La Chispita tengo que preparar señorita, en el segundo, en dos cucharitas nomás señorita. Tengo que mover y después a mi niño tengo que dar señorita” (H1 Madre Cuidadora SCD1.1)

De manera semejante, la mayoría de cuidadoras principales – tanto usuarias como no usuarias – interrogadas por la **consistencia** de las preparaciones en las cuáles se recomienda ofrecer el MMN, señala que ésta debe ser *espesas*; siendo los términos más generalizado para ejemplificar dicha consistencia: “segundo”, “en espeso”, “en seco”. Asimismo, en algunos casos, se añade que podrían utilizarse preparaciones *semi espesas*, tales como las mazamorras.

“¿Cuándo va a la Posta, qué le dicen sobre los sobrecitos? Esos alimentos, en cada comidita, espesito, tienes que alimentarlo” (H1 Cuidadora Principal Usuaria SCD1)

“...siempre dicen mazamorrta, “en seco, le tienes que dar” (...) o en el seco, en el segundo así” (H1 Cuidadora principal Usuaria SCD4)

“...cuando nos da las Chispitas, tienen que hacer comer en segundo o mazamorrta (...) en segundo o papa aplastadito” (H1 Cuidadora Principal SCD2)

Y se refuerza la idea que al mezclar el MMN en el segundo, se favorece el aprovechamiento del suplemento por el cuerpo del niño. A esto se suma, el que el MMN no se debe preparar en cosas líquidas, ni en sopas.

“...se le debe dar en una comida completa, para que ellos asimilen y tiene que ser el segundo espeso...” (H1Cuidadora Principal Usuaria SCD2)

“...nos dice, “tienes que darle en su segundito, porque en sopa no vale, sino en cosas espesas” (H1Cuidadora Principal No usuaria SCD3)

“...me explica “le vas a dar en segundito (...) ¿Qué más le dice? Que no le deben dar en líquidos, así me dice” (H2Cuidadora Principal Usuaria SCD1)

“...la enfermera mencionó, que debe ser mayormente, en comidas espesas, no en sopas” (H1Cuidadora Principal SCD1)

La divergencia más clara, frente al predominio de lo espeso y semi espeso, se encuentra entre las *no usuarias*; dos entrevistadas, mencionan sopas, como base de la preparación.

➤ REGIÓN PIURA

Para el personal de salud, la *consistencia* de la preparación ha de ser *sólida* y, de preferencia, brindar los MMN en aquellas comidas en las cuáles el niño o la niña muestre mayor gusto (esta recomendación, como vemos, incorpora la perspectiva del niño, como una dimensión a tener en cuenta en la aplicación de los diferentes criterios de preparación)

“Sólido de preferencia (...) sólido, pero que le guste al niño, porque si le voy a dar en algo sólido, que no le gusta a mi niño, obviamente, voy a desperdiciar mi comida” (P2 Personal de salud Cred SCD)

A su turno, para los agentes comunitarios de salud, las preparaciones en las cuáles se debe ofrecer el MMN deben ser “*ni muy aguadas ni muy espesas*”; otra forma de referirse a este tipo de consistencia, es “*blandito*”, tipo “*papilla*”. El MMN debe mezclarse en dos cucharaditas de comida y ofrecerse al niño o a la niña, rápidamente, pues se ha recomendado, específicamente, que la comida combinada no puede ser guardada para más tarde.

Por su parte, para la acompañante técnica tanto como para las madres cuidadoras, la *consistencia* de las preparaciones debe ser *espesa*. Lo mismo opinan los miembros del comité de gestión y del consejo de vigilancia, agregando que no les han dicho que se mezcle en líquidos:

“...con arrozito, ¿no? Ahí se puede echar ahí. Puede ser con menestras. ¿Y en líquidos? Bueno, en líquidos, a nosotros no nos dijeron en líquidos (...) sólo nos dijeron con la comida” (P2 Consejo de Vigilancia SCD1)

En general, las cuidadoras principales, sean usuarias o no usuarias, conocen que la consistencia recomendada es la espesa. La **consistencia** de la comida, en que se ha de combinar el MMN, hace referencia a preparaciones como “*menestras*”, “*comida sólida*”, “*puré*”, “*papilla*”, indicando que se trataría de elaboraciones *espesas*. A diferencia del caso de Huancavelica, no se utiliza el término

“*espeso*” o el usual de “*segundo*”. Sólo en un caso, sin embargo, correspondiente a una entrevista de salida, la cuidadora principal menciona que el MMN se prepararía en *el arroz y en la sopa*,

“...me dijeron que era en puro puré, para que se mezcle” (P2 Cuidadora Principal SCD2)

“...pueden comer puré de papa, zapallito, menestrita, arrocito” (P2 Cuidadora principal Usuaría SCD3)

“¿Te dijeron con qué combinarlo? (...) Con menestras, más que todo, porque en líquido no se podía hacer, me dijeron (...) en las menestras, por ejemplo, su puré de papá o menestra de papa o de zapallo...” (P2Cuidadora Principal No usuaria SCD1)

Es interesante destacar, que si bien se conoce que la preparación debería ser espesa; la práctica no siempre resultaría consistente. Como esta cuidadora principal indica, ofrecía el MMN en una preparación líquida, pues colaba la menestra y mezclaba el MMN en el jugo,

“¿Con qué comiditas le daba Chispitas? Con la menestra, le colaba la menestra para que quitara basura (cáscara) y en ese juguito le daba” (P2 Cuidadora Principal Usuaría SCD2)

➤ REGIÓN UCAYALI

El MMN, para el personal de salud, tiene que brindarse en preparaciones “*sólidas*”. Por su parte, en lo que atañe a la preparación en la cual ofrecer el MMN, los Agentes Comunitarios de Salud hacen referencia al *almuerzo* (no se explicita el tipo de consistencia, que éste ha de tener) y a la “*mazamorra*”. Aunque, la posibilidad de dar en mazamoras, no goza de consenso; tal como se recoge en el grupo focal de ACS, pues se considera que la mazamorra es una preparación inadecuada en la cual mezclar el MMN.

En cuanto a los acompañantes técnicos, conocen que la preparación en que se ofrece el MMN tiene que ser “*sólida*”, “*no sopas ni mazamoras*”. Semejante es la respuesta que se da entre las madres cuidadoras que opinan -de modo invariable- que es el *segundo*. Una preparación de consistencia espesa, es considerada más nutritiva, y si se consume al mediodía, se piensa que es lo ideal, pues el MMN “*más es efecto en el almuerzo*” (U1EPMCSCD2.2; U2GFMCS2). Sin embargo, entre estas últimas, se considera también posible combinar el MMN en una “*mazamorrilla espesa*”, al igual que en una “*ensalada de frutas*” o en “*arroz con leche*” (U2GFMCS2). E incluso, entre las madres cuidadoras, se hace referencia a comidas espesas y semi espesas como purés y mazamoras. Para los miembros de CG y CV entrevistados el tema de la consistencia no es conocido.

Asimismo, encontramos que un gran número de cuidadoras principales -entre usuarias y no usuarias- maneja la indicación de emplear comidas o preparaciones espesas, refiriéndose a “*segundos*”, “*comidas secas*”, “*sólidas*”, “*papillas*”:

“¿Cómo te dijo que lo prepares? En dos cucharadas de comida, en seco, en segundos” (U1Cuidadora Principal Usuaría SCD1)

“...me ha dicho que tengo que ponerle en sus papillas” (U1Cuidadora Principal No usuaria SCD1)

“Así comida seca, en su guiso...” (U2Cuidadora Principal No usuaria SCD2)

Al parecer, la directiva de dar sólo en comidas espesas o “*sólidas*” se presenta un tanto rígida; pues se descartarían preparaciones semi espesas como las mazamoras,

“...en el segundo (...) si es papa, que le apreté la papa bien, que le haga como purecito (...) ¿solamente, le puede dar en papita? En cualquier comida que sea sequito (...) en el fideo, en el arroz, en la carne, pero menos en mazamorra y en refresco, solamente, en comida, en segundo nomás (...) que sea una comida sólida” (U2Cuidadora Principal Usuaría SCD2)

En tres casos, correspondientes a una usuaria, a una no usuaria, y a una CP asistente al CRED, se hace mención de “*sopa*” y a la vez de “*segundo*”, como preparaciones de base:

“¿Qué te dijeron? Primero le puedes dar en el segundo, en su sopita” (U1Cuidadora Principal Usuaría SCD4.2)

“Me ha dicho para darle así...en su sopita, sequito, ajá, con puré también” (U1Cuidadora Principal No Usaria SCD1)

“¿Y en qué comidas te han dicho que lo puedes combinar? En cualquier comida, sea mazamorrta, sopita, segundo” (U2Cuidadora Principal SCD2)

(b) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

➤ **REGIÓN HUANCARELICA**

Para el personal de salud, el MMN debe prepararse en una comida de consistencia *espesa*. Para ello, se *aparta* o separa una porción de aquélla (alrededor de dos cucharas) en la cual se colocará el sobre completo del MMN, procediendo a mezclarlo. Se ha destacado, de manera particular, que esta porción de comida podría oscurecerse; lo cual no representa obstáculo alguno para que el niño o la niña lo consuma. De modo semejante casi todos los entrevistados en la categoría de los acompañantes técnicos y comunitarios, establecen que la consistencia debe ser *espesa*. Antes de abordar otro criterio de preparación, la acompañante técnica desearía conocer las razones que dan fundamento a la recomendación de brindar el MMN, en comidas espesas y no líquidas (H1EPACSAF).

“Según como nos han estado capacitando, nos decían que debe ser en comidas sólidas o espesas, como es en el caso de los segundos, normalmente (...) y seguido de ahí, si no me equivoco, hay que brindarle un refresco de limonada” (H1 Agente Comunitario de Salud SAF)

La única excepción es la de este entrevistado quién sugiere, como preparaciones posibles, aquellas de consistencia líquida o aguada, tales como jugos y leche:

“¿Y en qué tipo de preparaciones, recomiendas (...)? Por ejemplo, sería pues, en jugos, otro sería pues en ¿qué?... que contiene bastante hierro, es la leche ¿no? en leche...Ah, que lo combinen en la leche Claro, en la leche...” (H2 Acompañante Técnico SAF)

Por su parte las Facilitadoras, en cuanto a la **consistencia** de las preparaciones, indican que éstas deben ser espesas, pudiendo ofrecerse igualmente preparaciones semi espesas, como *mazamoras*:

“Me has dicho que en segundito, que en sopa no Ujum, en sopa no. Entonces, ¿en su avena le puedo dar? No, no, en su avena no, en leche no, porque es agua ¿no? No puedes dar. ¿Y segundito, cómo tiene que estar? Espesito, espesito tiene que estar pe’, todo con su carnecita, todo con menestras, arrocito (...) pero los bebitos no comen ¿no?, mazamorrta nomás todavía comen ¿no?, entonces en mazamorrta le echas” (H1 Facilitadora SAF1)

“En segundos, en mazamorrta, en puré a los niñitos, para los niñitos de seis meses” (H1 Facilitadora SAF2)

Hemos hallado también una recomendación crítica, la de esta Facilitadora que indica, a la cuidadora principal, brindar el MMN en preparaciones líquidas,

“Eso todo lo explico (se refiere a la cuidadora principal), “tienes que darle en el desayuno, que sea en su sopita, aunque sea en quaker porque hay niños que no siente en su biberón y lo toma (...) Acá es sopita de morón no es tan espeso ni tan aguado, normal la sopa puede ser sopita de arroz. Cualquier sopita pero que sea sopa” (H2 Facilitadora SAF1)

Asimismo, los agentes comunitarios de salud mencionan *purés* (se ha hecho particular referencia de alimentos de origen animal – hígado, pollo, cuy - a incorporar en el puré de papa).

Otros manejan información parcial o imprecisa sobre la preparación; así por ejemplo, uno de ellos señala que el MMN se debería preparar en sopas.

Ahora, a diferencia de lo hallado en el SCD, los miembros de los CG y CV, no manejan con la misma solvencia los diferentes criterios de preparación y administración del MMN; mostrando desconocimiento. Es decir, no sólo brindan información parcial; sino que comunican, adicionalmente, conceptos inadecuados. En los dos casos SAF de la Región, estos cargos se hallaban bajo responsabilidad de varones; se ha hecho notar, para los casos SCD, que los miembros de la

organización – en su mayoría mujeres – se han beneficiado de su condición previa de madres, por lo cual se hallan más familiarizadas con los criterios de preparación del MMN.

Presentamos, sólo a modo de ilustración, algunas de las nociones críticas que se hallan en uso. Una de ellas, relacionada con la *consistencia* de las preparaciones, en donde se afirma que éstas pueden ser

“bien en agüita, bien en sopita o bien en segundo” (H1Comité de Gestión SAF).

De manera similar a lo hallado en el caso del SCD, la mayoría de cuidadoras principales - tanto usuarias como no usuarias- identifican como **consistencia** recomendada para la preparación del MMN, principalmente, las preparaciones espesas, así como las *semi espesas*,

“En la Posta me explica, “que le va a dar en segundo nomás y en purecito” (H1Cuidadora Principal Usuaría SAF2.1)

“Tipo segundito es (...). A veces que en la Posta nos dicen, hasta la Facilitadora nos dice, “que no debes dar sopa,...agua nomás, se orina”, nos dice” (H1Cuidadora Principal SAF2.2)

“...espesito, así lo vas a dar” me dijo” (H1Cuidadora Principal No Usuaría SAF1)

“...tengo que separar una cucharadita de comida, ni tan seco, ni tan aguachento, más bien como purecito...” (H2Cuidadora Principal No Usuaría SAF3)

➤ REGIÓN PIURA

Para el personal de Salud y los agentes comunitarios de salud, la *consistencia* de las preparaciones debe ser espesa. Sin embargo, frente a los casos que refieren cuidadoras principales, sobre dar el MMN en *leche*, el entrevistado plantea que si dicha medida logra la aceptación -del niño o de la niña- podría constituirse en una alternativa aceptable (a pesar de señalar que el sabor se percibiría, más claramente, en las preparaciones líquidas). Una recomendación importante -que brinda este ACS- es de brindar el MMN en aquellas preparaciones que gozan de la particular preferencia del niño o de la niña.

Por su parte, los miembros del Comité de Gestión y del Consejo de Vigilancia, para la preparación del MMN sugieren una *“sopa espesa”*, en la cual los alimentos sólidos (papa, camote, zapallo...) se retiran del líquido y se aplastan o *baten*, formando una papilla:

“¿y ha visto, sabe, tiene idea con qué comida le dan las Chispitas? Una sopita espesa. La papita la chancan bien o si no, el zapallito, lo chancan bien y si no el camotito y ahí le chancan bien y le revuelven con las Chispitas y le dan (...) Así como...Papilla, porque eso antes decían papilla, es bien espesa la papilla. La papa se chanca bien, se echa caldito de la sopa y se bate” (P1 Comité de Gestión SAF)

Por su parte, las cuidadoras principales entrevistadas - usuarias y no usuarias – hacen mención de preparaciones espesas. Si bien no se utiliza explícitamente, el término, *“espeso”*, se hace referencia a *“papillas”*, a alimentos sólidos que serán aplastados o en los cuáles se mezclará directamente, el MMN, a *“comidas bien espesas, no claritas”*, *“duritas”* (resaltando precisamente, la densidad de la preparación),

“¿Y cómo se las preparabas? Así en papillas (...) ¿con qué comidas más le dabas? (...) también le pongo ahí en el arrozito con el juguito del estofadito...” (P1 Cuidadora Principal Usuaría SAF2)

“...me dijeron que en la comida, en la papilla me dijeron que ahí le echara, en la papilla” (P1Cuidadora Principal No usuaria SAF1)

“...como le dije, con su papita, yuca y su fideo, le picas chiquito, chiquito, le bates lo que es la papa al fideo y de ahí ya está normal, para que lo coma el niño...” (P1Cuidadora Principal No Usuaría SAF2)

➤ REGIÓN UCAYALI

Para el personal de salud, la comida en que se debe preparar el MMN, debe ser “**sólida**” o espesa (“**como un purecito**”). Para los acompañantes técnico y comunitario, de modo semejante al actor anterior, la comida en la cual se prepara el MMN, ha de tener la consistencia de las “**papillas**” (o como una “**masita**”). Para agregar el MMN, se separa una porción de la comida y se procede a mezclar. Las facilitadoras SAF también conocen muy bien que la consistencia debe ser espesa.

Para los CG-CV, asimismo, la *preparación* en que puede agregarse el MMN abriría una variedad de texturas; así, por ejemplo, se menciona la leche, mazamoras, al igual que otros alimentos:

“¿Se tiene que dar en algún tipo de comida? Bueno también en leche, en otro, mazamorra, plátano, yuca ¿En líquido se puede poner? Si en líquido, en líquido se lo pone esto” (U2Consejo de Vigilancia SAF)

Por otro lado, en torno al tipo de preparaciones en las cuáles procede combinar el MMN, la información que brindan los CPs hace referencia a *comidas* en general y de diversos tipos de **consistencia**:

“Me ha dicho para mezclarlo en la comida...espeso” (U2Cuidadora Principal Usuaría SAF3.2)

“Con su comida hay que prepararlo ¿no? (...) a él le han dado vitamina, para echar con su papita, así me ha dicho. ¿con su sopa? Ajá, con su sopa, con cualquier almuerzo, ahí nomás echarle” (U2Cuidadora Principal Usuaría SAF3.1)

“¿...te dijo en qué comida? Tacacho, en tacacho, en sopa ¿no?. Ya, en tacacho, en su sopa, ¿en su refresquito? No, en la comida, tacacho, en sopita” (U2Cuidadora Principal No usuaria SAF2)

(2) Temperatura

(a) Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno

➤ REGIÓN HUANCARELICA

En cuanto a la *temperatura*, el personal de salud tiene claro que la recomendación es preparar el MMN en comida tibia; evitando los extremos (caliente o frío) dado que se percibe el sabor con mayor intensidad:

“... recomendaba (a las cuidadoras principales), que no les den (...) en frío, frío o tan caliente, porque yo probé que era, lo ponías en caliente y el sabor era más fuerte. En frío o en tibio casi no se siente, pero en frío como ya ha pasado su esto, también el sabor de la “Chispita”, era más fuerte” (H1Personal de Salud Cred SCD)

“...que la comida esté a una temperatura adecuada, ¿no? como tibia, ¿no? para que (...) el niño pueda comerla y no pueda sentir el...el saborcito que cuando se enfría, es un poquito más... desagradable” (H2Personal de Salud Cred SCD)

Respecto a la **temperatura**, los ATSCD de la zona, mencionan que debe estar *tibia*; y uno de ellos sostiene que es así dado que se considera corresponde a la temperatura adecuada para el niño – una comida caliente, puede quemar a los niños y si ésta se enfría, no resultaría agradable -. Como podemos apreciar, no se trae a colación el argumento que sostiene el criterio de temperatura,

“¿Pero qué pasaría, si se prepara en frío? ¿hay algún tipo de recomendación ahí? (...) No, como nosotros sabemos, cuando una comida está caliente, es más rica, entonces, el niño también, con gusto la va a comer; cuando está fría, como que ya no” (H2Acompañante Técnico SCD)

La **temperatura** de la preparación ha de ser *tibia*, también para los miembros de los CG y CV; criterio que viene siendo manejado claramente, por el conjunto de actores. La atención en la temperatura de la comida, resulta importante, pues al enfriarse, se señala que el niño o la niña percibirían ya sea sabor u olor,

“Yo le daba en tibio señorita, en tibio, no era ni tan caliente, ni tan frío” (H1Comité de Gestión SCD)

“Cuando se enfía (...) ya también se hace, ¿no? Otra forma se hace, señorita. Y... creo que lo siente el niño y...ya no quiere también (...). Por eso, tienes que tratar de hacer comer, señorita” (H1Consejo de Gestión SCD)

Entre los ACSs, resulta necesario evitar que la comida – una vez combinada – se enfíe, para impedir la emergencia del sabor.

En lo que atañe a la **temperatura**, las MCCCDs entrevistadas, coinciden en afirmar que la combinación del MMN se realiza en la comida **tibia**. La razón de proceder de este modo, indica que si se hiciera en comida **caliente**, el niño se podría quemar (como podemos apreciar, también se desconoce el sentido de este criterio). La recomendación de terminar la porción de comida combinada con el MMN, en un lapso determinado de tiempo, corresponde a otro criterio, no manejado adecuadamente.

Por ultimo, las CPs afirman, en cuanto a la **temperatura** en la cual debe hallarse la preparación para realizar la combinación del MMN, que debe estar **tibia**, al momento de mezclar el MMN,

“...tibia, nunca caliente” (H2Cuidadora Principal No Usuaría SCD2)

“Tibio siempre le doy, frío no, siempre tiene que estar un poquito caliente, pero no mucho tampoco” (H1Cuidadora Principal No Usuaría SCD3)

“...en más caliente no le puedes dar, en tibio te dicen...” (H1Cuidadora Principal Usuaría SCD4)

“...cuando usted le prepara su comida con la Chispita, ¿Cómo está su temperatura, frío, caliente, tibio? Tibio (...). Cuando está muy fría no come” (H2Cuidadora Principal Usuaría SCD4.1)

Estas cuidadoras principales, hacen especial énfasis en la necesidad de dar **tibia** la comida, pues al enfriarse, emergería un mal sabor o resultaría difícil, que el niño o la niña reciban la comida,

“...tiene que ser el segundo espeso, pero tibio, no tan caliente, ni frío, si no, siente el sabor” (H1Cuidadora Principal Usuaría SCD2)

➤ REGIÓN PIURA

Según el personal de salud, la **temperatura** de la comida debe estar **tibia**, pues si se hallara **caliente**, la cápsula que envuelve el hierro del MMN se rompería, generando cambios en la coloración y sabor de los alimentos (de allí, la sugerencia de consumir lo combinado, antes de los diez minutos). Esto también es conocido por los otros actores entrevistados y vinculados al SCD, acompañantes técnicos, madres cuidadoras de CCD, así como, entre los que conforman el CG y CV.

“La comida tiene que estar un poco tibia y ahí agregar el micronutriente. Y ahí dárselo medio tibito al niño para que consuma. Porque dijo, que ya enfriándose, ya tiene mal sabor (...) y no tiene que pasar mucho tiempo porque si no se...No, se pasando los 10 minutos, ya tiene un mal sabor” (P2Consejo de Vigilancia SCD1)

Para las CPs, sean usuarias y no usuarias, el MMN se prepararía principalmente en comidas **tibias**:

“Tibiecita, me dijeron en la Posta” (P2Cuidadora Principal Usuaría SCD4)

“...no tiene que estar ni caliente ni tan fría (...) tibiecita” (P2Cuidadora Principal No usuaria SCD2)

“...las comidas para mi niña, yo las doy así cálida, ni tan caliente ni tan fría (...). Pero ¿le han dicho (el personal de salud) algo de la temperatura o no? No, no me han informado” (P2Cuidadora Principal Usuaría SCD1)

“Tibiecita pues, normal” (P2Cuidadora Principal No Usuaría SCD1)

Se ha hallado dos casos de madres que ofrecerían el MMN, en comida **fría** (lo cual resulta interesante, pues se trata de cuidadoras principales consideradas dentro del grupo que consume el MMN):

“¿cómo es la temperatura a la que le dan? Más fría” (P2Cuidadora Principal Usuaría SCD3)

“Tiene que estar frío, para que se lo coma así” (P2Cuidadora Principal Usuaría SCD3)

➤ REGIÓN UCAYALI

El conjunto de entrevistados, tanto para el PS como para los AT, madres cuidadoras de CCD, miembros de CG y CV, la *temperatura de la comida* debe ser *tibia*, “no caliente”. Sin embargo, encontramos algunos (CV, MCCCDD) que afirman que más se debe preparar en comida fría o que se la dan fría a sus hijos.

“... primero, separo dos cucharitas de comida ahí, me encargo de que la comida este fría y abro el sobre y lo echo ahí en eso dos de comida, echo ahí un sobre entero, todo el sobre (...). Y eso le doy de comer” (U1EPMSCSD2.2)

Igualmente, las CPs, respecto a la **temperatura**, declara, en su mayoría, que la comida en que se mezcla el MMN, debe encontrarse *tibia* o lo que denominan “normal”,

“...no tan caliente, medio frío” (U1Cuidadora Principal Usuaría SCD4)

“¿Y le daba caliente o fría la comida? No, normal. Medio tibio. Ajá, así le daba” (U1Cuidadora Principal Usuaría SCD2.1)

Dos cuidadoras principales no usuarias, difieren de este consenso en torno a lo tibio, y señalan que, la temperatura de la comida, debe estar fría o debe encontrarse *caliente*, pues al enfriarse, *cambiaría el sabor*,

“Calientito tiene que ser, cuando está frío, ya tiene otro sabor” (U1Cuidador Principal No Usuaría SCD2)

El caso contrario, que en comida caliente cambiaría el sabor, es identificado por una CP en una entrevista de salida de CRED, la cual sostiene que mezclar el MMN en una preparación caliente causaría mal sabor:

“¿Cómo más tienes que prepararle? ¿en comida caliente, fría...? No, en comida fría; no en comida caliente, va a salir el sabor mal” (U1Cuidadora Principal SCD1)

(B) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

➤ REGIÓN HUANCARELICA

Tanto el personal de salud como el personal local de la UT-PNCM, señala que la temperatura de la preparación debe estar *tibia*; no caliente ni menos fría, pues sería en el frío que comenzaría a desprenderse el olor a hierro. Algunos entrevistados han señalado que el tiempo, entre la preparación y el consumo, debe ser de cinco minutos, mientras se encuentra tibia la comida; siendo la consigna general que se ingiera lo más rápido posible. Respecto al criterio de *temperatura*, una entrevistada desearía saber qué sucede con el MMN, si éste se preparara en una comida *caliente*.

“¿Y cuánto tiempo tiene que pasar, esa parte mezclada de dos cucharitas, para que el niño se coma toda la porción mezclada con Chispitas? Yo creo que esté tibiecita nomás y consumirlo ya pues. ¿Cuánto tiempo debe pasar para que el niño se lo coma? cinco minutos” (H1 Acompañante Técnico SAF)

“¿Cuánto tiempo más o menos tiene que pasar? (...) en el momento nomás tiene que ser (...) al toque, porque si no, ya está frío ya no tiene sentido (...) si yo lo he disuelto ahí, y en el acto tengo que darle a comer, para que continúe con su almuerzo normal” (H2Acompañante Comunitario SAF)

Al mezclarse la comida con el MMN, todas las FSAF entrevistadas sostienen que ésta debe encontrarse *tibia*. Una entrevistada manifiesta que combinar el MMN, en comida caliente, podría afectar su valor nutricional; pues cree que éste se pierde con el vapor:

“Pero las mamás, lo echaban en caliente ¿no? Caliente lo echaba pues, cuando estaba haciendo

comer enfriando, a mi parecer que en el vapor se iba de los multinutrientes las “Chispitas”. O sea, usted piensa que ahí se perdía un poco su valor. Aja, se perdía” (H2FacilitadoraSAF2)

Del mismo modo, para los ACS entrevistados, la *temperatura* de la comida debe ser *tibia*.

En lo que concierne a la **temperatura**, la preparación del MMN, según las CPs contactadas, se realiza principalmente, en comida *tibia*,

“...tibia, no tan caliente” (H2Cuidadora Principal No Usuaría SAF3)

“...caliente, así almuerzo he preparado, no muy hirviendo pe” (H2Familia Usuaría SAF1)

Se indica, que la recomendación de mezclar en comida tibia, favorecería el mayor consumo del niño, según orientación explícita del personal de salud,

“...la enfermera me ha dicho que tiene que ser tibia, para que coma un poco más” (H2Cuidadora Principal Usuaría SAF3)

➤ REGIÓN PIURA

Tanto los entrevistados del sector salud, como los vinculados a servicio de SAF, identifican que la temperatura ideal de la preparación tiene que ser tibia. En cuanto a las cuidadoras principales, una manifiesta que prepara el MMN, en comida *“bien calentita”* (P1EPFNUSAF3); en tanto, las otras entrevistadas, destacan que se debe mezclar en comida *tibia* o temperatura *“normal”*:

“...normal era, tibiecito, normal le preparaba, le daba” (P1Cuidadora Principal SAF1)

“...que no esté ni caliente ni fría, normal...” (P1Cuidadora Principal No Usuaría SAF2)

Una de las entrevistadas explica que el MMN no debe mezclarse en comida caliente, pues afectaría sus propiedades nutricionales:

“...un poco normal, que no esté tan caliente, normal...Cuando me dices de la comida normal, ¿te refieres a no frío, no caliente? Ajá, sí, porque muy caliente, dicen que le quita la vitamina, algo así me explicaron, sino que me olvido” (P1Cuidadora Principal Usuaría SAF3)

Asimismo, es necesario evitar que la comida se enfríe, una vez combinada con el MMN; pues se observarían cambios en la coloración, provocando el rechazo del niño:

“...fría no, con la comida medio calentita y ahí se hacía (la combinación con el MMN). Entonces, ahí lo preparaba y esperaba un rato. Exacto, cuando ya no quería comer y lo comenzaba a escupir, se hacía marroncito” (P1Cuidadora Principal no usuaria SAF1)

➤ REGIÓN UCAYALI

En lo que respecta a la *temperatura*, no se dan mayores precisiones; sólo que se encuentre a una temperatura posible de consumir por el niño o la niña:

“...y ¿qué le dices, en cuanto cómo debe estar la comida en (...) temperatura, por ejemplo? Ya este... así... frito, lo que ellos pueden pasarlo la comida” (U2Personal de salud Cred SAF)

En relación a la **temperatura**, las cuidadoras principales, informan que preparan el MMN en comidas *tibias*, al igual que en *frías*. Una de las entrevistadas que mezcla el MMN en preparaciones *frías*, subraya que resulta indiferente la temperatura. Sea que se combine en caliente o en frío, *“no pasa nada”*, es decir, no se vería afectado el consumo.

(3) Tiempo

(a) Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno

➤ REGIÓN HUANCABELICA

Respecto al *tiempo* que debe transcurrir entre la preparación del MMN y su consumo, no se plantea una indicación específica por parte del personal de salud; más allá de señalar que lo esencial es el consumo, así el niño o la niña demore en terminar lo combinado (sin embargo, se había previamente advertido que la comida mezclada no debería ingerirse fría),

“...desde el momento que (se) prepara, hasta que el niño, come toda la comida, en donde se ha combinado la “Chispita”, ¿cuándo tiempo tiene que pasar? Bueno, yo le digo, que se tomen el tiempo que sea, porque lo que yo quiero, es asegurarme que sí o sí, terminen sus dos cucharitas” (H1Personal de Salud Cred SCD)

Entre el personal local del UT-PNCM, si bien se maneja la noción de que -el niño o la niña- deben consumir lo más rápidamente posible la comida combinada con el MMN, ésta no se relacionaría, explícitamente, con el tema de la *temperatura*:

“...entre el momento en que se prepara las “Chispitas”, una vez que ya has combinado, ¿hay alguna recomendación, de en cuánto tiempo tiene que terminar de comer? Lo más rápido, porque después se cansan y ya no quieren comer. Nosotros hacemos, que lo más rápido, de esa porcioncita tiene que terminarse la bebe (...) para que lo consuman todo” (H2Acompañante Técnico SCD)

Las MCCCCD refieren que una vez mezclado el MMN, se procede a hacer comer esa parte lo más rápido posible. Respecto al *tiempo* recomendado que ha de transcurrir, entre la preparación del MMN y su consumo, es un criterio que se desconoce entre los miembros de CG y CV entrevistados,

“¿Y cuánto tiempo tendría que pasar lo que has mezclado con chispita para que el niño se lo coma? Eso sí no sé” (H2Consejo de Vigilancia SCD)

“... ya está aquí preparadita la “Chispita” ¿cuánto tiempo se tiene que demorar Natalia, en comer todo esto? A veces, diez, quince minutos, rápido se lo comía también, señorita” (H1Comité de Gestión SCD)

Si bien algunas cuidadoras principales aluden a un lapso de tiempo, éste no se vincularía explícitamente con cambios en los atributos del MMN (sabor u olor). Una cuidadora principal, añade que si transcurriera mucho tiempo podría, tal vez, perderse el efecto del MMN:

“¿Y el tiempo que tiene que pasar para que (su hijito) se lo coma? Eso sí no sé (...) será media hora, veinte minutos (...). Más no creo, porque ya perderá su efecto” (H1Cuidadora Principal no usuaria SCD3)

➤ REGIÓN PIURA

Se afirma desde el personal de salud, que el tiempo que transcurre, entre la preparación y el consumo, debe ser mínimo; tal como se indica, la comida combinada debe ingerirse lo más rápido posible, para evitar la aparición del sabor y del olor:

“¿Y cuánto tiempo tiene que transcurrir desde que se mezcla..? Idealmente, es inmediato, porque si no, cambia (...) el sabor, el olor y ahí el niño no va a querer, porque el sabor es muy fuerte” (P2Personal de salud Cred SCD)

Lo mismo es sostenido por el personal local de las UT-PNCM. Por lo tanto, se recomienda el consumo de la comida, mezclada con el MMN, lo más rápido posible. Según experiencia de una Madre Cuidadora, transcurridos cinco minutos, la parte que ha sido combinada empezaría a oscurecerse y a percibirse el sabor. Sin embargo, esto no implicaría mayores dificultades respecto a la aceptación del niño o de la niña:

Una de las Madres Cuidadoras comenta, que lo probó en menestras y no se sintió el sabor, pero después de los cinco minutos ya se siente el sabor y “se pone negro, solamente una porción, porque

se separa dos cucharadas de comida para que le echas las “Chispitas”, el niño lo come normal, pero si pasó mucho tiempo, cambia de color sólo en la parte mezclada” (P2 grupo focal Madres cuidadoras SCD1)

Un énfasis no hallado con la misma intensidad, en otros servicios y regiones, a nivel de las CPs, usuarias y no usuarias, alude a la urgencia de **terminar lo más rápido posible la comida combinada con el MMN**, para evitar que aflore el sabor (se menciona el sabor “a hierro”) y una coloración oscura de la comida (las cuidadoras principales que destacan este criterio, han indicado diversos lapsos de tiempo),

“Y más o menos, desde el momento en que preparaba la comida, hasta que le daba las Chispitas, ¿cuánto tiempo pasaba? Dos minutos, no podía pasar más, porque como me dijeron, “no, es que tú seguro, le dejas durarle las Chispitas en la comida, por eso no la quieren”, la última vez (...) hice la prueba con las dos, sí comieron, comieron mayormente, un poquito, de ahí, ya no lo quisieron” (P2Cuidadora Principal No usuariaSCD2)

“... al toque, porque dicen, que si lo dejan, coge sabor, es por eso que los niños, no lo quieren, dicen (...) una vez que se pasa de los treinta minutos, ya también la comida se vuelve negro, ya no lo quiere ya” (P2Cuidadora Principal No usuaria SCD2)

“...se le da antes de los cinco minutos que tiene que comer (...) porque pasando los cinco minutos, llega a tener otro sabor y ya no es, ya no es digamos, saborable (sic) para la niña (...) llega a tener como un sabor de hierro, el mismo hierro que le hace obtener otra consistencia” (P2Cuidadora Principal Usuaria SCD1)

“...tiempo nada más duraba, porque de ahí, ya no se podía consumir con determinado tiempo” (P2Cuidadora Principal Usuaria SCD2)

Esto nos permite afirmar que existe diferencias en el modo de difundir entre las usuarias del EESS los contenidos vinculados al MMN. En algunos lugares, resulta mucho más efectivo y acertado el trabajo de difusión de contenidos adecuados.

➤ REGIÓN UCAYALI

Al igual que el personal de salud de las otras zonas, se recomienda también el consumo inmediato o en el lapso aproximado de diez minutos; más allá del mismo, emergería el sabor y la comida adquiriría una coloración oscura. Lo mismo se afirma desde el personal local de la UT-PNCM, MCCCCD, que el consumo de la porción preparada, debe ser consumida rápidamente, en primer lugar, y que se dé antes de transcurridos diez minutos. Los/las ACS comentan que las cuidadoras principales suelen guardar y luego volver a dar la comida preparada con el MMN. La porción, así combinada, es ofrecida de manera prioritaria a los niños y a las niñas y lo más rápido posible. Se afirma que es importante consumir a la brevedad la comida en que se ha combinado el MMN; pues, si se deja transcurrir mucho tiempo, aquélla cambia de sabor y coloración.

“...(el MMN) no tiene ningún tipo de sabor, si lo dejas guardar, cambia de sabor y color” (U1 Grupo focal Agentes Comunitarios de Salud SCD)

En cuanto a la indicación de brindar el MMN, en un lapso de tiempo determinado, las cuidadoras principales recalcan que la comida, combinada con el MMN, debe ser consumida antes de los veinte minutos y que no puede ser guardada:

“...no debe pasar veinte minutos, para que consuma, no guardarles, cuando está preparado o guardar para más tarde, sino, es instantáneo” (U1Cuidadora Principal Usuaria SCD4)

Otra razón que recomienda evitar que la comida se enfríe - una vez mezclada con el MMN – es que ésta adquiriría un color “terroso”,

“...en esas cucharadas de comida preparas bien, le mezclas y le das antes de que se enfríe, porque cuando se enfría, se hace feo ya (...) se hace de color tierra ya, feo, tienes que comer caliente, caliente” (U2Cuidadora Principal Usuaria SCD2)

(b) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

➤ **REGIÓN HUANCARELICA**

Si bien, respecto al tiempo recomendado que debería transcurrir entre la preparación del MMN y su consumo, encontramos muy pocas salidas; se plantea que se debe comer no pasados más de los quince minutos, porque su valor nutricional podría *evaporarse*.

➤ **REGIÓN PIURA**

Para el personal de salud entrevistado, la parte combinada debe consumirse, rápidamente, pues al transcurrir el tiempo la comida se oscurece *“y ya no sería comestible”* (P1EPPSCSAF).

Para el resto de actores, no se ha hecho mención alguna -con excepción de una cuidadora principal- de la recomendación de terminar la porción combinada con el MMN dentro de un determinado lapso de tiempo. La cuidadora principal no establece un período de tiempo específico; pero señala que la comida tiene que ser consumida *“en su momento”* y en su totalidad, pues con el transcurrir del tiempo adquiriría sabor:

“¿Todo le das o le guardas? No, todo, todo el sobrecito en su momento, todo, porque después, ya dicen que coge otro saborcito” (P1Cuidadora Principal Usaria SAF2)

➤ **REGIÓN UCAYALI**

En cuanto al tiempo recomendado para consumir la comida mezclada con el MMN, tanto la AT como la AC, se maneja la consigna de terminarlo rápidamente, *“para que no se vaya las vitaminas”* (U2 **Acompañante Comunitario SAF**) (es decir, la rapidez del consumo, no se encontraría relacionada con la emergencia del sabor, al transcurrir el tiempo). El personal de salud no precisa dicha información en términos de tiempo, sino que el consumo de la mezcla debe darse de inmediato y ser lo primero que consuma el niño.

(4) **Dosis y Frecuencia**

(a) **Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno**

➤ **REGIÓN HUANCARELICA**

El personal de salud afirma que un sobre completo del MMN debe ser consumido diariamente. Lo mismo, que la dosis diaria es de un sobrecito, se señala entre los ACS vinculados al EESS, el personal local de la UT-PNCM, las MCCC, los miembros de CG y CV,

“Diario (...) les entregan para que consuman a diario los niños (...). Es un sobre entero” (H1Acompañante Técnico SCD)

“Un sobre (...) todos los días” (H1Madres Cuidadoras SCD2.1)

“¿...cada cuánto tiempo, le tiene que estar dando a su bebito la “Chispita”? (...) Te da pa’ un mes, los 30 sobrecitos te da pues señorita, diario pa’ darle señorita. Diario y por ejemplo del sobrecito, ¿cuánto se tiene que consumir? Un sobrecito, un sobrecito (...) Uno completo, sí” (H1Comité de Gestión SCD)

“¿Y cada cuánto tiempo, se tiene que estar comiendo las “Chispitas”? Su “Chispita” así viene un día, unito, un sobrecito comen, señorita. Un día es... Un sobrecito Un sobrecito, ¿pero se tienen que comer cuatro días, cinco días...? No, diario señorita, eso diario” (H2Comité de Gestión SCD)

“Viene 30 unidades, señorita. Y... cada sobrecito tienes que darle diario. Así, un sobrecito diario, señorita (...) Un sobrecito entero Sí, ajá. Todito, entero” (H1Consejo de Vigilancia SCD)

La gran mayoría de cuidadoras principales entrevistadas -usuarias y no usuarias- conoce que la administración del MMN consiste en un sobre diario.

“Diario tienen que tomar. ¿Cuántos sobres? Un sobrecito” (H2Cuidadora Principal no usuaria SCD1)

“...en dos cucharas le preparaba, uno cada día” (H2Cuidadora Principal Usuaría SCD1)

“Todos los días (...) o sea, un sobre diario. ¿Y le da todo el sobrecito? Sí, todo (...) todos los días, tienes que darle diario, porque esas son vitaminas que van a hacer bien para tu hijo”, a todas así nos dicen...” (H1Cuidadora Principal no usuaria SCD3)

Sin embargo, hallamos algunas disonancias, en cuanto a la dosis y administración adecuada del MMN (aunque se conoce la dosis y administración correcta). Por ejemplo, se ofrece en general, diariamente, un sobrecito completo -usualmente, se vierte el contenido total del sobre en una comida-; pero encontramos, igualmente, casos que distribuyen el contenido en varias comidas durante el día; o casos que dan menos de un sobre al día.

Por último, hallamos dos casos (entrevistas de salida) en donde no se logra determinar, claramente, cómo se ha comprendido la dosis a entregar. Una cuidadora principal señala que se le habría indicado dar *“cinco veces (...) al día”* el MMN (H2Cuidadora Principal SCD1); otro caso, indica que se da el MMN *“en la mañana y en la tarde”* (H2Cuidadora Principal SCD2).

➤ REGIÓN PIURA

La **dosis y frecuencia de consumo**, es de un sobrecito diario:

“...solamente una vez, no se le da varias veces, es una vez al día” (P2Comité de Gestión SCD)

“...consumen diario los niños” (P2Consejo de Vigilancia SCD1)

En lo que concierne a la **dosis**, se brinda un sobre completo y de forma diaria,

“Un sobrecito máximo le doy, todito se lo echo, un sobrecito” (P2Cuidadora Principal Usuaría SCD4)

“¿Cuántos sobrecitos al día le das? Es una sola vez. ¿Le das todo el sobrecito o guardas? No, todo” (P2Cuidadora Principal Usuaría SCD3)

“...es un sobrecito diario, que deben consumir...” (P2Cuidadora Principal Usuaría SCD1)

“...todos los días, eso es todos los días, 30 sobrecitos viene, que tienes que darle cada día” (P2Cuidadora Principal No usuaria SCD1)

“...todos los días, cada mes te dan (...). ¿Cuántos sobrecitos al día? Sólo uno” (P2Cuidadora Principal No Usuaría SCD2)

Sólo una cuidadora principal ha indicado que brindaba el sobre completo, pero de forma interdiaria; aunque anota que sabe que debía hacerlo diariamente: *“no todos los días de estarle dando, pero sí le daba” (P2Cuidadora Principal no usuaria SCD1).*

➤ REGIÓN UCAYALI

El manejo de este criterio, está planteado adecuadamente por la mayoría de entrevistados en esta categoría, es decir que tanto el personal de salud, el acompañante técnico, las madres cuidadoras de CCD, los miembros del comité de gestión y del consejo de vigilancia señalan que el consumo es de un sobre diario. Entre las cuidadoras principales usuarias y no usuarias, también se indica que el consumo es de un sobre diario; pero, también encontramos otras CPs, que señalan desconocer la periodicidad y dosis de consumo del MMN; o que lo agregan a la comida en dos partes durante el día (una, en el desayuno y en el almuerzo; y otra en la comida y en el refresco)

“...te dieron las Chispitas y ¿Qué te dijeron? Cómo darle las Chispitas (...) en seco y en limonada. En seco y en la limonada, ¿también le podías dar? Ujum (...) quiero que me expliques, cómo yo debería darle (...) Lo metes en dos, tres cucharadas de arroz o papa molidita, la mitad en un poco de limonada...” (U1Cuidadora Principal No usuaria SCD2)

Una cuidadora principal manifiesta que, cuando prepara sopa, mezcla el contenido de un sobre en todo el plato; pero, cuando elabora un *segundo*, separa una porción para la combinación.

En lo que respecta a la **dosificación**, ésta se administra de diversas maneras. Encontramos cuidadoras principales que utilizan un sobre completo en una sola comida; otras distribuyen el sobre

del MMN en dos preparaciones; algunas utilizan sólo *la mitad*. Y, en un caso, la cuidadora principal no agregaba *ni siquiera la mitad del sobre*; pues consideraba que era una dosis muy alta, dando la cantidad restante a su otro hijo (esta última entrevistada señala que la enfermera, del establecimiento de salud, le recomendó dar la mitad del sobre en la comida del niño; sin embargo, decide reducirla),

“...yo le mezclaba poquito, no lo que me indique la enfermera, sino poquito, porque es chiquito, es bebe. ¿Cómo le indicaba la enfermera? Ella decía, “mitad le das”, per mitad es mucho. ¿Mitad de qué? Del sobrecito chiquito. Ah ya, ella decía que le dé la mitad del sobre, pero a usted le parecía mucho. A mí me parecía mucho” (U1Cuidadora Principal Usuaría SCD2.1)

En esta misma línea, se incluye a la madre que utilizaba sólo la mitad del contenido, dado que evaluaba que su niña no comía en gran cantidad. En la medida que observa una mayor ingesta de comida, en la actualidad, agrega el contenido del sobre completo (**U1Cuidadora Principal No Usuaría SCD3**)

Encontramos, igualmente, el caso de una cuidadora principal quién manifiesta fue informada de dar *tres veces al día* el MMN:

“...a mí me dijeron en desayuno, almuerzo y cena, tres veces al día (...) ¿un sobrecito cada vez? Sí” (U1Cuidadora Principal No Usuaría SCD1.3)

(b) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

➤ **REGIÓN HUANCARELICA**

Para el personal de salud y el personal local de la UT-PNCM, la dosificación y frecuencia de consumo es de un sobrecito de MMN diario. Es importante señalar que, algunos de los entrevistados, no tienen información precisa sobre el tiempo o período de suplementación:

“...lo que yo sé, es que el niño que recibe a los seis meses, tiene que ser en forma diaria, ¿no?, durante un mes y esto por un periodo de seis meses igual de corrido, o sea, de seis hasta un año, tendría que recibir así (...) y de ahí descansan, descansan también unos seis meses y dependiendo...le hacen una dosificación de hemoglobina, si no me equivoco y dependiendo de eso, creo que le dan...” (H1Acompañante Comunitaria SAF)

“...un sobrecito al día” (H1Acompañante técnica SAF)

“Todos los días, ese sobrecito tiene que consumir” (H2Acompañante Comunitaria SAF)

En el siguiente caso, si bien se señala que el consumo del MMN es de forma diaria; no se tiene certeza de la dosis requerida:

“¿Y la cantidad que tienen que comer de las “Chispitas”, del sobrecito, cuánto es? Bueno, ese aspecto, como tengo debilidad (...) por eso te decía, ¿la mitad podían verter o será todo?, esa debilidad. Entonces, al parecer creo, que es todo, no sé” (H2Acompañante Técnica SAF)

En lo que respecta a la **dosis y frecuencia**, entre las facilitadoras entrevistadas, se encuentra que afirman que se debe brindar un sobre del MMN diariamente:

“¿Y cada cuánto tiempo, tienen que estar comiendo sus “Chispitas”? Diario. ¿Y cuánto del sobrecito? Tú me contaste, que cuando son pequeñitos, se puede partir, ¿no? ¿Pero cuánto al día, tienen que tomar? Uno nomás pe” (H1Facilitadora SAF1)

“¿Y cada cuánto tiempo, tienen que estar ellos comiendo las “Chispitas”? Diario, unito, un sobrecito” (H2Facilitadora SAF2)

Por recomendación explícita del personal de salud, el contenido del sobre del MMN puede ser distribuido en varias tomas durante el día (siempre recalando que se trata de un sobre completo/día) en el caso de los niños o niñas muy pequeños:

“...un sobrecito, le separas en tres, pa’ que dar seis meses, no va terminar todo, ¿no? Y poquito, otro poquito y lo termina un sobre (...) De seis meses, hasta ocho meses. ¿Así le has enseñado? Ajá, de un año, ya tiene que comer, uno entero ya (...) ¿has enseñado que de seis a ocho meses, el

sobrecito entero, lo separe en tres? *En tres, pero ese sobrecito, tiene que terminar ese tres, un día nomás” ...“(a los bebés pequeños) no se le da, todo el sobrecito completo, en una comida, sino, en tres comiditas? Pero los bebitos, no acaban todo, dos cucharadas, no acaban seis meses, ¿no? (...). En poquito nomás, una cucharadita, mazamorrita, en eso, mitad de “Chispita”, le hago comer. Después más ratito, así cuando tiene hambrecita, otro Ya, le vuelves a dar. Ajá” (H1Facilitadora SAF1)*

A nivel de los CG y CV, se indica que la dosis diaria es de tres sobrecitos.

A nivel de las CPs, usuarias y no usuarias, si bien, en el siguiente caso se brinda el contenido del sobre en su totalidad, el criterio de separación en una porción no se sigue; afectando, por tanto, el consumo (esta situación corresponde a una madre usuaria, que resalta precisamente, el rechazo de su niño y la no continuidad de la práctica),

“Le he abierto y todito le he echado en ese segundo y le he movido bien y así, le he hecho comer y de ahí no quería comer y por eso, no le di” (H2Cuidadora Principal SAF2)

En general, la mayoría de entrevistadas - sean usuarias o no usuarias - señalan que se debe utilizar el sobre completo del MMN, diariamente. Sin embargo, hallamos un manejo inadecuado de información en ciertos casos, en los cuáles se manifiesta que se debería ofrecer *tres veces al día el MMN* (01 caso de **usuaria** y otro correspondiente a una **no usuaria**) y otro que indica que se brinda *cinco veces a la semana (usuaria)*.

“¿...le da todo el sobrecito? Sí, todo le doy, una vez echamos, ya no vale para guardar así” (H2Cuidadora Principal no Usuaria SAF3)

“...una le doy en cada día, en dos cucharadas” (H1Cuidadora Principal Usuaria SAF2.1)

“Diario en su comida, en segundito más que nada tienes que darle”, nos decía” (H2Cuidadora Principal UsuariaSAF1)

“Me dio 30 Chispitas en una caja, que le dé, una vez, todos los días” (H1Cuidadora Principal SAF1)

Una explicación que da cuenta del uso, de la dosis completa del MMN, lo constituye el hecho que podría *pasarse* (en el sentido de perder su efecto) una vez abierto el sobre:

“A veces cuando abres, ya se habrá pasado así” (H1Cuidadora Principal Usuaia SAF2.2)

Si bien se utiliza, en cada preparación, el sobre completo del MMN; la **frecuencia y regularidad** puede variar entre las cuidadoras principales (una de ellas, lo ofrece de manera interdiaria, correspondiendo al caso de una no usuaria),

“¿Y cada cuánto tiempo le estás dando el sobrecito? Un día sí, un día no (...). ¿Y cuántos sobrecitos le das al día? Uno” (H1Cuidadora Principal Usuaria SAF3)

➤ REGIÓN PIURA

En general, todos los actores señalan que se debe dar un sobre al día de MMN al niño.

En torno a la frecuencia de la administración, las cuidadoras principales conocen que ésta es *diaria y de un sobre al día*.

“¿Y le das una vez al día o cuántas veces? Una vez al día, bueno, así nos explicó la señorita, que una vez al día (...) también un solo sobre al día” (P1Cuidadora Principal Usuaria SAF2)

Sin embargo, en lo que concierne a la **dosis**, encontramos algunas imprecisiones; tanto entre usuarias como no usuarias. Se da cuenta de un caso crítico en que la cuidadora principal, no usuaria, informa que habría recibido como orientación - por parte del personal de salud - brindar *tres veces al día* el MMN. Habiendo procedido, en consonancia, su bebé enferma de diarreas; llevando a la no continuidad de la práctica:

*“...me dijeron que le de tres veces al día. **Tres veces le habían dicho.** Sí, en la mañana, a las doce y en la tarde (...) la enfermera así me dijo, pero yo le veía que le iba dando diarrea, por eso, yo le he dejado de dar, el último mes le dejé de dar y ya no le doy” (P1Cuidadora Principal No usuaria SAF1)*

Asimismo, una cuidadora principal, usuaria, señala que brindaba *dos veces al día* el MMN:

*“Cuando yo le daba (el MMN) dos veces al día nomás. **Dos veces al día, le dijo.** Así me dijo (el personal de salud) y yo así le daba...” (P1Cuidadora Principal Usuaria SAF1)*

➤ REGIÓN UCAYALI

La dosis y frecuencia de consumo del MMN es de un sobrecito diario según el personal de salud, el personal local de la UT-PNCM, las facilitadoras SAF, así como los miembros del CG y CV. Los ACS también coinciden en este punto.

La mayor parte de las CPs entrevistadas brindan un sobre completo, cada vez que se ofrece el MMN (en una sola comida). Sin embargo, encontramos otras que difieren. El siguiente caso es interesante y revela cómo, la cuidadora principal, ensayaba otras posibles rutas en cuanto a la dosificación del MMN. Así, por ejemplo, cuando inicia el consumo utilizaba sólo medio sobre en la preparación; a los siete meses, utilizaba el sobre completo, pero en dos tomas o preparaciones distintas. La madre indica que colocaba sólo medio sobre del MMN en la sopa pues, eventualmente, observaba que su niño no lo quería; guardando la otra mitad para ser agregada en mazamorras (preparación por la cual, mostraba agrado) y en “chapo” (preparación semi-líquida de plátano),

“A veces, cuando pongo en sopa, no quiere, por eso, le daba la mitad” (U2Cuidadora Principal Usuaria SAF2)

Por el contrario, otra cuidadora principal -no usuaria- señala que el personal de salud le indicó administrar el MMN en tres comidas durante el día:

“El enfermero te lo dio y ¿Qué te dijo? Tenía que meterle en la comida, cada vez que le da de comer (...) El enfermero le ha dicho que le dé hora del desayuno, almuerzo y cena, pero ella no le da, solamente, le da una vez nomás...” (U2Cuidadora principal No Usuaria SAF2)

Un caso que llama a desconcierto es el de esta cuidadora principal quién manifiesta que -el personal de salud- le habría comentado que si el niño no quiere recibir el MMN, no se lo ofrezca y espere hasta el día siguiente y vuelva a intentarlo. No queda muy claro si esta sugerencia lleva, a la cuidadora principal, a deducir que *el consumo* del MMN se realice cada vez que el niño lo desee recibir:

“¿...consultaste a alguien, le preguntaste al enfermero del P.S.? Sí. ¿Y qué te dijo? Me dijo, “si no lo quiere, no le das, a veces, pasado mañana, le das; de repente, no lo quiere comer tanto (...) ¿Y cada cuánto tiempo se deben tomar estas vitaminas? Cada cuando quieren” (U2Cuidadora Principal No usuaria SAF2)

(5) Cantidad en la que se prepara el MMN

(a) Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno

➤ REGIÓN HUANCARELICA

El personal de salud enfatiza que es necesario *separar una porción de la comida* y allí combinar el MMN (se hace particular hincapié en este criterio a las cuidadoras principales explicando que, de esa manera, se garantiza el consumo total del producto). Sin embargo, la cantidad de cucharitas recomendadas varía entre dos y tres.

“...de lo que has preparado tu papilla, separas dos cucharitas y en ese poquito nomás se prepara, no en todo el plato, sino en esas dos cucharitas” (...) para asegurarnos que terminen de comer” (H1Personal de Salud Cred SCD)

“Siempre se le dice a la mamá, que separe tres cucharaditas de la comida y que todo el sobrecito le eche...” (H2Personal de Salud Cred SCD)

Para la combinación, del MMN, los AT contactados señalan que se deben **separar dos cucharadas de la comida**; porción que debe terminar el niño o la niña antes de seguir con el resto de su plato. Esto mismo se menciona entre las MCCCDD entrevistadas, en tanto se sigue la indicación de **separar una porción de la comida**, para ahí combinar el MMN; será esta porción, la que debe terminar en primera instancia el niño o la niña:

“En un plato de segundo, con tres cucharadas lo envuelves y le das primero eso de comer al niño” (H1Madre Cuidadora CCD2.1)

“Yo preparo dos cucharadas separo ahí y bien mezcladito mezclo y después hago comer” (H2Madre Cuidadora CCD1.2)

“... del taper hay una tapita que le tapa, en esa tapita, normal le separo dos cucharitas (es decir, no se separa una porción en el mismo envase, sino se utiliza la tapa) y le hago terminar” (H1Madre Cuidadora CCD2.2)

Asimismo, para los ACS, es necesario revolver bien el MMN, en aproximadamente tres cucharas de comida. La medida de la porción, a separar, dependerá de la cantidad que come el niño o la niña, considerando también su edad:

“...son tres cucharadas, cuatro cucharadas, según que come, de seis meses, no come de un plato, entonces ellos comen de tres cucharas, puede separar en un plato, entonces eso nomás se mezcla. ¿Le echan en todo lo que sirven la Chispita? ¿si fuera de un añito? Siete u ocho cucharas, le separas y le resuelves (mezclar) se tiene que ver si termina ese plato, ver la capacidad (...) por grandecito qué tal, que no pueda acabar, entonces, en mitad se prepara su papilla, le resuelves y eso tiene que terminar” (H2Grupo Focal Agents Comunitarios de Salud SCD)

En general, los miembros del CG y CV, indican que saben que se suele **separar una porción** de la comida, o preparación realizada, en la cual se mezclará el MMN; se procede de esta manera con el objetivo de salvaguardar el consumo total del MMN:

“...cuando usted hacía la mazamorrilla, ¿en qué cantidad de la mazamorrilla, le echaba usted la “Chispita”? En dos cucharaditas, nada más (...) ¿Y por qué hacía solamente...? Porque si le vas a hacer bastante, no lo va a cumplir (...) yo quiero que todas las “Chispitas”, que come en esa poquita cantidad; si le voy a hacer en bastante, no va ser (...) esa mazamorrilla no va a acabar y ahí se queda la “Chispita” también señorita” (H1Comité de Gestión SCD)

“... en dos cucharadas nomás, señorita...también, no le puedes mezclar en todo, ¿no?. Porque, a veces, no quieren comer (...) en 2 cucharadas, le mezclas bien mezcladito y le das eso primero, señorita. Ya encima, ya los restos de la comida” (H1Consejo de Vigilancia SCD)

“...en su comida, en poquito nomás para que termine, tienes que separar y tienes que mezclar, señorita que acabe esa comida. ¿Y cuánto tienes que separar? Una cucharita...” (H2Consejo de Vigilancia SCD)

De modo consecuente, se prioriza el consumo de la porción combinada ofreciendo el resto de la comida, si así lo desea, el niño o la niña:

“...¿qué parte le da primero, la que no tiene o la que tiene? La que tiene “Chispita” nada más señorita, el resto ya, lo que no tiene (...) si quiere, se come también todo, más yo preferiría, que coma el que está con “Chispita” (H1Comité de Gestión SCD)

En lo que concierne al criterio de **separar una porción, en la cual combinar el MMN**, la mayoría de CP entrevistadas, procederían separando una porción de la comida (aproximadamente, entre dos a cuatro cucharadas) para su combinación con el MMN. Existiría, también, la práctica de separar la porción en un plato aparte; es decir, no apartando la comida en el mismo plato o recipiente. Este criterio constituye otro de los conocimientos más extendidos -y mejor afianzados- entre las cuidadoras principales:

“Para mezclar con Chispita, ¿cuánto separa? Tres cucharas a veces, a veces, dos nomás” (H2Cuidadora Principal Usaria SCD4.2)

“¿Cuánto calcula usted que le separa para darle su Chispita? En la mitad, la mitad de un plato normal. Pero con cucharas, ¿cuánto sería? Será pues, como cuatro cucharas (...) o sea, solamente,

en el segundo, en el arroz es aparte (...). ¿Y se termina toda la parte que está con la Chispita? Sí, todo se lo come” (H1Cuidadora Principal No Usuaría SCD3)

“¿Y en qué cantidad de la comida que le sirve a su bebito, le da la Chispita? En dos cucharaditas señorita, yo le saco, le separo aparte dos cucharadas de segundo y ahí le mezclo y después, ya su segundo continúa darlo ya, después” (H1Cuidadora Principal Usuaría SCD3)

“En tres cucharas le preparo (el MMN) eso tiene que terminar...” (H1Cuidadora Principal No usuaria SCD2)

“...nos ha dicho, vas a echar en tres cucharadas y cuatro cucharadas, en un plato apartecito (sic) la Chispita (...). Cuando termine, más le metes (se refiere a aumentar la comida ya sin mezclar)” (H2Cuidadora Principal Usuaría SCD4.1)

“Me ha dicho pues, dos cucharas sacas y metes con su comidita...” (H1Cuidadora Principal No usuaria SCD1)

Se daría prioridad al consumo de la porción combinada con el MMN, para luego proseguir con la comida no mezclada:

“¿Y de esas dos cucharas, que usted le mezcla las Chispitas, ¿se come todito? Sí, sí se come todo señorita. Cuando en ese rato, tiene un poco de hambre, entonces, come y todo (...) lo demás, segundo ya le doy, entonces, ya sobra eso (...) y si sobra, sobra ya. Pero sí come las dos cucharaditas. Sí, las dos sí se come, primerito hay que darle eso” (H1Cuidadora Principal Usuaría SCD3)

“Cuando tiene hambre come, le doy eso primero (porción de comida que se ha combinado con el MMN), aparte cuando termina, le sirvo” (H1Cuidadora Principal No usuaria SCD2)

“Y cuando lo prepara, ¿cuánto tiene que separar? Cuatro cucharadas (...). ¿Eso es nomás lo único que come o come después? No, otro más señorita (...). Bastante, tal vez aumenta, tal vez no. Cuando le separa esas cuatro cucharas, ¿eso le da primero o le da lo otro también? Eso lo que está con esas Chispitas pues. Primero le da, y después, si tiene más hambre, le da más. Sí señorita, aumentamos pues, cuando no quiere, no ya” (H2Cuidadora Principal Usuaría SCD4.1)

A pesar de constituir uno de los conocimientos mejor consolidados, encontramos casos en los cuáles no se seguiría dicha pauta, mezclándose el MMN **en toda la comida**; como el caso de esta madre entrevistada y que, además, lo haría por lo general en una preparación *aguada* (sopa). Al parecer, la orientación recibida por el personal, de *“mezclar en la comida”*, se comprende como mezclar en la totalidad; en ningún momento, a lo largo de la entrevista, se hace mención a las *“dos cucharadas”* que se suele mencionar, ya a modo de fórmula (reparemos que la entrevistada corresponde a la categoría de cuidadoras principales que brindan el MMN),

“Cuando le echa el sobrecito ¿en qué cantidad de comida le da? ¿En toda la comida, lo mezcla? ¿En toda la comida o solo una parte? No, no en una parte nomás, en todo. Y eso ¿alguien le dijo que hiciera eso o usted misma? No, la doctora me dijo. Así nos ha explicado, tienes que mezclarle en comidita” (H2Cuidadora Principal No Usuaría SCD3)

➤ REGIÓN PIURA

Tanto par el personal de salud como para el personal local de la UT-PNCM, en la combinación del MMN, se procede *separando una pequeña porción de la comida*. Se recomienda, explícitamente, dar de comer esta parte mezclada con prioridad para evitar la aparición del sabor; máximo, transcurridos aproximadamente cinco minutos después de la preparación. Por ello se orienta a la Madres Cuidadoras que la preparación y el consumo, de la porción con el MMN, sea consecutiva; es decir, no pasar a otro niño sin haber asegurado previamente que el anterior haya recibido a cabalidad el MMN:

“(respecto a las Madres Cuidadoras)...que no les apliquen al niño y que se vayan a aplicar a otro, no, lo aplican y les dan ellas sus dos cucharas, van a los otros, le aplican y le dan esas dos cucharas. Porque si lo dejan, los niños a veces cogen la carne, comen la carne, comen el arroz y van dejando eso y al final, cuando lo consumen tiene un sabor raro. Por el tiempo...tienen un sabor raro, no lo he probado pasado los cinco minutos, pero dicen que tiene un sabor raro...” (P2Acompañante técnico SCD)

Para proceder con la mezcla del MMN, las MCCCCD saben que es necesario *separar* una parte de la comida (se recomienda, aproximadamente, dos cucharas), siendo esta porción combinada prioritaria para el consumo; es decir, debe garantizarse que sea recibida en su totalidad:

“...se prepara en dos cucharitas de la papilla, tiene que ser rápido, porque cambia de sabor, se le disuelve, allí tiene que comerse esas dos cucharas, es importante que tiene que consumir las dos primeras cucharas” (P2Madre Cuidadora CCD2.1)

Lo mismo encontramos a nivel de lo que conocen los miembros del CG y CV entrevistados, que se procede *separando, una porción de comida*, para la combinación del MMN:

“...saquen dos cucharaditas. Y de ahí batirle las Chispitas y de ahí dárselo al niño y a ahí acabarle de dar” (P2Consejo de Vigilancia SCD1)

Entre las CPs, usuarias y no usuarias, encontramos que se sigue el criterio de ***no combinación en toda la comida, sino en una porción***, medida seguida tanto entre usuarias como no usuarias. Encontramos, en las siguientes citas, varios aspectos importantes; se comprende el sentido de la estrategia de separar, dado que de esa forma se asegura, con mayor probabilidad, que el niño o la niña recibirá la dosis requerida (como bien ilustra una de las madres entrevistadas, terminar la porción combinada, *“ahí vale”*).

“...en dos cucharaditas (...) aparte, no en toda la comida que va a comer, sino aparte” (P2Cuidadora Principal No Usuaría SCD2)

“...como ellas (personal de salud) nos explicaron que se lo das en dos cucharadas, bueno, yo le doy en dos cucharadas de comida y que se coma las dos cucharadas, ya ahí vale” (P2Cuidadora Principal Usuaría SCD3)

“...se le da en dos cucharaditas de menestras y se revuelve...” (P2 Cuidadora Principal Usuaría SCD1)

“Para las Chispitas, tiene que ser dos cucharadas nomás” (P2Cuidadora Principal SCD2)

“¿Y qué te dijeron cómo se tiene que preparar? Que teníamos que prepararlo en comida sólida, en dos cucharaditas, ni más ni menos” (P2 Cuidadora Principal No Usuaría SCD2)

En el siguiente caso - si bien no se precisa, con claridad, si el MMN se coloca en una porción o en toda la comida- se informa que el niño comería, casi en su totalidad, lo que se le sirve:

“...para poder darle su Chispita, como es un sobrecito, bueno, en su plato, se le echa la Chispita y luego comienza a comer (...) cuando le servimos el plato de comida, que le pertenece a él, casi se lo come todo” (P2 Cuidadora Principal No Usuaría SCD3)

➤ REGIÓN UCAYALI

Para el personal de salud, se ha de *separar una porción – aproximadamente dos o tres cucharas –* y en ella combinar el MMN; debiendo priorizarse, en primera instancia, el consumo de esta parte. Lo mismo se afirma entre el los AT, las MCCCCD, y los ACS.

“...primero los separo dos cucharitas de comida ahí, me encargo de que la comida este fría y abro el sobre y lo echo ahí en eso dos de comida lo echo ahí un sobre entero, todo el sobre (...). Y eso le doy de comer...” (U1Madre Cuidadora de CCD1)

“... primero, separo dos cucharitas de comida ahí, me encargo de que la comida este fría y abro el sobre y lo echo ahí en eso dos de comida, echo ahí un sobre entero, todo el sobre (...). Y eso le doy de comer” (U1Madre Cuidadora de CCD2.2)

“...nos explicaba (el personal de salud) que en dos cucharaditas nomás, le ponías eso y eso tratabas que acabe y si quería más, comía pues sola la comida” (U2Agente Comunitario de Salud SCD)

“Los nutricionistas les han dicho, que se debe colocar los MMN en dos cucharadas. La comida en la cual se mezcla debe estar tibia” (U1Grupo focal Agentes Comunitarios de Salud SCD)

“...solamente, tienes que separar dos cucharitas de comida espesa” (U2Grupo focal Agentes Comunitarios de Salud SCD)

Entre los miembros de CG y CV entrevistados, se indica que es necesario *separar una porción de la comida*, en la cual se agregará y mezclará el MMN. En base a la cantidad aproximada -que el niño o la niña usualmente consume- se separa una parte, garantizando de esta manera que se recibirá toda la dosis recomendada del MMN. Como ilustra con gracia esta entrevistada, *“hasta el niño que es más ocioso”* come la cantidad que se ha separado:

*“...según la porción también ¿no? (...) por decir, el bebe come ocho cucharadas, en las ocho cucharadas no le vas a echar toda la Chispa, tú tienes que echar una porción más o menos, que sean dos cucharadas que coma el bebe, porque si no, ya todos esos nutrientes, a veces, ¿qué tal no lo termina esas ocho cucharadas? (...) **¿y en cuánto tiempo puede consumir esas dos cucharadas?** Ah eso pues, son dos cucharitas, hasta el niño que es más ocioso lo come” (U1Consejo de Vigilancia SCD)*

“...de lo que tú le sirves normalmente, el bebe no termina todo ¿no? entonces, en sus primeras cucharadas (...) en lo que sabes que va ir comiendo primero ¿no? le pones tu sobrecito ¿no? entero, de ahí le vas dando, si ya sobra pues (...) ya no sobra con vitamina...” (U2Consejo de vigilancia SCD)

“...lo que nos explicaron en la Posta, es que le preparemos, por decir, el plato de comida del niño (...) un plato lo dividamos en cuatro, en un cuarto de esa comida, le debemos dar. Y eso para que el niño coma. ¿Por qué nos dicen así?, porque muchos niños le van a probar el sabor, si le preparamos en toda la comida, de repente, el niño no va a querer comer, y por eso le preparamos en un cuarto de comida” (U2Comité de GestiónSCD)

La mayoría de cuidadoras principales – usuarias y no usuarias -**separa una porción de la preparación**, para luego mezclarla con el MMN:

“...en dos cucharitas de comida disuelves...” (U1 Cuidadora Principal Usuaría SCD1)

“...en un poquitito le mezclas y ahí bien mezcladito, le das” (U1 Cuidadora Principal Usuaría SCD4.1)

“Me dijo que separe un poco la comida, la mitacita nomás, de ahí se lo mezcla un tanto nomás, y eso lo tiene que comer, de ahí que lo coma, ya el resto, sin echarle nada” (U2 Cuidadora Principal No Usuaría SCD2)

(b) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

➤ **REGIÓN HUANCARELICA**

Se tienen claro, en el personal de salud y el personal local de la UT-PNCM que, para proceder, con la combinación del MMN, es necesario *separar una porción* en base a la cantidad que suele comer el niño o la niña (esta orientación, sobre la porción que se separa para combinar el MMN, se estima en función de la cantidad que usualmente come el niño; esto es importante, pues ayuda a ajustarse a la edad del niño y considerar, con mayor flexibilidad, la indicación general de separar *dos cucharas*)

“...por ejemplo, el niño consume cinco cucharas, esa es su ración normal; pero para el caso de la “Chispita”, de esas cinco cucharas, había que separar dos cucharas, entonces, en esas dos cucharas, se prepara lo que es la “Chispita” y se da al niño ¿no?” (H1Acompañante Comunitario SAF)

“Las Chispitas, se prepara dos cucharitas en una comida sólida, como digo separándole unas dos cucharitas de comida mezclarlo, todo el sobrecito y que lo consuma todo” (H1Acompañante Técnico SAF)

“...en dos cucharaditas, todo el sobrecito disolverlo y darle” (H2Acompañante Comunitario SAF)

Sin embargo, uno de los AT señala que la combinación del MMN debería realizarse en toda la comida:

“...me has dicho que las mamás, a veces, separan un poco y echan, ¿no?, ¿y siempre lo hacen, separando la comida, o sea, separan un poquito de comida o lo combinan así en todo? ¿Cómo es lo que recomendarías hacer? Se debería preparar todo ¿En todo? O sea, que el sobrecito, se eche en toda la comida y se combine Ajá” (H2Acompañante Técnico SAF)

Será la porción, combinada con el MMN, la primera en ser consumida:

“...lo primero que hay que darle al niño, la preparación de las dos cucharas con la “Chispita”, entonces, si el niño requiere más comida, se le da lo que está restando, ¿no? pero hay que priorizar lo que está preparado” (H1Acompañante Comunitario SAF)

Para las facilitadoras SAF, el MMN se combina, en una **porción de comida**, que debe terminar el niño o la niña:

“... en segundo, le separas en un platito, dos cucharitas...y le echas un sobrecito” (H1Facilitadoras SAF1)

“...enseñamos, “así vas a preparar, en dos cucharaditas, un sobre vas a echar en la comida y ahí le vas hacer comer”, así le decimos, señorita (...) y eso debe terminar el niño” (H1Facilitadoras SAF2)

“Un poquito nada más, cuando esté teniendo hambre el niño, en tres cucharaditas nada más, con sus “Chispitas” se lo come todo, después, como complemento, ya que le aumente, si quiere más comida, ya que lo comió ya sus “Chispitas”, ya que los últimos, que coma aunque sea sin “Chispitas” nomás ya (...). Pero ya comió ya sus “Chispitas” ¿no? en tres cucharadas” (H2Facilitadoras SAF2)

Según los ACS, se colocará el sobrecito del MMN en una porción de la comida (dos cucharitas) y se mezclará.

A nivel de todas las CP entrevistadas, para agregar el MMN, **se separa una porción de comida** (entre una y cuatro cucharadas). Las cuidadoras principales colocan particular celo en la aplicación de este criterio, dado que de esa forma aseguran el consumo efectivo del MMN, pues priorizan que el niño o la niña terminen dicha porción; procediendo, luego, con la comida restante:

“¿Con cuántas cucharitas le mezclabas? Con dos cucharas. ¿Y esas dos cucharas, se las comía todito? Ajá, después ya sus comidas otras” (H1 Cuidadora Principal No Usuaría SAF1)

“...en dos cucharadas de segundo, le meto un sobrecito” (H1 Cuidadora Principal Usuaría SAF2.1)

“...le separo una cucharadita en otro platito y ahicito lo mezclo una cucharita, porque si no, no quiere comer a veces (...). La enfermera me dijo, si no quiere comer, sepáralo aparte en una cucharita y eso ya lo haces terminar” (H2 Cuidadora Principal Usuaría SAF3)

“Un sobrecito, vas a meter separando, una cucharadita vas a separar” me ha dicho” (H1 Cuidadora Principal Usuaría SAF2.3)

➤ REGIÓN PIURA

Del mismo modo a lo encontrado en otros lugares, el personal de salud y el personal local de la UT-PNCM, mencionan que deben **separarse** dos cucharas para mezclar el sobre completo del MMN. Se precisa que el MMN se combina en las dos primeras cucharas que se ofrecerán al niño o a la niña, para que pueda ser realmente aprovechado.

Coincidentemente, las *Facilitadoras* señalan que el MMN debe prepararse *separando dos cucharitas*, es decir, una parte de la comida. Si se combinara, en toda la comida, se correría el riesgo que el niño o la niña no la termine, desaprovechando de esta forma el MMN. A nivel de los miembros del CG y CV entrevistados, se ha de *separar dos cucharitas* de la preparación para garantizar que -el niño o la niña- comerá la totalidad del MMN:

“...que le den en dos cucharaditas de papilla y eso se lo comen pues todo. Pero si se lo hace, en un plato llenito, no se lo va a acabar, no se acaban nada, con dos cucharaditas basta, y eso es para que coman y pasen las Chispitas” (P1EPCGSF)

Para las CPs, usuarias y no usuarias, resulta claro que se tiene para mezclar el MMN **se separa una porción de la comida** (entre dos a cuatro cucharadas); la razón de proceder de tal forma, obedecería a la necesidad de garantizar el consumo a cabalidad del MMN:

*“Tres cucharaditas mezcladas y de ahí, pasarán tres, cinco minutos y de ahí, vuelve a comer de nuevo. **Ya le da su misma comida.** Sí, ahí bastantito come (...) hay algunos que le hacen capaz bastante y no lo van a comer, más que se lo van a mezclar todito y no se lo come todito” (P1 Cuidadora Principal No Usuaría SAF3)*

“...ya yo le saco su medida de tres o cuatro cucharaditas, normal se lo come, no mucho. Después, ya si quiere más, le doy aparte ya” (P1 Cuidadora Principal Usuaría SAF3)

“...yo le preparaba en un poquito, como en dos cucharaditas, para que él me coma todo y le disolvía ahí...” (P1 Cuidadora Principal No Usuaría SAF2)

“En un poquito para que coma, en ese poquito que me dijeron que se lo dé; porque si yo le batía, en toda su papilla que iba a comer, de repente, ya no quería comer...” (P1 Cuidadora Principal Usuaría SAF1)

➤ REGIÓN UCAYALI

Para el personal de salud y el personal local del UT-PNCM (AT y AC), es necesario *separar* una parte y, en ella, combinar el sobrecito; será esta porción la que se consumirá en primer lugar.

EL miembro del CG afirma que se debe separar en un parte, pero no precisa el número de cucharadas. Por su parte, la información que maneja el miembro del CV, resulta inadecuada e incompleta. Señala que el MMN se mezclaría en *toda la comida*, es decir, no se procede *separando una porción*:

*“Bueno eso se le agrega al plato servido así **¿Y se mezcla con todo el platito? Con todo sí**” (U2 Consejo de Vigilancia SAF)*

Algunas de las cuidadoras principales *separan* una porción (*“un poquito de comida”*) de la preparación en que combinarán el MMN; priorizando, en primer lugar, el consumo de la comida combinada (a diferencia de las otras dos Regiones estudiadas, no se hace mención explícita de *separar una cantidad específica de cucharas*),

“...para ese chiquitito, le pones un platito, le echas un poquito de sopita, le mezclas y eso mezclas en sobrecito” (U2 Cuidadora Principal Usuaría SAF3.2)

*“**¿le da todo (comida no combinada) o primero el poquito en que echó? Primero el poquito (...) si esto tiene acá su vitamina y acá la comida que no tiene vitamina, ¿con cuál debería comer su niño primero? La que tiene vitamina, después el de allá**” (U2 Cuidadora Principal Usuaría SAF1)*

*“**¿Qué te ha dicho sobre prepararlo? Que le dé a un lado Chispita y a otro lado no (...) o sea, del platito, un lado con la Chispita, le mezclas. La mitad dice**” (U2 Cuidadora Principal Usuaría SAF2)*

No obstante, encontramos casos en los cuáles el MMN se combina en *toda la comida*,

*“Un sobre completo, todo, porque hay poquito. **Ah ya, poquito nomás viene, le echo todito, ¿en cuánto de comida? En un plato chiquito ¿Cuántas cucharadas serán? Cinco cucharadas (...) mezcla ahí nomás (...) ¿En toda la comida, en las cinco cucharadas, le revuelvo todo esto? Sí**” (U2 Cuidadora Principal No Usuaría SAF2)*

C) EFECTOS SECUNDARIOS QUE PODRÍAN PRESENTARSE

El establecimiento de posibles *efectos secundarios*, a propósito del consumo del MMN, tiene como sustento la referencia o información que se brinda en contextos de capacitación; organizados ya sea por el PNCM, como por el personal de salud. Se nutre, igualmente, de la experiencia directa o de los comentarios que las cuidadoras principales formulan sobre reacciones atribuidas al MMN. Son precisamente estos malestares o reacciones negativas las que desalientan el consumo del MMN; siendo vital examinar qué conocen los diversos actores sobre tales efectos y su tratamiento. Adicionalmente, es importante advertir que los comentarios sobre tales malestares se extienden, entre la población, aumentando la suspicacia y el temor respecto al MMN.

El desconocimiento de los posibles efectos que podrían presentarse con el consumo del MMN y, más aún, cómo proceder en caso se presentaran, constituye una constante que atraviesa al conjunto de casos y Regiones. Esta información, sin embargo, resulta crucial para el consumo. Son precisamente algunas manifestaciones – en específico, diarreas – las que desalientan proseguir con la práctica, tal como el análisis de los casos de consumo y aceptabilidad muestran.

En términos generales, tanto usuarias como no usuarias, no han recibido información explícita sobre posibles eventos adversos del MMN. Cuando el personal de salud ha brindado algún tipo de orientación -sobre todo, cómo tratar tales reacciones-, aquella no siempre resulta acertada. Sin embargo, cuando la cuidadora principal es previamente advertida de la aparición de efectos probables, éstos se asumen como parte de un proceso de adaptación; disminuyendo, de este modo, los riesgos de suspender la suplementación.

Los *efectos atribuidos*, han sido referidos, usualmente, por conocidos del entorno o constituyen comentarios que suelen ser escuchados de otras cuidadoras principales; pueden, igualmente, representar hipótesis de las propias cuidadoras principales.

Se descartan eventos adversos, asociados al MMN, en aquellos casos en donde la cuidadora principal -en base a su propia experiencia - no ha tenido mayores problemas con el consumo; lo cual le permite relativizar comentarios que atribuyen al MMN, principalmente, episodios de diarrea; afirmando que no creen que el MMN pudiera causar algún tipo de malestar o daño.

(a) **Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno**

➤ **REGIÓN HUANCAMELICA**

El Personal de salud entrevistado, que labora en el CRED, señala que -según el reporte de las cuidadoras principales- algunos niños o niñas padecerían de náuseas y diarreas producidos por el consumo del MMN. Sin embargo, desde su perspectiva, dicha vinculación sería inadecuada; pues explica que la presencia de diarreas estaría asociada, principalmente, con las prácticas de higiene. En el caso de náuseas, se indica a la cuidadora principal que no se fuerce al niño y que se le brinde la comida sin el MMN, para luego retomar el consumo; en ningún momento se recomienda suspender la suplementación.

Por otro lado, otro personal de salud de CRED desconoce si, asociados al consumo del MMN, existen efectos secundarios; asimismo, no ha recibido comentarios o información directa de la cuidadora principal, señalando algún tipo de malestar en el niño o la niña. Piensa, en todo caso, que la combinación del MMN con otros alimentos podría ocasionar flatulencia o que, al tratarse de algo nuevo, el organismo precisaría adaptarse.

Por su parte, una ACS señala -según experiencia directa- que a su niña el consumo del MMN le provocó vómitos y diarrea. En el establecimiento de salud, al que acude, se le informa de la probabilidad que una, entre cien personas, puede ser afectada por el consumo del MMN; se le recomienda suspender el MMN.

Por el lado del personal local del PNCM, no se identificaría ninguna reacción no deseada, asociada al consumo del MMN. Sin embargo, saben que las cuidadoras principales expresan su preocupación por la presencia de estreñimiento en sus hijos o hijas; reconociéndose que, en algunos casos, es posible tal reacción. Ante tales casos, se recomienda administrar más líquido. Se alienta, asimismo, a no desistir del consumo explicando que el organismo, del niño y de la niña, se irá adaptando progresivamente al MMN.

De modo análogo, para los miembros del Comité de Gestión y del Consejo de Vigilancia, no existiría ningún efecto negativo derivado del consumo del MMN. Si bien se tiene referencia, por otras cuidadoras principales, que el MMN ocasionaría diarreas en los niños, se pone en duda dicha atribución; dirigiendo las causas de tal condición a las malas prácticas de higiene en la preparación de los alimentos. Asimismo, en base a su experiencia como cuidadora principal, una miembro de CG, comenta que su niña padecía de estreñimiento al iniciarse el consumo; frente a lo cual, administraba líquidos (principalmente, jugo de naranja) no descontinuo la suplementación en ningún momento.

El consumo del MMN, para las madres cuidadoras, no ocasionaría ningún malestar o efecto no deseado; o en todo caso se desconoce si existen efectos secundarios provocados por el MMN

“No le va a hacer nada, normal” (H1Madre Cuidadora de CCD1.2)

Si bien las cuidadoras principales refieren que el MMN hace daño a sus hijos, pues les provocaría diarreas, una Madre Cuidadora señala que a lo largo de su práctica de consumo en el CCD, no se ha presentado ninguna incidencia negativa; por lo cual, tiende a rebatir tales comentarios.

En general, la mayoría de las CP entrevistadas, usuarias o no usuarias, no maneja información específica sobre posibles reacciones adversas:

“¿Y le dijeron, qué efectos podría presentarse, si comía la Chispita? No, eso sí no nos han dicho” (H1EPFNUCD3)

“¿Y le han dicho o mencionado algunos efectos que puede producir, cuando los niños comienzan a consumir las Chispitas? No señorita” (H1EPFUSCD3)

“¿Le dijeron si le podía pasar algo a su niña, si consumía Chispitas? No, nunca me dijeron” (H2EPFNUCD2)

No obstante, una de las CP entrevistadas, explica que es poco probable que se presente alguna reacción, a partir del consumo del MMN, pues considera que su bebé ya se *ha acostumbrado*, dado que lleva recibéndolo desde los seis meses.

“¿Y qué le puede pasar a un bebito por comer Chispitas? Pero como ya saben, de seis meses le haces comer y ya está acostumbrado (...) ya no le hace nada ya” (H2 Cuidadora Principal Usuaría SCD4.2)

Por experiencia y otras referencias (no del personal de salud) se sabe que, al inicio, el bebé puede padecer de diarrea; o presentarse, igualmente, fiebre y otros malestares (no especificados)

“Usted mencionaba que a su bebita, al inicio le dio diarrea...¿qué otros problemas se podrían presentar al darle a los niños Chispitas? Fiebre también...otro malestar también. ¿Cómo qué otro malestar? Bueno, no podría especificar” (H1 Cuidadora Principal SCD1)

Otra cuidadora principal sostiene que, según su práctica de consumo, no cree que el MMN pueda causar algún tipo de “daño”, pues no ha tenido mayores problemas con su niño:

“¿cree que el consumo, cuando da las Chispitas, puede causar daño? No. Usted me decía que otras mamás (dicen) les hace daño. Pero nunca le hace daño, siempre le doy” (H1 Cuidadora Principal SCD2)

El siguiente testimonio, descartaría cualquier posible reacción adversa, pues el MMN se identifica como un producto intrínsecamente beneficioso, dado que “es para la anemia”:

“¿Qué le puede pasar a un niño, por comer Chispitas? No creo que le pase nada, porque eso es para la anemia y no creo que le haga mal (...) no he escuchado nada que le hace daño...” (H1 Cuidadora Principal Usuaría SCD3; subrayado nuestro)

Escasos constituyen los casos en los cuáles se brinda información específica sobre posibles efectos no deseados. Esta cuidadora principal comunica que, el personal de salud, le advirtió que las heces podrían tener coloración oscura, tal como ocurrió con su niño. Refiere comentarios que afirman que el consumo produciría diarrea, pero no ha correspondido a su experiencia:

“¿Le han informado si tiene efectos secundarios? ¿si le puede hacer daño a su hijo? No, pero algunas personas, dicen que le da diarrea, pero a mi niño, no le ha dado diarrea, sólo le he visto las heces negras (...) pero ya me había comentado la señorita, “tal vez así va a ser” (H1 Cuidadora Principal Usuaría SCD2)

Otra entrevistada manifiesta que el enfermero le habría advertido que no se preocupara si se presentara alguna reacción (no se enuncia cuál), afirmando el carácter beneficioso del MMN, *“no hace nada estas Chispitas”*, recomendando no se suspenda la práctica de consumo.

➤ REGIÓN PIURA

Entre el personal de salud, se señala que el consumo del MMN podría causar *diarreas*, así como *estreñimiento*. Respecto a la diarrea, se hizo seguimiento particular de un caso, en el que se pudo comprobar que tras suspender el MMN, hubo evidente mejoría. En la actualidad, se viene utilizando el Sulfato Ferroso, informando la cuidadora principal que no se ha presentado ningún episodio negativo. En lo que concierne al estreñimiento, se explica a las cuidadoras principales que las heces tendrán una coloración oscura; y que deben ofrecer, agua y jugos, para evitar tal condición. Es importante subrayar que -la explicación que se brinda- tranquiliza y da seguridad a las cuidadoras principales:

“...las mamás...si no les explicas, ellas te vienen al otro día, “señorita, mi hijito está haciendo sangre”, “no es por eso, es porque la Chispa produce eso. La caquita se pone marroncita. Entonces, cuando se les entrega las Chispas, yo me demoro, más o menos, una hora aquí para explicarles y recontrá explicarles (...) porque se van a estreñir también. Y ¿qué deben hacer? Consumir bastante agua... y darles jugos a los bebés, para evitar que se estriñan (...) ¿Y qué dicen las madres, se van más tranquilas? (...) Dicen “ah ya, señorita, yo pensaba que era por esto, por esto, por esto...”, pero de ahí ya no, ya ni me preguntan, porque ya saben... “vengo a recoger las Chispitas”, te dicen” (P1Personal de Salud CRED SCD)

Mientras que, para los agentes comunitarios de salud, los eventos negativos asociados al MMN - referidos por las cuidadoras principales - serían, con claridad, el estreñimiento y las diarreas; llevando a las CPs a rechazar la suplementación. Según esta información, sólo se alude al carácter temporal del estreñimiento, no agregándose nada sobre el curso de las diarreas; asimismo, no conocemos qué acciones se recomiendan realizar para su tratamiento:

“(las cuidadoras principales refieren) “ Yo no le doy porque a veces se estriñe”; otra, “yo no le doy porque tiene diarrea” o “yo no le doy, ¿para qué le voy a echar a la comida, si es un polvo que le vaya a hacer daño?” (...) mayormente (...) no me han dicho que hay vómitos sino más estreñimiento, un ratito. Más hay estreñimiento o diarrea” (P2Agente Comunitario de SaludSCD2)

“...lo que más utilizan (se refiere a las CCPP) “yo no le voy a dar a mi hijo, porque le vaya hacer mal” (...) ¿Qué tipo de males creen que puede generar? A veces dicen “no... vayan a estar mal del estómago, o les pueda caer algo mal...en el organismo” ¿Y entre quiénes se dan estas dudas? Entre las mamás que a veces, como le digo, no están bien orientadas” (P2Agente Comunitario de Salud SCD2)

En este último testimonio, se destaca la importancia que adquiere recibir orientación sobre los posibles efectos esperados, su interpretación y su tratamiento.

Por su parte, el Acompañante Comunitario, señala que el posible efecto negativo derivado del consumo del MMN, podría manifestarse en *diarreas*. Se orientó, en la capacitación recibida, que si éstas -o cualquier otro malestar- se presentaran, las cuidadoras principales debían acudir al establecimiento de salud en busca de tratamiento y orientación.

A su vez, la experiencia del miembro del CG, ilustra la importancia que el conjunto de participantes del Programa conozcan información relevante sobre el MMN. Situados muchas veces como referentes, para las cuidadoras principales y la población en general, se les plantean dudas o transmiten comentarios que requieren ser absueltos claramente. En este caso, la entrevistada, al ser interrogada -por una cuidadora principal, no usuaria, de si en el CCD los niños habrían presentado algún tipo de reacción no deseada- responde que hasta el momento no se habría registrado ninguna incidencia (hecho que revela el desconocimiento de información sobre efectos secundarios, vinculados al consumo del MMN)

“...dicen que vomitaron los niños, a veces no les cae bien y las mamás por ese miedo, que les cae mal, lo suspenden, ya no quieren que les den o sea lo reciben y lo botarán ¿no?” (P2Comité de Gestión SCD)

“...hay niños que les cae mal, que incluso les han suspendido, porque dicen que las Chispitas le cayó mal, que le agarró vómito algo así, no sé si usted ha escuchado ese comentario (...) ¿De quién, de los mismos de acá (se refiere a los participantes del CCD)? No, de los mismos de acá, no (...) aparte, de otro lado, de las mamás que reciben micronutrientes (...) o sea, me dijeron “oye, acá (en el CCD) si le dan las Chispitas”, Marle me dijo “¿acá le dan las Chispitas?”, “sí” le digo, pero “¿acá a nadie le ha caído mal?”, “bueno, hasta ahora no te puedo decir, si les ha caído mal, porque no he encontrado ningún comentario” (P2Comité de Gestión SCD)

Por su parte, el miembro del CV, apunta que ha sido informado de que el consumo del MMN podría producir vómitos y problemas estomacales, pues algunos niños no lo tolerarían; por lo tanto, siendo necesario evaluar si se logra la *aceptación del estómago*. Frente a este tipo de reacciones, se suspendería temporalmente el MMN; retomándose la suplementación una vez, y previamente, evaluada la respuesta del niño o de la niña al mejorar los síntomas. Si las reacciones persistieran, no se proseguiría con el consumo del MMN:

*“Ahí no nos dijeron que de repente, les causa vómitos, problemas estomacales; pero esas son cositas, que el niño como no está, no está apto para eso, le puede ser dañino. **Le puede chocar un poquito.** Sí. **¿Y qué se hace en esos casos, cuando se da ese problemita al estómago ¿Qué se puede hacer?** Bueno, a veces en eso, se deja de consumir, el niño deja de consumir los micronutrientes. Y de ahí bueno, mientras se mejore. De ahí, vuelta a tratar de ver, si le acepta el estómago. Tratar si es que el niño puede consumir. Pero si es que sigue con ese caso, se le suspende” (P2EPCVSCD1)*

Estos entrevistados van a confrontar los comentarios y casos de reacciones negativas -que circulan entre las cuidadoras principales y la ausencia de los mismos- en el marco de los Centros de Cuidado Diurno:

“...hay muchos niños que no (tienen ningún tipo de reacción negativa) hasta ahora, no se han presentado en el local, de que haya un efecto, así mayor fuerte, para poder llevarlo al C.S., que por el motivo de las Chispitas se intoxicó y hacerle mal comentario ¿no?” (P2Comité de Gestión SCD)

“...dicen que ya aguanta, con las primeras dos cucharadas, le daba en vómito, dicen que el niño lo vomitaba (...) Yo le digo, “pero si eso no hace” (...) “sí” me dice, “ya le ha cogido asco, no quiere, no quiere, ya por eso no le doy” (...) pero acá en el Programa Cuna Más, yo veo que no, no les agarra eso del vómito” (P2Consejero de Vigilancia SCD1)

Entre las madres cuidadoras, una manifiesta que al inicio del consumo se presentarán algunas reacciones; dado que se trataría de un producto, nuevo, que se agrega a la dieta del niño o de la niña:

“...yo pienso que al principio, sí le va a chocar, porque no ha consumido y trataría de seguirle dando...” (P2Madres Cuidadoras SCD2.1)

A nivel de las cuidadoras principales entrevistadas, encontramos algunas que no tienen mayor conocimiento sobre posibles reacciones:

“¿Y te informaron sobre algún efecto que tenía? ...no recuerdo la verdad” (P2Cuidadora Principal No Usuaría SCD1)

“¿No te dijo la enfermera de algún efecto, que le pudiera dar, cuando empezara a comer su Chispita? No” (P2 Cuidadora Principal Usuaría SCD4)

Para otras, - si bien no ha recibido información específica – se pone en duda que puedan presentarse efectos contraproducentes; pues su propia experiencia de consumo le indica lo contrario (“a mi hija no le ha caído mal”). Ha escuchado, sin embargo, comentarios que el MMN “*haría daño*” y produciría diarreas; sin embargo, piensa que tal condición puede deberse a otras causas y no al MMN (es evidente que el comentario se relativiza, en función de su experiencia),

*“¿Les explicaron de algunos efectos secundarios (...) algún malestar que pueda ocasionar las Chispitas? No, eso no (...) porque a mi hija no le ha caído mal (...) sí he escuchado a algunos, pero raro será (...). **¿Y qué tipo de malestar ha ocasionado en otros niños, que tú has escuchado?** Que les hacía daño, pero a una chica le escuché; pero yo digo, a veces, no es eso, porque les dan ese día y ya, de repente, fue otra cosa que le dieron y les cayó mal. **¿Qué le dio? ¿de qué manera se sintió mal?** Así como diarrea”(P2 Cuidadora Principal Usuaría SCD3)*

Por el contrario, otra cuidadora principal recibió información explícita de las probables reacciones que podrían presentarse, asociados al consumo, específicamente estreñimiento y diarrea. En el caso de su niña, padeció de estreñimiento durante tres días; pero por recomendación del personal de salud, “le ayudaba” con jugo de naranja, llegando a desaparecer el problema:

*“Cuando ella recién empezó (...) me dijeron que de aquí, iba a tener estreñimiento o a veces, simplemente, les causaba una diarrea, pero en Z, sí tuvo tres días que empezó con estreñimiento, pero de ahí, tanto que yo le iba ayudando, le pasó, empezó con la rutina normal(...). Y ya, hasta el día de hoy que no, no le da ningún problema, al comer sus Chispitas. **O sea, estuvo unos tres días con estreñimiento y de ahí ya le pasó.** Sí, claro, de ahí siguiendo con lo que me dijo el doctor, que le siga yo dando su juguito de naranja, ya le iba a pasar” (P2 Cuidadora Principal Usuaría SCD1)*

En otros dos casos, se ha recibido información sobre probable coloración oscura de las heces, “por el hierro”, lo cual debía interpretarse como algo esperado y normal:

“¿No te dijeron nada de que podría tener algún efecto imprevisto (...)? No, nada más que en su defecación, iba a ser negro, por el hierro” (P2 Cuidadora Principal Usuaría SCD2)

“¿Qué le puede pasar a tu niño por comer Chispitas? ¿te han dicho algo al respecto? Sí, dicen que se puede estreñir, a veces, sus heces pueden ser negras, que no nos preocupemos, porque era de las Chispitas que estaban consumiendo” (P2 Cuidadora Principal No Usuaría SCD2)

➤ REGIÓN UCAYALI

Las posibles reacciones negativas, para el personal de salud, serían *diarreas* -con mayor frecuencia- y *estreñimiento* en menor medida; según literatura revisada por la entrevistada y referencia de las cuidadoras principales. Estas reacciones se convierten en las principales razones de rechazo, al consumo del MMN, que formulan las cuidadoras principales y que suelen plantearse con frecuencia -según experiencia de la entrevistada - luego del primer mes de iniciada la suplementación:

“¿Qué consecuencias o efectos colaterales puede traer el consumo de los multi? Según la bibliografía y lo que dicen las mamás, cuentan más que son deposiciones líquidas; pocos casos son estreñimiento, mayormente, esos dos (...). Como le comentaba, al inicio (...) lo aceptan bien, pero después, como le estaba explicando (...) “que no quiere comer el niño”, “que le cambia el sabor a la comida”, “que le afloja el estómago” (...) algunos que le estriñe...” (U2EPersonal de salud CRED SCD)

Dadas estas razones de rechazo y discontinuidad del consumo, se señala la importancia vital de advertir la presentación de algunos efectos como, por ejemplo, coloración oscura de heces y deposiciones “*más pastosas, más líquidas*”; considerados, no obstante, normales; y recomendándose no suspender la ingesta diaria del MMN. La única indicación para suspender *temporalmente* el consumo es si -el niño o la niña- presentara tos o algún problema de salud.

“¿Sabe qué señora? le vas a agregar su MMN, pero debo advertirte, que puede ser que las heces del niño, no es que puede, sí se va a presentar un poco más negruzca, puede hacerse un poquito más pastosa, más líquida, si son reacciones normales. Y eso (el MMN) tienes que echarle constantemente, de manera diaria en su alimento, no tienes que dejar de darle por ningún motivo. Si sabe que el niño se encuentra enfermito, solo en esas ocasiones se les deja de dar, cuando tiene tos o algún problema de salud. Ahí si nos dijeron que tenemos que pausarles, no dejarles, sino pausarles hasta que se mejoren...” (U1Personal de Salud Cred SCD)

El consumo del MMN, para el acompañante técnico produciría *una reacción* -en los niños y las niñas- como parte del proceso de adaptación: “*Hasta que (el niño o la niña) lo asimile*”; y provocaría *diarreas* y *mancharía los dientes*, dado que contiene hierro.

No se recuerda con precisión, entre los CG y CV, qué efectos podría ocasionar el MMN; pero se menciona que posiblemente fiebre:

“...en cuanto a la reacción, de repente, puede haber fiebre, eso no tanto recuerdo ¿no? cuál puede ser la reacción” (U1Comité de Gestión SCD)

Para los miembros del CG Y CV, la noción de malestares vinculados al MMN, se desprende de comentarios de las propias cuidadoras principales, quienes mencionan que sus hijos tienen náuseas y diarreas. La emergencia de algunas reacciones no deseadas, no se deberían propiamente al MMN, sino a prácticas inadecuadas de alimentación; relacionadas, básicamente, con medidas de higiene,

“¿Qué consecuencias o efectos colaterales, puede traer el consumo de Chispitas a los niños?
No, le puedo decir exactamente, pero lo que nos han comentado, lo que las mamás mismas me decían (...) toman y (...) como no quiere, arroja o diarrea ¿no? puede ser eso” (U1Comité de GestiónSCD)

“(cuidadora principal manifiesta) “no, a mi niño le va a dar diarrea”, “mi niño no come”(U2Comité de GestiónSCD)

Se sostiene también que, al iniciar el consumo, es posible se produzca alguna reacción -“*puede chocar al niño*” - ocasionando diarreas; pues el organismo se estaría adecuando a un elemento nuevo. Este proceso sería temporal pues, a los pocos días, se superaría:

“...los primeros días, le puede chocar al niño ¿no?... como le digo, toda medicina, todo te choca, pero de ahí, ya es natural” (U1Consejo de Vigilancia SCD)

Un concepto clave, manejado por las Madres Cuidadoras, lo constituye el de *adaptación* progresiva al MMN (y que trata de ser comunicado a las cuidadoras principales). Se indica que las posibles reacciones estomacales, suelen ser temporales, hasta que el organismo se ajusta a los cambios en la alimentación (diferencias entre la alimentación que se recibe en casa y en el CCD) y al consumo del MMN. En efecto, al iniciarse el consumo, la hijita de esta entrevistada ha padecido de diarreas; lo cual superó, rápidamente, sin que implicara suspensión alguna de la suplementación. Un hecho crucial, en este caso, lo constituye la información sobre los probables efectos que el personal de salud habría advertido previamente

Por su parte, otras Madres Cuidadoras, comunican un panorama diferente a partir de su experiencia como cuidadoras principales. En efecto, se producirían diarreas, vómitos o estreñimiento; implicando, en algunos casos, la suspensión del MMN o su cambio por otro suplemento.

De otro lado, buena parte de las cuidadoras principales entrevistadas, manifiestan no tener mayor referencia de reacciones adversas, vinculadas al MMN:

“¿Te dijo algo acerca de que le iba a causar algún malestar en su cuerpecito? No” (U2 Cuidadora Principal No Usaria SCD2)

“¿Y te han dicho qué le puede pasar a un niño que come sus Chispitas? no, no me han dicho nada” (U1 Cuidadora Principal Usaria SCD4.2)

“¿Ahí en el C.S. te explicaron qué otros efectos podrían tener las Chispitas? No sé, no me han explicado” (U1 Cuidadora Principal No Usaria SCD2)

“Y ahí en el CRED, ¿te hablaron sobre...si tenía algún efecto? No” (U2 Cuidadora Principal Usaria SCD2)

Sin embargo, otras señalan diferentes reacciones no deseadas por efecto del consumo del MMN. Por ejemplo, una entrevistada observó, con gran temor, que las heces de su niño presentaron una coloración entre morado y negro; procediendo a suspender la suplementación. A pesar que luego, el personal de salud, le comunicara que se trataba de una reacción esperada:

“¿Cómo fue al principio, cuando le diste las Chispitas? (...) En su caquita, le hizo cagar como morado, negro por ahí (...) él me hace seco, ahí me asusté, cuando le dio así...” (U1 Cuidadora Principal No Usaria SCD2)

Del mismo modo, otra cuidadora principal, afirmó que el MMN “*le cayó mal*” a su niño, ocasionándole diarrea; al preguntar al personal de salud, le informaron que se trataba de algo normal, recomendándole que diera el MMN con agua de limón:

“Yo le dije así, cuando yo me fui a la Posta, me dijo, “no, eso es normal, tienes que darle con agua de limón, creo que me dijo” (U1 Cuidadora Principal Usaria SCD1)

Sólo una entrevistada señala que ha recibido información específica sobre las reacciones; las cuáles podrían ser diarreas y coloración oscura de las heces. Si se presentaran, se le sugirió la misma recomendación anteriormente citada, es decir, dar el MMN con limón:

“El enfermero me dijo que va a tener una reacción, diarrea, en el caso que pase eso, “dale con limón”, me ha dicho, “con limoncito dale” me dijo, porque no todos los niños son iguales y reaccionan así” (U1 Cuidadora Principal Usuaria SCD4.1)

Una de las cuidadoras principales, señala que es posible que el exceso de “vitamina”, pudiera originar un proceso alérgico en el niño. Esta entrevistada, ha tenido la oportunidad de seguir un caso de una madre que preparó más de tres sobrecitos de MMN en una comida, informando que generó en la niña la aparición de “ronchitas”; razón por la cual, afirma, se produciría una suerte de reacción alérgica por sobredosis:

“¿Pasa algo si le doy tres veces (sobres de MMN)? No pasa nada, sino que no le hace bien, mucha vitamina. Mucha vitamina ¿le hará mal? Sí, puede tener sobredosis. Ah sobredosis (...) ¿Qué le pasaría? Le puede dar alguna alergia, algo” (U2 Cuidadora Principal Usuaria SCD2)

En dos entrevistas de salida, luego de la consulta en CRED, no se consigna ningún comentario sobre efectos; pero una de las entrevistadas refiere que, el personal de salud, le habría informado que produciría diarrea si se da en exceso el MMN: “ahorita el enfermero (dice) cuando le das mucho, puede causar cualquiera como diarrea”. Esta misma madre ha escuchado, a otras, afirmar que el MMN causaría daño a los dientes:

“de las Chispitas, eso no vale darle, le pudre sus dientes, por eso, yo no le doy a mi hijo, le boto, así hablan” (U1 Cuidadora Principal SCD1)

(b) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

➤ **REGIÓN HUANCARELICA**

El personal de salud entrevistado indica por un lado, que no existen efectos, colaterales, vinculados al consumo del MMN; añade que ninguna cuidadora principal ha comunicado algún tipo de daño o malestar, a propósito de su consumo. Mientras que por otro lado, se especifican como posibles efectos secundarios, estreñimiento y diarrea.

El personal local de la UT-PNCM, indica como probables efectos la coloración oscura de heces y la presencia de diarreas (éstas deben interpretarse como pasajeras o temporales). En caso se presentaran diarreas, no se debe suspender el consumo del MMN:

“...sólo mencionaban que podría producir la diarrea, pero una diarrea así pasajera, no una infección así severa, ¿no? algo normal como se dice, pero otra cosa, no (...) sobre el color de las heces, que eso también va a ser normal” (H1Acompañante Comunitario SAF)

“Y en ese caso, si se presenta diarrea ¿qué es lo que se puede hacer, ¿qué es lo que la madre podría hacer? Como es como una diarrea pasajera, continuar dándole nomás la “Chispita”, seguir; no vaya a ser que por la diarrea, “ya déjalo de dar” y no, no, sino continuar, continuar, que eso va a pasar, ¿no? (H1Acompañante Comunitario SAF)

Entre los miembros de CG y CV entrevistados, se desconoce la existencia de efectos secundarios; y, por el contrario, se destaca su carácter provechoso para la salud. Sin embargo, recogen comentarios de las cuidadoras principales, dando cuenta de efectos indeseados en sus niños y niñas, tales como vómitos y diarreas; constituyéndose en argumentos de fuerte rechazo al consumo del MMN.

Entre los agentes comunitarios de salud se desconoce si el consumo del MMN podría ocasionar algún daño o efecto no deseado; ni se “ha comprobado” la existencia de casos. Los comentarios de las cuidadoras principales, manifestando que el MMN provocaría vómitos o diarreas en sus niños o niñas, se desestima como probables; planteando que tales condiciones obedecerían a malas prácticas de higiene. No obstante, creen factible que en algunos casos, el MMN podría generar algún efecto, dado que el niño no termina de acostumbrarse.

Por parte de las facilitadoras, no se cuenta con información sobre posibles efectos secundarios provocados por el MMN; ni se registran referencias de las cuidadoras principales, manifestando algún tipo de problema asociado al consumo; afirmándose que el MMN no causaría malestar o daño alguno.

La mayoría de CP entrevistadas – sean usuarias o no usuarias – desconoce los probables efectos secundarios, que pudiera ocasionar el consumo de los MMN, pues no se habría recibido información u orientación al respecto. En este escenario vacío de información, surgen algunos supuestos, proyectando por ejemplo, posibles *reacciones alérgicas* o efectos contraproducentes, si se consumiera en exceso. Estos supuestos, como observamos, emergen entre usuarias y no usuarias,

“¿Le han dicho alguna vez, si la Chispita que consume su niño, podría causarle algún daño? No, nunca he escuchado eso (...) en exceso, de repente, podría pasar” (H2 Cuidadora Principal Usuaría SAF3)

“¿...qué le puede pasar al niño (...) que come Chispita? ¿Qué puede ser mal? Que puede ser alérgico” (H2 Cuidadora Principal No Usuaría SAF3)

No obstante, dos cuidadoras principales precisan que, el consumo del MMN, puede “chocar” inicialmente causando diarreas y vómitos; pero se trataría de condiciones pasajeras, que no impedirían la continuidad de la práctica:

“...diarrea una vez da y ya no”(H1 Cuidadora Principal Usuaría SAF2.1)

“... de la Chispita, de repente, le dijeron que “ahora que les vas a dar la Chispita a tu bebíta, no te vayas a asustar”... ¿te dijeron eso si le podía pasar algo? Si, puede causar vómitos o diarrea, que puede chocar también (...) “sigue dando” nomás me han dicho...” (H1 Cuidadora Principal Usuaría SAF2.2)

➤ REGIÓN PIURA

Para el personal de salud, la probable reacción que podría presentarse sería padecer *estreñimiento*; frente a lo cual se recomienda, a la cuidadora principal, que el niño o la niña consuma bastante líquido y frutas. Estos casos, a decir de la entrevistada, serían bastante escasos.

Las cuidadoras principales refieren la presencia de *diarreas* en sus niños; no obstante, la responsable de CRED, no atribuye tal condición al consumo del MMN (como el estreñimiento) sino a los hábitos de higiene; específicamente al lavado de manos del niño o de la niña antes de comer y, en el caso de la cuidadora principal, antes de la preparación de alimentos:

“Y si ha tenido diarrea, es porque... les digo, “a las manitos del niño tienes que lavarle”, por eso es que le viene la diarrea, no es que la Chispita le... sino que estuvo, de repente, el niño con la manito sucia y metió pues. Todos los niños meten la manito... por más de que la mamá le está dando su comida ... “Y otros que dicen “no, le dio diarrea” también ahí le aconsejaría, que tanto la mamá que va a preparar la Chispitas, tiene que lavarse las manos y tiene el niño también” (P1 Personal de Salud Cred SAF)

Es importante señalar el caso que comenta la entrevistada, en el cual la suplementación con el MMN se habría cambiado por Sulfato Ferroso, dada la renuencia de una cuidadora principal a recibir el MMN; pues su niño habría padecido de diarrea con su consumo. El cambio habría sido auspicioso, pues no se ha reportado malestar alguno. Antes de proceder con dicho cambio, se habría recomendado suspender el MMN y retomarlos. Sin embargo, al hacerlo, la diarrea se habría presentado nuevamente; lo cual lleva a la entrevistada a descartar, en estos casos, como probables causas la alimentación o malas prácticas de higiene:

“...no entiendo, porque la Chispita contiene zinc, ¿di? Que es para prevenir las diarreas, y le ha dado diarrea (...) me dices que con Sulfato Ferroso no le pasaba... No le pasa nada al niño (...) Con las Chispitas sí le ha dado diarrea...ya me van produciendo dos niños, tres niños así, que están que producen diarrea. Pero no en todos, solamente en algunos. Porque en los demás no les afecta, solamente, a ellos. Esa es, digamos, la mayor dificultad que tú tienes para que las madres... Reciban la Chispa (...) no quieren recibirlas e inclusive las he ido a ver a sus casas y me han dicho, que no le van a dar, porque le produce diarrea y yo les he dicho que les dejen de dar por tres días y dicen, vuelta han regresado y me han dicho que ya no tienen diarrea, que es por las Chispas que le dan. O sea, no es un tema de la higiene (...) No, no... de los alimentos. No, es por las Chispitas. ¿Y estás segura que ellos han dejado de darle tres días, han cortado el proceso, les han vuelto a dar... La

hemos cambiado por sulfato y el bebé ahorita está OK. Ya no está con diarreas” (P1Personal de Salud SAF)

Como podemos apreciar, el seguimiento de este tipo de casos, lleva a la entrevistada a señalar que, en alguno, el MMN produciría diarreas.

Para el personal del PNCM, las probables reacciones serían: la presentación de diarreas y la coloración oscura de heces. Las facilitadoras, consideran que hay niños a quienes el consumo del MMN “*les choca*”, provocando malestares estomacales. Mientras para los miembros del CG y del CV, no se manejan mayores referencias de posibles efectos adversos vinculados al MMN:

“¿Y alguna desventaja en el consumo de Chispita? ¿Algo que no sea tan bueno de repente? Que les haga daño... no, no, no se ha escuchado eso, no he escuchado que se enferman, porque les dan las Chispitas, no he escuchado” (P1Comité de Gestión SAF1-2)

“¿...cree que tiene algunas consecuencias o efectos, que pueda generar al niño el consumo de...? Creo que no” (P1Consejo de Vigilancia SAF)

Entre los ACS no se atribuye ninguna reacción contraproducente, pues ninguna cuidadora principal les ha comentado de malestar alguno, experimentado por sus hijos o hijas:

“...yo pienso que no, porque no he escuchado, de parte de ninguna madre, que haya comentado que de repente, le dé como reacción, que de repente, le dé por ahí una náusea o (...) mucho sueño, ¿no? Normal” (P1Agente Comunitario de Salud 1)

El conjunto de CP entrevistadas brinda referencias de algún tipo de reacción, asociada al MMN; sin embargo, éstas no han sido informadas por el personal de salud. Entre las reacciones mencionadas, encontramos *vómitos*, que se asocian directamente, al *sabor del MMN* (a “Aji-no-moto”); *diarreas* y *vómitos*, ocasionando pérdida de peso; *yestreñimiento*, dado que no se consume con jugo de naranja.

“¿Te dijeron que de repente, él te podía vomitar? No, no me dijeron (...) es que yo lo he probado y se me hace, parece al Aji-no-moto, lo que a veces, se le echa en la sopa, parece así, ¿no? (...) no sé pues, yo le hallo también su gusto, ¿no? (P1 Cuidadora Principal No Usaria SAF2)

“¿Y le dijo de algún efecto que le podría traer (...)? No, de eso no me dijo nada, de eso no me avisó, no me dijo que le iba a caer mal ni nada, eso no me dijo (...) me preguntaron algunas señoras y yo les dije que las Chispitas le cayeron mal a mis niños (...) una prima de allá también, su niña vuelta ha dejado de comer y ha bajado de peso ¿también le dio diarrea? También diarrea y ha bajado hartísimo de peso (...) cuando le he comenzado a dar a él (...) le ha agarrado con vómitos y ha empezado a botar...” (P1 Cuidadora Principal Usaria SAF1)

“...es que tienen que darle jugo de naranja (...) no le dan y por eso se estriñen” (P1 Cuidadora Principal No Usaria SAF3)

Asimismo, una de las cuidadoras principales, manifiesta que el MMN no debe combinarse con algo ácido (por ejemplo, el limón) pues podría afectar al niño, dado que está “*muy chiquito*”:

“¿...le dice de repente, “le puede dar esto” o algún efecto secundario, que no se le puede dar? Claro, que no le den con cosa de ácido (...) el limón así. ¿Qué puede pasar, si se le mezcla con el ácido? No sé, porque está muy chiquito, dice que le puede afectar algo...” (P1 Cuidadora Principal No Usaria SAF3)

Por último, otra cuidadora principal, opina que no se debería administrar el MMN cuando el niño se encuentra con diarrea o fiebre, hasta su recuperación:

“¿y ha escuchado algo que le puede dar a los niños, cuando le dan Chispitas? (...) No no, todo tranquilo (...) Entonces, la diarrea, la fiebre que ha tenido ella es por la gelatina. Sí, sólo que no se le puede dar (el MMN) cuando están así, hasta que se les pase. ¿Y eso lo escuchaste alguna vez de alguien o cómo? No, fue idea mía” (P1 Cuidadora Principal Usaria SAF2)

➤ REGIÓN UCAYALI

Entre el personal de salud, se señala que se desconoce si existen efectos secundarios propios del consumo del MMN:

“¿Y qué consecuencias o efectos puede tener consumir Chispitas? Mmm... no lo sé (...) no estoy al tanto” (U2Personal de Salud Cred SAF)

En todo caso, los que señalan efectos contraproducentes, producidos por el MMN, se equiparan con la práctica usual de atribución de malestares a la aplicación de vacunas. En dicho marco, el MMN ocasionaría -según las cuidadoras principales- diarreas en los niños y las niñas. Desde la evaluación del personal de salud, las diarreas se producirían, probablemente, por la propia alimentación que se recibe o por otras causas:

“...sí me gané el comentario, que le daba diarrea, dice las Chispitas (...) yo le digo “¿otras complicaciones más que ha tenido tu niño?”, “no, sólo diarrea le ha dado”, yo le digo “de repente, no era las Chispitas, de repente, era debido a la alimentación también, que le da diarrea”, echamos la culpa (...) así de frente te dicen (...) “esa Chispita le ha dado diarrea a mi niño” (...) así de frente te echan la culpa, a uno como personal de salud, de frente nos echan la culpa” (U2Personal de salud Cred SAF)

Por otro lado, al personal local del PNCM, no se le ha informado de ningún efecto secundario vinculado al consumo del MMN. Entre las facilitadoras, tampoco se identifica ningún tipo de reacción no deseada, asociada al consumo del MMN. Asimismo, un miembro del CV no conoce ni habría escuchado comentarios que indiquen algún malestar o reacción negativa relacionada con el MMN.

La mayoría de CP entrevistadas declara desconocer qué efectos, contraproducentes, podría causar el consumo del MMN:

“¿Pasa algo a los niños que le dan todos los días, esos sobrecitos? Nada, no dice” (U2 Cuidadora Principal No Usaria SAF2)

“¿...te ha dicho algo de efectos secundarios que le pueda pasar? (...) No. Como que se pueda poner malito de algo, ¿le ha dicho algo? No” (U2 Cuidadora Principal Usaria SAF2)

De otro lado, una de las cuidadoras principales señala que, el consumo del MMN, causó diarrea a su niño; sin embargo, no dejó de ofrecérselo:

“Cuando le empezaste a dar ¿le pasó algo, algún daño en su cuerpecito, algún malestar? Sí. ¿Qué le dio? Diarrea, después ya no. ¿le seguiste dando...? Sí” (U2 Cuidadora Principal Usaria SAF1).

Otra entrevistada señala que su niño ha presentado diarreas, pero no las atribuye al MMN:

“Para mí es bien (el MMN) ¿ha tenido algunos efectos? No ha tenido (...) cuando se ha enfermado, ha tenido diarrea. ¿pero cuando le diste el sobre? No” (U2 Cuidadora Principal Usaria SAF3.2)

2. Síntesis de los hallazgos de las tres regiones

Los componentes más recordados por los profesionales de salud y de la UT-PNCM a nivel local (AT, AC) vienen a ser el hierro y las vitaminas A y C. El zinc y el ácido fólico sólo son recordados por algunos. Más bien, se señalan ingredientes no presentes en la composición del MMN, como el calcio o la vitamina B, proteínas, o en vez de hierro mencionan sulfato ferroso. En términos más técnicos, estos entrevistados argumentan que los componentes previenen la anemia, compensan las deficiencias de la alimentación cotidiana y, además, ayudan al crecimiento y desarrollo integral del niño.

A nivel de las MCCC, miembros del Comité de Gestión y del Consejo de Vigilancia, así como de las CPs, encontramos que algunos desconocen los componentes, y que la mayoría refiere la presencia de hierro y, en general, de vitaminas. Coinciden en resaltar la potencia del MMN, a nivel nutricional, tanto a nivel de nutrientes (calcio, hierro, vitaminas) como de alimentos como la sangrecita, hígado, o “*frutas molidas*”. Se relaciona así los componentes del MMN con alimentos que a la vez son símbolo nutritivo, y que no suelen estar presentes de forma cotidiana en la dieta familiar. Encontramos así, de

manera subyacente, la idea que el MMN viene a ser un complemento, pero también un reemplazo de los alimentos mencionados.

Consideramos que entender al MMN como “**vitaminas**” o como algo “**nutritivo**”, en general, viene a ser una estrategia comunicacional que, en cierta forma, permite transmitir lo clave o lo necesario sin estar entrando en el detalle de cada uno de los componentes; y que permite, por el contrario, una explicación más amplia sobre las bondades del MMN. Así, decir “**vitaminas**” moviliza imágenes positivas asociadas con el buen crecimiento y desarrollo del niño y de la niña; y es, además, una palabra harto conocida y bien valorada en las zonas rurales. Sigue, esta misma línea, su caracterización como “**nutritivos**”. Son conceptos aglutinadores, comprensibles y fáciles de usar. Se va configurando así una suerte de léxico vinculado a la salud, que se va haciendo parte del sentido común, en la comunicación, pero que sin embargo, podría estar marcado por múltiples interpretaciones y significados que los actores van construyendo,

Sin embargo, también vemos la necesidad de decir que allí reside también su debilidad, en tanto permanecen dudas o se levantan dudas, justamente en torno a la naturaleza del MMN; a lo que contiene y, por ende, para qué sirve. La desconfianza se expresa en tanto no se consigue identificar concretamente lo que contiene, sólo se manejan palabras (*por decir vitaminas*), y no se tiene certeza de lo que contiene. Se configura así un conocimiento de los componentes del MMN en sentido negativo. Y el agente que estaría enviándolo vendría a ser el Estado. En otras palabras, el Estado estaría enviando algo sucio, potencialmente dañino, y dirigido a niños pequeños, en formación, considerados como el potencial futuro para estas familias.

Se refleja la suspicacia y desconfianza percibida respecto al Estado y, por ende, al personal de salud; pues éstos no logran absolver las interrogantes que la población se plantea (“*a mí nunca me ha respondido*”). Por lo tanto, no basta recurrir a la consabida respuesta de decir que el MMN son “**vitaminas**”, si no se da una explicación cabal de su preparación y contenido. Su forma de presentación poco conocida para una vitamina, en polvo, contribuye a la incertidumbre si es beneficioso para el niño y puede ser consumido sin riesgos.

De otro lado, resulta evidente que es común denominador en las respuestas de los distintos actores sobre la consistencia de la comida con la que se tiene que mezclar el MMN, que la preparación ha de tener **consistencia** espesa o semi espesa (por ejemplo, mazamoras). En general, las cuidadoras principales, sean usuarias o no usuarias, conocen que la consistencia recomendada es la espesa. La **consistencia** de la comida, en que se ha de combinar el MMN, hace referencia a preparaciones como “*menestras*”, “*comida sólida*”, “*puré*”, “*papilla*”, indicando que se trataría de elaboraciones espesas.

Tanto el personal de salud como el personal local de la UT-PNCM, señala que **la temperatura de la preparación debe estar tibia**; no caliente ni menos fría, pues sería en el frío que comenzaría a desprenderse el olor a hierro. Del mismo modo, para los colaboradores voluntarios, ACS y CPs, entrevistadas, la **temperatura** de la comida debe ser **tibia**, y no debe mezclarse en comida caliente, pues afectaría sus propiedades nutricionales, o el niño se podría quemar; ni en fría porque *cambiaría el sabor*.

En general, los actores entrevistados coinciden en señalar que **se recomienda el consumo inmediato de la mezcla de comida con el MMN, o que se consuma en el lapso aproximado de diez minutos**; más allá del mismo, emergería el sabor y la comida adquiriría una coloración oscura, o porque su valor nutricional podría *evaporarse*.

La gran mayoría de actores entrevistados conoce que la administración del MMN consiste en un sobre diario. Sin embargo, algunas CPs, usuarias y no usuarias, afirman que les han dicho que se debe dar hasta 3 sobre diarios. A pesar que se conoce que se debe dar un sobre diario, no necesariamente el contenido del sobre se usa en una sola aplicación, pues algunas Cps, usuarias y no usuarias, dividen el contenido en dos oportunidades al día, o sólo usan la mitad del mismo. Consideran que no ponen todo el sobre de una sola vez porque es una dosis muy alta para niños tan pequeños.

En todas las regiones, se conoce muy bien por parte del personal de salud, el personal local de la UT-PNCM, y los colaboradores voluntarios de los servicios del PNCM, que **es necesario separar una**

porción de la comida y allí combinar el MMN. Se precisa que el MMN se combina en las dos primeras cucharas que se ofrecerán al niño o a la niña, para que pueda ser realmente aprovechado. Sin embargo, la cantidad de cucharitas recomendadas varía entre dos y tres.

En lo que concierne a las CPs entrevistadas, procederían separando una porción de la comida (aproximadamente, entre dos a cuatro cucharadas) para su combinación con el MMN. Existiría, también, la práctica de separar la porción en un plato aparte; es decir, no apartando la comida en el mismo plato o recipiente

El establecimiento de posibles *efectos secundarios*, a propósito del consumo del MMN, tiene como sustento la referencia o información que se brinda en contextos de capacitación; organizados ya sea por el PNCM, como por el personal de salud. Se nutre, igualmente, de la experiencia directa o de los comentarios que las cuidadoras principales formulan sobre reacciones atribuidas al MMN. Son precisamente estos malestares o reacciones negativas las que desalientan el consumo del MMN; siendo vital examinar qué conocen los diversos actores sobre tales efectos y su tratamiento. Adicionalmente, es importante advertir que los comentarios sobre tales malestares se extienden, entre la población, aumentando la suspicacia y el temor respecto al MMN.

Encontramos en el personal de salud posiciones contrarias respecto al efecto del MMN. Para algunos las náuseas y diarreas reportados por las CPs no serían producidos por el consumo del MMN, sino más bien con las prácticas de higiene; sosteniendo que en ningún momento se recomienda suspender la suplementación. Para otros, el consumo del MMN sí podría causar *diarreas*, así como *estreñimiento*. Y comentan que tras suspender el MMN, hubo evidente mejoría en cuanto a las diarreas. Adicionalmente, recomiendan suspender el MMN y dar el Sulfato Ferroso. En lo que concierne al estreñimiento, se explica a las cuidadoras principales que las heces tendrán una coloración oscura; y que deben ofrecer, agua y jugos, para evitar tal condición. Es importante subrayar que -la explicación que se brinda- tranquiliza y da seguridad a las cuidadoras principales.

Un concepto clave, manejado por las MCCCCD, así como por las CPs, lo constituye el de *adaptación* progresiva al MMN. Así, se indica que las posibles reacciones estomacales, suelen ser temporales, hasta que el organismo se ajusta a los cambios en la alimentación y al consumo del MMN.

C. RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES COMUNALES DEL PNMC

Este tema se enfocó en analizar la información sobre las responsabilidades de las Madres Cuidadoras, Facilitadoras, líderes comunitarios, acompañantes/agentes técnicos, personal de salud y agentes comunitarios de salud, con respecto a la suplementación de MMN, su monitoreo y uso de información. Este tema presenta las nociones de los actores con respecto a sus responsabilidades, sin embargo por la naturaleza del estudio cualitativo, estas no han sido corroboradas en campo, ni comparadas con el marco de competencias.

Las fuentes de información para el análisis de este tema fueron entrevistas a profundidad y algunos grupos focales con actores a nivel locales que trabajan dentro del sistema de salud y dentro de los ámbitos del Servicio de Cuidado Diurno (SCD) o el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) en cada una de las regiones. A continuación se presenta un análisis regional, basado en las dimensiones principales de este tema: a) responsabilidades directamente relacionadas a MMN y b) responsabilidades de apoyo y coordinación. Este análisis detalla los hallazgos por región y actor correspondiente, seguido por una síntesis la cual se divide por sistema de salud, SCD y SAF y en cada una de las dimensiones. El capítulo finaliza con una comparación de los hallazgos con la norma actual. Las conclusiones y recomendaciones se presentan en conjunto en un capítulo separado al final de la sección de resultados.

1. ANÁLISIS REGIONAL

A) Subdimensión: Responsabilidades directamente relacionadas a los MMN

(1) Región Huancavelica

(a) Personal de salud (CRED)

A nivel de CRED, el personal de salud es responsable de mantener la información de las entregas de MMN, lo cual provee los datos para generar el indicador. Su desempeño se mide contra este y otros indicadores. El personal entrevistado comenta que no vería como una ventaja en que otra institución también hiciera entrega de MMN pero no lo ha considerado como una actividad que podría hacerse en coordinación y eventualmente aligerar su trabajo.

“Desventaja para nosotros sí lo hubiera porque a nosotros en... ¿cómo le digo? Para nuestros indicadores y para los indicadores, nos afecta bastante. A nosotros nos miden las 12 entregas, es nuestro indicador anual. Entonces, si es que hubiera otro programa que dé los MMN y nosotros no lo registramos, no llegaríamos a cubrir nuestras metas y nuestros indicadores.” (H2 Personal de Salud CRED SAF)

(b) Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno

➤ MADRES CUIDADORAS Y MADRES GUIAS

Las madres guías visitan los hogares de los niños en riesgo, priorizando a los menores de 2 años. También cubren las labores de las madres cuidadoras cuando estas se ausentan por renuncia, embarazo o enfermedad, y apoyan y acompañan a las nuevas madres cuidadoras cuando estas ingresan al Servicio. En algunos casos, llenan los registros cuando las Madres Cuidadoras son analfabetas.

Las madres cuidadoras, son responsables de hacer jugar a los niños, darles de comer y que estén limpios (lavado de manos y dientes). Solicitan a las CCPP, la entrega de los MMN, los rotulan y guardan en un lugar seguro; asimismo, preparan y mezclan los MMN en la comida de los niños, siguiendo las indicaciones correspondientes. Son conscientes del concepto de ‘alimentación activa’ o responsiva para que los niños coman y terminen su ración completa, incluyendo las dos cucharadas con los MMN. Además, coordinan reuniones bimensuales con las madres donde hablan de distintos temas, incluyendo MMN. Las madres cuidadoras no tienden a coordinar con el personal de salud ni con los agentes comunitarios de salud.

“Si señorita como están dando la comida tenemos nuestro taper de acuerdo a su edad viene sus comiditas y eso nosotros le hacemos comer algunos está con chispitas sus mamas nos trae chispitas y

le damos a quien le toca sus chispitas todo eso le damos nosotros hacemos comer primero probamos su comida esta rico le decimos hay que comer hablándole...” (H2 Madre Cuidadora SCD1.1)

➤ PERSONAL DE SALUD DEL SCD

Los agentes comunitarios de salud, llevan a cabo visitas domiciliarias a familias con niños pequeños donde hacen demostraciones de comidas apropiadas para la alimentación complementaria. Reciben instrucciones del centro de salud con respecto a qué familias debe visitar y son conscientes de su rol en sensibilizar a las familias sobre la anemia y la importancia de combatirla.

“Las ACS trabajan enseñando solo teóricamente y en ciertas ocasiones, con sesiones demostrativas para las familias, de modo que no pueden exigir que se consuma el MMN...” (H1 GF-ACS-SCD)

“¿Considera importante la ayuda de las promotoras de salud? Si bastantísimo. Porque como le digo uno ellas conocen la población, las casas tal vez donde queda esas persona y yo desconozco un poco y mi técnica tienen tres año laborando y ella conoce la población donde vive, si ha migrado...” (H2 – Personal de Salud CRED-SCD)

El personal de CRED asociado con el SCD, es responsable de capacitar a las Madres Cuidadoras, participar en las reuniones de vigilancia comunal, compartir información con el SCD y de hacer visitas domiciliarias a pedido de los agentes comunitarios de salud. Sin embargo, algunos entrevistados comentaron que no conocen a todas las personas involucradas en el SCD, lo cual limita la interacción y que les falta de tiempo para actualizar sus registros.

➤ ESPECIALISTAS DEL SCD

Los Especialistas en Salud capacitan a acompañantes técnicos, madres cuidadoras y madres guías. En algunos casos, convocan a una mesa temática a todos los representantes de los establecimientos de salud para tratar de manera articulada los indicadores del control CRED, el consumo de MMN y la certificación de las cuidadoras, etc.

“Yo como especialista en salud convoco, [...] a través del coordinador o responsable del área del niño o el mismo jefe de la red, se coordina para que asistan a esta mesa temática todos los representantes de los establecimientos de salud. Entonces ya con ellos conversamos, vemos sobre el control CRED, el consumo de multimicronutrientes, la certificación de las cuidadoras, todos esos aspectos los trabajamos así en forma bien articulada, en forma conjunta. Lo mismo en todas las provincias, en Huancavelica, en Castro Virreyña, por eso antes de hacer esta mesa temática nos acercamos a la DIRESA y les hacemos de conocimiento lo que vamos a hacer, cómo vamos a trabajar y todo ellos.” (H – Especialista en Salud - SCD)

Una de las actividades centrales del Especialista en Nutrición, reside en evaluar y garantizar la calidad del servicio alimentario que se brinda a los niños; para ello, se capacita y coordina con las socias de cocina en todo lo que concierne a las condiciones de los alimentos y su procesamiento. Se realizan igualmente, visitas a los CCD, con el fin de realizar un seguimiento al consumo y a la aceptación de los niños, respecto a las comidas que se preparan,

“...doy mis vueltitas por cada módulo, para ver cómo están comiendo, cómo está la aceptabilidad de los productos que se están preparando” (H-Especialista en Nutrición-SCD)

Asimismo, en coordinación estrecha con la Especialista en Salud y en base al seguimiento que se realiza de los indicadores de peso y talla, evalúa las condiciones nutricionales de los niños que acuden al CCD y establece las medidas necesarias para su atención (así por ejemplo, los niños que presentan bajo peso, reciben una cucharada de aceite, que se adiciona en la comida). La prevención contra la anemia, constituye igualmente, prioridad de atención, jugando aquí un rol capital, la administración de los MMN,

“... el Especialista en Nutrición, aparte de verificar la calidad del servicio, nutricionalmente hablando, también se dedica a ver temas de anemia, ver a los niños que están bajos en peso, con anemia, y crear estrategias para hacerlos subir de peso. El Programa general les da una cucharada de... aceite para que puedan subir de peso y eliminar el riesgo de anemia, pero también se les da las Chispitas y eso también se verifica...” (H-Especialista en Nutrición-SCD)

(c) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

➤ **ACOMPAÑANTE TÉCNICO**

El Acompañante Técnico, apoya a las facilitadoras en su trabajo, las capacita para que hagan sus visitas y puedan usar el kit y los juegos. Además observan su trabajo y les dan retroalimentación, y les ayudan a organizar su tiempo y sus visitas, y les enseñan a manejar la documentación necesaria (por ejemplo la Ficha Óptica). Además trabajan con las facilitadoras para elaborar estrategias contextualizadas a la zona para que los mensajes y los conocimientos que se quieren transmitir lleguen claramente a las familias. Coordinan con el centro de salud para que capacite a las facilitadoras en cuestión de MMN, y coordinan con otros Comités de la región para hacer pasantías, es decir hacer visitas de intercambio donde observan cómo se trabaja en otros lugares y así enriquecer su práctica. También actualizan el SIVICO con la información de qué niños consumen MMN y lo incluyen en su reporte mensual, en colaboración con el personal de salud.

“Sí, el Acompañante Técnico, hace seguimiento a las Facilitadoras, para ver si les han preguntado, si están consumiendo. Igual, el Comunitario, se acerca al establecimiento de salud, para ver si ellos están entregando a las mamás, las “Chispitas” (H – Coordinador SAF)

➤ **FACILITADORAS**

Las Facilitadoras, les preguntan a las familias sobre el consumo de MMN y alertan al puesto de salud y al Acompañante Técnico con respecto a las familias que no están consumiendo. También en algunos casos enseñan a las familias cómo se deben de preparar los MMN, y actualizan datos de peso, talla y MMN en su cuaderno de campo y en el cuadro del SIVICO que tienen en su local. Su labor en cuanto a temas de alimentación se limita a las preguntas que hacen sobre el consumo de los MMN. En algunas ocasiones, no han recibido ninguna capacitación sobre MMN por parte del personal de salud y no coordinan con ellos tampoco pero en otras instancias si se da este intercambio. Comentan que hay muchos cambios de personal de salud en las postas, lo que dificulta crear una relación de intercambio.

“Las Acompañantes Técnicas, nos decían “las “Chispitas” se les da así”, hasta nosotras mismas las Facilitadoras, íbamos a la Posta a preguntarles, “¿cómo se utiliza las “Chispitas”?” entonces, con eso ya más o menos, “ya así no se les da la “Chispitas”, a los niños, sino que se le da en comida poquita, tienes que darle a tu hijo”, le orientábamos ya, cada vez que íbamos a sus visitas.” (H2 – Facilitadora SAF2)

➤ **PERSONAL DE SALUD DEL SAF**

El Agente Comunitario de Salud, hace visitas domiciliarias y pregunta sobre el consumo de MMN. Durante estas visitas, también en algunas ocasiones les ensañan a las madres a preparar los MMN. Apoyan las campañas de salud (por ejemplo vacunación, VIH, etc.) y trabajan en el Centro de Promoción, con las madres de niños menores de tres años y gestantes haciendo sesiones educativas o demostrativas dos o tres por semana en base a un tema específico que cambia cada mes.

El personal de salud de CRED asociado al SAF, es responsable de las atenciones CRED, incluyendo revisar el estado de MMN de cada niño. Llevan a cabo capacitaciones sobre MMN para el personal de SCD, sesiones demostrativas para madres de niños pequeños (0-3 años) y gestantes, además de charlas temáticas para grupos más amplios. En algunos casos, van a Huancavelica a reemplazar el stock de MMN. Además son responsables de consolidar información de CRED y las visitas domiciliarias para enviar a la Micro-red.

(2) **Región Piura**

(a) **Personal de salud (CRED y ACS)**

El personal de salud de CRED a nivel de distrito, se encarga de recoger los MMN de Sullana y repartirlos a los diferentes puestos de salud. Miden los niveles de hemoglobina para verificar estado de hierro en la sangre e impacto del consumo de MMN. Se reúnen con el personal del SCD para promover los MMN y les hacen sesiones demostrativas para enseñarles su uso. Coordinan con la Municipalidad y otros actores comunitarios para hacer un diagnóstico del estado de salud y nutrición de la primera infancia en el distrito y así poder planear las actividades en conjunto. El personal de salud que ha recibido capacitación con respecto a MMN tiene la responsabilidad de capacitar a otro

personal de salud para que puedan por ejemplo iniciar la suplementación durante las visitas domiciliarias de ser necesario. Informan al SCD o al programa JUNTOS si hay algún niño que no está llegando a sus controles o no está consumiendo los MMN. El personal entrevistado comenta que raramente tienen la oportunidad de visitar a madres en sus casas y verificar el consumo de MMN, tampoco tienen tiempo para coordinar con miembros del SCD, a pesar de que estos se han acercado al puesto de salud pidiéndole información y capacitación. Además recientemente, han trabajado con Madres Líderes en vez de Agentes Comunitarios de Salud, ya que estos estaban desactivados porque han migrado para trabajar o ya no tienen tiempo de hacer estas actividades voluntarias.

“De las chispitas, la... sobre todo las chispitas, pero también se ha tomado el tema de las sesiones demostrativas [...] de cómo preparar las chispitas. Como ellas son las que les dan las chispitas a los niños, entonces cómo deben darle correctamente. O sea la demostración de cómo tienen que preparar las chispitas. Lo otro es coordinar con ella también lo que es si el niño está al día en sus controles, en sus vacunas, toda la parte de la atención del crecimiento y desarrollo.” (P2 – Personal de Salud CRED)

Los agentes comunitarios de salud llevan a cabo visitas domiciliarias a familias con niños menores de 3 años y revisan que tengan sus vacunas, si están recibiendo MMN, ven las condiciones de su casa, y promueven las visitas al puesto de salud si es necesario. Durante estas visitas, preguntan sobre el consumo de MMN y les recuerdan a las madres su importancia. Además avisan a los miembros de su comunidad sobre reuniones comunales que convoca el Promotor de Salud o el programa JUNTOS. Reciben charlas del personal de salud y luego tienen que replicarlas con las madres para transmitir el conocimiento que han adquirido. Los Agentes entrevistados, comenta que no saben si realmente se da el consumo de MMN. En una de las áreas donde se llevaron a cabo entrevistas, los Agentes no habían tenido ninguna instrucción sobre MMN por parte del personal de salud.

“Bueno, nosotros le preguntamos, por ejemplo, si están recibiendo la chispita a los niños, Si. Le está dando todos los días a su niño, Si. Bueno a nosotros nos dicen que si pero de ahí nosotros a que en ese momento los encontremos dándolo, o digan mira “ahorita me siento y le doy” y mira como mi hijo lo come o no lo come, lo toma o no lo toma, eso nosotros no lo sabemos. Si porque nosotros si hacemos las visitas, sin un horario fijo o no le hemos dicho a la madre “sabes qué no le des, tal día voy y quiero ver si lo está tomando o no”. Nosotros, por lo menos estamos alertando, haciéndoles recordar de que es importante de que le den [...] Pero, como le digo, la enfermera misma dice “ahora, saber si lo están consumiendo o no” eso si un poco difícil.” (P1 – Agente Comunitario de Salud SAF1)

Además el personal de salud asociado con el SCD es responsable de visitar los Centros de Cuidado Diurno para revisar si los niños tienen sus controles y vacunas completas y si están recibiendo su MMN.

(b) **Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno**

➤ **ACOMPANANTES TÉCNICOS**

Los Acompañantes Técnicos, capacitan a las madres cuidadoras con respecto al uso de MMN y si algún miembro de los Comités de Gestión o Vigilancia puede ir, también recibe la capacitación. Además son responsables de monitorear el consumo de los alimentos por los niños en los Centros de Cuidado Diurno y se aseguran de que las Madres Cuidadoras tengan sus evaluaciones médico-psicológicas. Sin embargo, algunos ATs entrevistados comentaron que en algunas áreas no tienen ninguna relación con el personal de salud y que tampoco han coordinado con las autoridades de la Municipalidad.

“Si, el acompañante técnico ahora sabe que es importante que el niño consuma su alimento, sino cómo vamos a salir de la desnutrición crónica, aguda y ahora se nos ha sumado el problema de la anemia. Hemos tenido reuniones con los acompañantes técnicos para que sepan lo importante que es el monitoreo del consumo del alimento, porque nosotros no podemos estar todos los días, pero ellos sí, entonces es importante que ellos monitoreen el consumo de la ración.” (P – Especialista en Nutrición - SCD)

➤ **ESPECIALISTAS DEL SCD**

Por su parte, el Especialista en Salud es responsable de supervisar todo lo relacionado a salud, incluyendo MMN y seguimiento a niños en riesgo o con desnutrición. Coordinan con el personal de salud para que capaciten a las madres cuidadoras. Sobre todo, son responsables de asegurar que los procesos que permiten el consumo de los MMN por parte de los niños en los Centros de Cuidado

Diurno se lleven a cabo – desde obtener el consentimiento de los padres, almacenar los MMN correctamente y asegurar que se recopile la información de consumo.

*“Tiene muchas funciones, y una de ellas el mismo nombre lo dice es todo relacionado con salud, dentro de los niños del programa nacional CUNA MÁS, antes éramos del servicio de cuidado diurno ahora somos de todo el programa o sea incluido el servicio de acompañamiento a familias y el servicio de cuidado diurno. **Eso me estaban contando que es una reestructuración que están haciendo.** Si, entonces manejamos todo lo que es relacionado a salud, trabajamos lo que es micronutrientes, trabajamos todo lo relacionado a hacerle seguimiento y vigilancia a los niños con respecto a su salud, hacerles un seguimiento especial si es un niño en riesgo, e identificarlos si es un niño que tiene un tipo desnutrición...” (P – Especialista en Salud SCD)*

“...no consiste en poner por poner, consiste en un proceso de ingreso, en el cual el padre lleva [al niño al Centro de Cuidado Diurno], firma el consentimiento, se le adiciona el niño a una madre cuidadora, la cual debe registrar correctamente la asistencia para que nosotros también podamos contabilizarlo, entonces es todo un proceso no solamente es ver que se está dando, consiste en que se está dando correctamente, se almacene correctamente y también se procese correctamente la información.” (P – Especialista en Salud SCD)

La calidad nutricional de la alimentación que se brinda en el CCD, la programación del menú a ofrecer (el cual se basa en la exploración y conocimiento de los gustos de los niños y de las prácticas locales de alimentación) y la capacitación, conforman parte principal de las responsabilidades del Especialista en Nutrición. Se orienta asimismo, a las Madres Cuidadoras en la práctica de la alimentación responsiva, promoviendo – entre las Madres Cuidadoras - actitudes de compromiso con la alimentación del niño; a través de una práctica en donde la paciencia y la sensibilidad de la cuidadora resultan fundamentales, para que el niño logre consumir adecuadamente, los MMN y la ración que se le sirve. Asimismo, debe ir guiando al niño, para que progresivamente, pueda ir adquiriendo autonomía y aprenda a comer solo. Además, se refuerza constantemente, en las Madres Cuidadoras, la importancia del consumo del niño, de la totalidad de la ración,

“...las (Madres) Cuidadoras saben que el niño tiene que consumir el alimento todos los días, sin llegar a forzarlos tampoco, lo que se quiere es que tenga ella una actitud adecuada en el momento de la alimentación, que tenga sensibilidad, que tenga responsabilidad y que tenga también mucha estrategia de cómo va a lograr que este niño logre comer, eso es parte de una de las tareas que tiene en lo que es la alimentación interactiva lo otro es también que el niño coma solo, eso no es fácil, los niños locales aprenden a comer solo a partir del año y medio y muchas (Madres) Cuidadoras logran que el niño coma antes del año y medio” (P-Especialista en Nutrición-SCD)

Asimismo, suele visitar los CCD, además del Servicio Alimentario, con el fin de observar cómo se desarrolla la alimentación de los niños; observación que permite identificar aquellos aspectos que pueden reajustarse y también reforzarse, en el desempeño de las Madres Cuidadoras (tal como se informa, el acompañamiento y el seguimiento se convierten en estrategias que apoyan la consolidación de la práctica, pues pueden detectarse a través de su ejercicio, las debilidades que aún subsisten y puedan ser superadas con la orientaciones que se brindan),

*“¿Alguna vez las (Madres) Cuidadoras le han preguntado alguna cosa, o han tenido alguna duda (...)? Con respecto al micronutriente, bueno, sí y uno les explica. Antes de esto había reuniones. ¿Qué explicaban? Si se les explicaba, el por qué es necesario y todo eso, y ellos ya saben por qué es importante (...) nosotros vamos a los locales y necesitaremos vemos su estado, vamos a la hora del almuerzo, estamos observando. **Al inicio debe haber sido difícil.** Sí claro, sobre todo con las (Madres) Cuidadoras, que le dieron, que no le dieron, “que me olvidé”...si hay algunas dificultades, pero si se monitorea (...) entonces eso se va superando poco a poco, no es fácil” (P-Especialista en Nutrición SCD)*

El seguimiento y monitoreo del **consumo** en el CCD, dada su importancia, implica la articulación y coordinación de diferentes actores en responsabilidades de acompañamiento y evaluación del servicio; así, Especialistas y Acompañantes Técnicos, se concentran en este aspecto, teniendo en cuenta los indicadores de desnutrición crónica y anemia, condiciones presentes en los niños,

“¿Usted cuando va a visitar (los CCD) les hace alguna retroalimentación a las Madres Cuidadoras (...)? (...) por supuesto de inmediato uno va observando, ya luego se les hace las observaciones, porque es importante que se le haga comer el 80 o 90 por ciento de lo que les enviamos” (P-Especialista en Nutrición SCD)

(c) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

➤ **ACOMPAÑANTES TÉCNICOS**

Los Acompañantes Técnicos buscan formas de capacitar a sus equipos con respecto a MMN, coordinando con el personal de salud. Comentan que tuvieron que tratar de sensibilizar a las familias sobre MMN, cuando todavía no habían sido apropiadamente capacitados. Ya que no les es posible verificar el consumo de MMN, se concentran en sensibilizar a la madre en cuanto al uso de MMN.

“... yo creo que se quiso sensibilizar a las familias pero no lograban sensibilizar al personal. Nosotros como programa como servicio hemos tenido varios espacios para compartir el tema de Chispitas a nivel regional por ejemplo se han tenido eventos con la Diresa para que también participemos como equipo técnico - las personas que estamos en oficina y todos los acompañantes comunitarios y técnicos que están en los distritos tuvieron jornadas de ese tipo para que nosotros también descifremos las dudas porque hay muchos mitos, hay tabúes.” (P1 – Acompañante Técnico SAF)

➤ **FACILITADORAS**

Las Facilitadoras, llevan a cabo visitas domiciliarias y hacen su rutina de juegos y desarrollo infantil con los niños. Comentan que necesitan mejorar su capacitación y renovar el material que usan para jugar con los niños.

“Bueno, tienen que un poco prepararse más las [facilitadoras]. Debe haber más preparación para ellas y más dotación de material porque el niño aprende también jugando, debe haber más dotación de material, parece que, alguien me estaba diciendo que es lo mismo, lo mismo, el mismo material no, no les han dotado de más material para este año, creo. El año pasado, nosotros como municipalidad les donamos algunos juguetes de material no tóxico para que les puedan llevar a los niños de Llanta, por ejemplo.” (P1 – Funcionario municipal SAF2)

El tratamiento respecto al MMN se halla muy acotado, en la medida que la información principal que deben recoger las Facilitadoras, se articula en torno a si se ha recibido el MMN y si éste se ofrece o no al niño (más allá de la referencia de la CP, no se cuenta con herramientas o estrategias que permitan verificar el consumo efectivo). Sin embargo, durante las visitas, se motiva y promueve su consumo, enfatizando sus beneficios en la salud y desarrollo de los niños.

(3) **Región Ucayali**

(a) **Personal de Salud (CRED)**

El personal de salud de CRED, es responsable de llevar a cabo los controles CRED, que los niños reciban sus vacunas y sus MMN. Además se encargan de que todos los registros estén completos con la información necesaria. Les dan consejería a las madres con respecto a MMN, recalando los posibles efectos secundarios y cómo manejarlos. Coordinan con el SCD y las autoridades de la Municipalidad para llevar a cabo sesiones demostrativas. Además en Ucayali, coordinan con el DCI (articulado de nutrición – Desnutrición Crónica Infantil) para que ellos lleven a cabo visitas domiciliarias donde revisan si los niños han dado a su control, y si necesitan vacunas o MMN.

“La consejería que es sobre MMN, lo primero que yo le digo siempre es la cantidad de la comida que va a tener y que le tiene que agregar los MMN sobre todo tengo que orientar las posibles reacciones normales que puede presentar el niño. Las reacciones adversas que se dicen, porque si no sabe la mamá no lo va a seguir dando. Sabe que señora le vas a agregar su MMN, pero debo advertirte que puede ser que las heces del niño, no es que puede, si se va a presentar un poco más negruzca, puede hacerse un poquito más pastoso, más líquida, si son reacciones normales...” (U1 – Personal de Salud CRED SCD)

(b) **Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno**

➤ **MADRES CUIDADORAS**

Las Madres Cuidadoras son responsables de darles a los niños los MMN durante el almuerzo y pedirles a las madres que les entreguen las cajitas de MMN.

➤ ESPECIALISTAS DEL SCD

La Especialista de Nutrición entrevistada comenta que coordina con el centro de salud, sacando citas para los niños que no han ido a sus controles y acompañado a los padres durante la misma, para recibir los MMN. Desarrollan sesiones demostrativas en coordinación con el personal de salud, para los padres en los Centros de Cuidado Diurno, preparando comida con MMN y haciéndoles probar para demostrar que no tiene sabor.

“Las funciones que realizo como especialista es la programación mensual de los menús de acuerdo a los requerimientos de micronutrientes y proteínas que requiere el niño. Asimismo, también se hace el seguimiento o vigilancia del consumo de los alimentos. El servicio de seguimiento a los alimentos que brinden calidad sanitaria para que no haya un problema de repente intoxicación y se vigila también y se ve la selección de proveedores que diariamente o quincenalmente se está distribuyendo a los locales, a nuestros comités de gestión, los alimentos.” (U – Especialista en Nutrición SCD)

Entre las principales responsabilidades de la Especialista en Salud y que se vinculan directamente, con el consumo adecuado de los MMN, encontramos *actividades de capacitación y asistencia técnica* que se desarrollan con diversos actores claves del Servicio, entre ellos Acompañantes Técnicos y colaboradoras voluntarias como Madres Cuidadoras y Madres Guía; asimismo, se desarrollan *actividades de seguimiento del consumo de los MMN en los CCD*. Otra responsabilidad central reside en las *coordinaciones* que se establecen con el sector salud y autoridades en diversas instancias. En lo que concierne a las actividades de asistencia técnica y capacitación, éstas tienen como marco principal, las prácticas de cuidado y de salud de los niños; las mismas que se refuerzan con los actores involucrados en el funcionamiento del SCD. Con las Madres Cuidadoras, directas responsables de garantizar el consumo de los MMN, se ha trabajado todo lo concerniente a la preparación y administración adecuada de los MMN; el correcto almacenamiento de los sobres, así como su adecuada identificación; además de orientaciones en torno a la alimentación responsiva. Otro aspecto sobre el cual se incide, lo constituye la organización a tener en cuenta, durante el momento de alimentación de los niños (sobre todo, considerando el número de niños que se atiende, sus edades y necesidad de ayuda para comer). Y como tema básico y permanente, la importancia del consumo de los MMN y sus múltiples beneficios en la salud de los niños,

“...con las Madres Cuidadoras (...) se ha orientado que ellas puedan tener un lugar adecuado para su conservación (sobres de MMN que la CP entrega) y también se les ha orientado para que ellos puedan identificar por niño, para hacer un seguimiento. Y lo otro, es garantizar al momento de dar al niño, se haga en una forma adecuada (...) el Programa, de alguna forma, promueve la alimentación interactiva, pero en realidad, es bastante difícil, cuando a veces tienen diferentes edades (...) se les ha orientado de que primero debemos atender al niño más pequeño y los más grandecitos, que ya son de alguna forma, más independientes, igual se les acompaña (...) y entre ellas (MMCC) también organizarse, para apoyarse...” (U-Especialista en Salud SCD)

Con el personal técnico-PNCM a nivel local – Acompañantes Técnicos – se trabaja temas concernientes al cuidado de la salud infantil; serán estos actores, quienes luego tienen la responsabilidad de capacitar y realizar el respectivo acompañamiento a Madres Cuidadoras, así como actores comunales.

Las actividades de *seguimiento*, conforman otra responsabilidad clave de este actor. Respecto al MMN, la atención se centraría en la evaluación de cómo las Madres Cuidadoras, estarían conservando y almacenando los sobres de MMN; registrando el consumo de los niños y cómo estaría siendo preparado y ofrecido. El seguimiento permitiría identificar los aciertos pero también las dificultades en torno a los aspectos mencionados; organizándose sesiones de refuerzo y capacitación, con el fin de introducir los ajustes necesarios,

“...en las visitas de monitoreo, aprovechamos en poder fortalecer, por eso es que a veces, nuestras visitas, no solamente, son de observación y registro, sino también de asistencia. Entonces, trabajamos las partes débiles que se encuentran con las Madres Cuidadoras y también esto se comparte con sus Acompañantes Técnicos, para que se refuerce” (U Especialista en Salud SCD)

En cuanto a las *actividades de coordinación*, éstas se establecen con el sector salud, siendo los principales temas desarrollados, asegurar la provisión oportuna de MMN y el seguimiento a la atención que recibe el niño, respecto al control de CRED,

“...trabajamos con las Diresa, con los Jefes de interredes y luego de establecimientos, para garantizar la provisión del insumo (se refiere a los MMN)” (U Especialista en Salud SCD)

“¿Y con quién coordina este seguimiento? Con los responsables de las Estrategias, tanto del Área Niño como del Área de Promoción, el Área de Nutrición (...) pero lo que más se hace seguimiento, es a la atención que debe recibir el niño, del paquete de atención de control CRED, es el seguimiento que más se hace, se hace de forma incluso mensual, incluso, tenemos una ficha de seguimiento al cuidado de la salud infantil...” (U Especialista en Salud SCD)

(c) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

➤ **ACOMPAÑANTE COMUNITARIO**

El Acompañante Comunitario realiza visitas domiciliarias en base a la lista de cotejo. Estas visitas verifican la recepción de MMN y cubren cualquier brecha que hayan dejado las facilitadoras y los acompañantes técnicos. Además visitan los Comités de Gestión bajo su responsabilidad y reciben apoyo del personal de salud para hacer las capacitaciones y sesiones de sensibilización. Los Acompañantes Técnicos llevan a cabo sesiones de socialización con las madres donde se tocan temas de salud como el lavado de manos, preparación de alimentos y MMN.

➤ **FACILITADORAS**

Las Facilitadoras hacen visitas domiciliarias a las familias, coordinar con las autoridades y buscar formas de atraer más familias al programa.

“Bueno, realmente me siento muy contento, mi trabajo no es solo con madres usuarias sino siempre con las autoridades siempre alentando, dando orientaciones a nuestros comuneros, participando con los suyos, colaborando algunas cosas que faltan, así es, así es mi labor como facilitador, yo tengo que tratar de como...atraer como unimos a las mamás.” (U2 – Facilitador SAF1)

➤ **COMITÉS DE GESTIÓN Y VIGILANCIA**

Los miembros del Comité de Gestión llenan una ficha donde les preguntan a las familias si están consumiendo MMN. El Comité de Gestión también se asegura de que no falte nada en los Centros, que se hagan las entregas de comida a tiempo y supervisa al personal de cocina – sobre todo en cuestiones de higiene. Por su parte, los miembros del Comité de Vigilancia se sienten responsables de hablar con las madres y promover el consumo de MMN.

“Bueno exigir...el consejo de vigilancia nosotros tenemos que exigir que le den de comer porque ese es lo que ayuda al niño, mejor dicho para que no lo boten que tienen que dar.” (U2 – Comité de Vigilancia SAF)

➤ **PERSONAL DEL SALUD DEL SAF**

El personal de salud a nivel de CRED asociado al SAF es responsable de dar consejería sobre alimentación complementaria, incluyendo MMN. Coordinan con el SCD para que les puedan dar los MMN a los niños en los Centros de Cuidado Diurno. Capacitan y hacen sesiones demostrativas con los agentes comunitarios de salud y coordinan con ellos cuando traen pacientes que necesitan atención. Colaboraron con la Municipalidad para levantar una línea de base sobre el estado de desnutrición crónica en el área pero se quedó en recolección de datos solamente. Si tienen un excedente de MMN, se los dan a los Centros de Cuidado Diurno. El personal de salud entrevistado comenta que hay poca oportunidad para darle consejería de calidad a las madres sobre los MMN y/o sesiones demostrativas – por afluencia de pacientes y falta de tiempo. Tampoco tienen material didáctico relacionado a MMN.

“Sobre la calidad, la consistencia, la frecuencia, la cantidad y todos los nutrientes que contiene esa papilla, esa mazamorra y lo que corresponde darle al niño de acuerdo a edad. En eso consiste la consejería y aunado a, eso pues, le incluye los micronutrientes ¿no? sobre la importancia de consumir estos micronutrientes porque a veces la dieta no cubre las necesidades. Especialmente en el poblador de la selva.” (U2 – Personal de Salud microrred SAF)

“Ya, en las atenciones de CRED lo que realizamos son control de peso, talla, se observa el carnet de vacunación de los niños de ahí se orienta sobre alimentación y nutrición, sobre la lactancia materna adecuada en los niños menores de 6 [meses], y en la administración, siempre de los micronutrientes, sulfato ferroso...” (U2 – Personal de Salud CRED SAF)

B) Subdimensión: Responsabilidades de apoyo y coordinación

(1) Región Huancavelica

(a) Personal de salud (Red, Micro-Red), Jefe de la Unidad Técnica y Encargado de Asuntos sociales o de salud del Municipio

El Jefe de la Unidad Técnica realiza reuniones temáticas que incluyen el tema de MMN para coordinar con todos los actores y asegurarse que están trabajando de manera articulada.

“Sostener reuniones en las redes, en los establecimientos de salud, con el personal del establecimiento, el personal de Cuna Más para justamente tomar algunos acuerdos, por ejemplo, en garantizar que el consumo de los multimicronutrientes sea de lo mejor. O sea, que como yo garantizo a la familia para que puedan consumirlo, ¿no? Y... que todos los programas en este caso Cuna Más y el Minsa, vaya con un solo mensaje. Un solo mensaje integrado.” (H – JUT)

El Encargado de Asuntos sociales o de salud del Municipio se encarga de apoyar al personal de salud para que puedan cumplir sus funciones, por ejemplo identificando presupuesto para que haya un chofer de ambulancia o apoyándolos con alguna campaña de salud. Estas coordinaciones se hacen de forma informal, ya que no tienen un convenio directo con la DIRESA. También apoya al SCD en la identificación y ocupación de infraestructura para sus servicios. En algunos casos han dado presupuesto para que se hagan sesiones demostrativas de MMN, coordinan con los programas sociales para trabajar articuladamente y abordar problemas de manera conjunta y se apoyan para mantener el padrón nominal, sobre todo asegurándose que todos los niños tengan DNI para que puedan acceder a servicios.

“En ese cuadrito de análisis se designa la actividad y quienes la ejecutan según el conocimiento que tengan. Cuando es cuestión de presupuesto, coordinaciones o infraestructura lo hacemos nosotros mayormente. Todo en asistencia técnica en salud quien asesora es salud en conjunto con los agentes, ellos están capacitados por ejemplo tenemos a dos horas, entonces no tenemos movilidad, nos piden materiales, recursos ahí entramos nosotros disponiendo de movilidad, accesibilidad, etc.” (H1 – Funcionario municipal)

“Sí, claro principalmente en los registros de los niños en el padrón nominal. Salud, hace registro de padrón nominal, porque nosotros como Gobierno Local llevamos el padrón nominado y tenemos que estar coordinando, ahí se ve la identidad de los niños también si tiene DNI o no.” (H2 – Funcionario municipal)

El personal de salud a nivel de Red, tiene un rol de supervisión de actividades por parte de las Micro-redes y los puestos de salud, y de consolidación de información. Además hacen capacitaciones al personal responsable de todo el proceso, desde la supervisión de que los insumos estén en los establecimientos de salud por parte de nutricionistas, la entrega por parte del personal de CRED y el seguimiento y monitoreo. Con el SCD han trabajado un proyecto de promoción de MMN llamado Nutri-wawa. En algunas instancias, a nivel de Red no tienen ninguna coordinación directa con las actividades del SCD pero en otras han logrado colaborar de manera muy eficiente, dándoles directamente los MMN para que los niños los consuman. Además mantienen un padrón nominal de agentes comunitarios de salud para saber cuáles están activos y poder acceder a su apoyo si es necesario y se responsabilizan de monitorear el stock de MMN, haciendo pedidos cada 3 meses. En cuanto a facilidades y dificultades en desempeñar su trabajo, el personal entrevistado comentó que la norma por parte del MINSA de que los MMN deben ser entregados durante una visita CRED, son un obstáculo para el consumo particularmente en los Centros de Cuidado Diurno.

“Bien, pues se hicieron réplicas provinciales para ver el tema de capacitar a todo el personal de salud, de cómo debía ser la entrega de estos suplementos ¿no? Ahí se intervino con los responsables de nutrición, que estaban enfocados en ver, garantizar que los insumos estén en los establecimientos de salud. Los responsables del niño eran los que tenían que entregar los suplementos a cada una de las pacientes que entrara a consulta de CRED. Luego, ya pasábamos al tema de seguimiento... ¿Qué estrategias tenían que realizar? Y el seguimiento de consumo a nivel de hogares. Eso ha sido todo nuestro trabajo.” (H – Personal de Salud Red)

A nivel de Micro-red, el personal de salud se asegura que los agentes comunitarios de salud tengan los conocimientos técnicos para llevar a cabo las sesiones demostrativas de preparación de alimentos y que puedan orientar a las familias en temas de alimentación. Además los ayudan a coordinar las

sesiones. Llevan a cabo sesiones educativas con otros actores comunitarios como Vaso de Leche y JUNTOS, y atienden pacientes en el consultorio cuando hay consultas relacionadas a nutrición. También consolidan la información que reciben de los puestos de salud – digitando las fichas SIEN y enviando esta información mensualmente a la Red. Hacen inspecciones sanitarias a los servicios alimentarios del programa de SCD, dos o tres veces al año. Desde este año, estas inspecciones incluyen también la valoración nutricional de los alimentos, lo cual se incluye en un reporte que va a la DIRESA, y son ellos los que coordinan con el SCD para compartir esa información. Coordinan con las madres guías del SCD si hay casos de desnutrición, para investigar qué está pasando con esos niños y cómo se les puede ayudar. Dan consejería a las madres sobre cómo preparar el MMN y cómo dárselos a los niños. En algunas instancias coordinan con el SCD para darles los MMN directamente y así asegurar mejor su consumo y además trabajan en conjunto con el SCD para asegurarse que todos los niños asistan a sus controles.

“Bueno, sí, trabajándose lo que son inspecciones sanitarias a los servicios alimentarios del programa Cuna Más. Estas inspecciones sanitarias las hacemos dos veces al año y eso es lo que estamos un poco viendo. Al hacer inspecciones sanitarias, no solamente cerramos en lo que es inspección sanitaria, a partir de este año, estamos haciendo lo que es la valoración nutricional de las raciones que se sirven. El peso de, tanto de lo que son alimentos en peso bruto, peso neto y las raciones que se van sirviendo, para luego hacer un informe también a DIRESA y DIRESA ya coordina con el mismo programa de Cuna Más.” (H1 – Personal de Salud microrred SCD)

(b) **Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno**

➤ **ACOMPAÑANTE TECNICO**

El Acompañante Técnico coordina con el personal de salud para asegurarse que las madres cuidadoras saquen sus certificados médicos–psicológicos. También visitan los Centros de Cuidado Diurno cada dos semanas y supervisan el trabajo de las Madres Cuidadoras. Durante sus sesiones de socialización promueven la alimentación activa para que las Madres Cuidadoras la apliquen en los Centros de Cuidado Diurno. Coordinan con los Comités de Gestión y Vigilancia para facilitar su trabajo. Además coordinan y articulan con otras entidades locales para promover el programa y maximizar actividades, y completan documentación para gestionar el uso de locales municipales para el SCD. Consolidan información sobre el uso de MMN y sulfato ferroso para enviar a los Especialistas de Salud. Los AT entrevistados, comentan que mayor coordinación con el personal de salud les facilitaría la capacitación de las madres cuidadoras con respecto a MMN, así como asegurar la entrega de los MMN a las madres.

“Como AT, hacer gestiones, para ir a coordinar con los Puestos de Salud, para ver el crecimiento, control CRED. Tenemos también la Tercera Guía, hacemos seguimiento de su peso y talla de los niños, mensualmente, trimestralmente.” (H2 – Acompañante Técnico SCD)

➤ **CÓMITES DE GESTIÓN Y VIGILANCIA**

El Comité de Gestión, es responsable de manejar el presupuesto para el SCD, sobre todo para la compra de alimentos, gastos operativos y funcionales. Además hacen cualquier compra necesaria de utensilios. Su rol se enfoca en visitar los Centros y verifican que todo esté funcionando bien, cómo se están desempeñando las Cuidadoras, qué necesidades hay en los locales, etc. Además coordinan con la municipalidad para que les presten infraestructura para los Centros. Por su parte el Comité de Vigilancia, se responsabiliza de visitar los Centros de Cuidado Diurno y verificar el trabajo del Comité de Gestión (por ejemplo revisando que compras se están haciendo, su rendición de cuentas, etc.). En algunos casos, verifican que los niños estén recibiendo los MMN en los Centros y cuando el consumo de MMN no se está dando, se reúnen con las Madres Cuidadoras y las madres para promover el consumo de los mismos. Los miembros de estos Comités hacen una labor voluntaria por lo tanto es difícil en algunas ocasiones que prioricen sus responsabilidades. En algunas ocasiones, los miembros de los Comités se quejan de que la Municipalidad no responde a sus necesidades de locales y que el presupuesto que tienen es demasiado limitado para cumplir con sus responsabilidades.

“Así por ejemplo, cuando visitamos señorita, nosotros miramos qué cosas está necesitando, las Madres Cuidadoras y qué cosas, les está faltando a los niños. Eso miramos y compramos señorita, lo que falta para los niños, tal vez, están terminando sus materiales, las Mamás (Cuidadoras) lo que enseñan. Eso nos anotamos y después compramos, pa otro mes.” (H2 – Comité de Gestión SCD)

➤ ESPECIALISTAS DE SCD

El Especialista en Gestión Comunal, es responsable de capacitar a los miembros de los Comités de Gestión y Vigilancia, de inspeccionar la infraestructura para los Centro de Cuidado Diurno y de hacer la migración de hogares hacia locales comunales.

Los Especialistas de Nutrición, verifican la calidad de los alimentos para los niños en los Centros de Cuidado Diurno. Desde su recepción, manipulación, cocción y producto terminado. Trabajan en conjunto con los Especialistas en Salud para ver el tema de MMN.

“... las especialistas de nutrición más que nada ven también que la calidad de los alimentos sean los más óptimos, entonces se trabaja y se capacita a las socias de cocina en temas de todo almacenamiento, calidad nutricional, manejo de productos, cocción y todo ello, entonces lo que más nos estamos basando ahorita como especialistas es el manipuleo de los alimentos, desde que ingresa hasta que sea el producto terminado y a las condiciones adecuadas para que el niño pueda consumir. Eso es la mayor parte que se hace, el especialista de salud y es otra parte, no tan grande, pero sí es, trabajar en conjunto con las de salud para ver ese tema de las chispitas.” (H – Especialista en Nutrición SCD)

(c) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

➤ COORDINADORES DEL SAF

Los Coordinadores consideran que dentro de sus responsabilidades, deben sensibilizar a las familias usuarias y coordinar con el personal de salud y el Comité de Vigilancia para promover el uso de los MMN. El Coordinador entrevistado, considera que hay compromiso por parte del personal de salud con respecto a los MMN y esto facilita su trabajo.

➤ ACOMPAÑANTE COMUNITARIO

El Acompañante Comunitario es responsable de visitar los Comités de Gestión y Vigilancia supervisando su trabajo, el uso de su presupuesto y asegurándose que estén funcionando. Además organizan reuniones con los mismos. También trabajan con otras instituciones por ejemplo: JUNTOS, FONCODES y ONGs para facilitar que los servicios de estas instituciones lleguen a su comunidad y sirvan de ‘gancho’ para atraer a más familias al SAF. Sensibilizan a los miembros de los Comités de Gestión y Vigilancia, así como a las familias usuarias sobre la importancia de los MMN y de la primera infancia para la salud y nutrición de los niños. Esto se hace principalmente por medio de reuniones mensuales. Dan asistencia técnica a las facilitadoras y supervisan su pago, llevan a cabo la ‘vigilancia comunitaria’, verifican uso/consumo de MMN utilizando el cuadro del Servicio de Vigilancia Comunitaria (SIVICO), y coordinan con el personal de salud para organizar sesiones demostrativas de la preparación de MMN.

“Bueno, tenemos nuestras funciones ¿no? – una es brindar asistencia técnica al comité de gestión, consejo de vigilancia en sus roles y funciones de manera personalizada o puede ser grupal, para que ellos también conozcan cuáles son sus funciones y qué cosas deben hacer. El otro es coordinación con los establecimientos de salud o con las Instituciones que hay dentro de la comunidad primaria u otras ONG’s enmarcados siempre en favor de primera infancia. También se da asistencia técnica en lo que es retiro de fondos, como viene un presupuesto al Comité de gestión; en este caso, al Presidente o tesorero para que cómo van funcionando, qué se debe hacer, cómo se debe rellenar los formatos, cómo se hacen las rendiciones y recibir asistencia técnica. Y también hay actividades puntuales acá en el programa, que debemos cumplir nosotros como acompañantes comunitarios, por ejemplo, la meta de las familias. Si estamos bajando, si estamos subiendo; cómo se está desarrollando el tema con las facilitadoras, con el acompañante técnico qué dificultades hay en el camino, para poder ambos resolverlo porque el trabajo es en equipo, no de uno solo.” (H2 – Acompañante Comunitario SAF)

➤ COMITÉS DE GESTIÓN Y VIGILANCIA

El Comité de Gestión es responsable de supervisar a los promotores y reclutar nuevos si es necesario para asegurar mayor cobertura. Además administra el presupuesto del programa y le paga a las facilitadoras. Contribuyen a la sensibilización de las familias usuarias con respecto a los MMN y al seguimiento de su uso utilizando el cuadro SIVICO. Además capacitan a los miembros de su equipo - acompañante comunitario, acompañante técnico, miembros del comité de gestión, consejo de vigilancia y facilitadoras. Por su parte, el Comité de Vigilancia supervisa el trabajo de las facilitadoras, visitando por lo menos dos al mes y llenando sus observaciones en el Cuaderno de

Campo. También coordina con el puesto de salud y con el SCD para darle el mejor servicio posible a la comunidad.

“... hacer seguimiento a la entrega y consumo de micronutrientes en nuestras familias. En ese espacio, nosotros a través de los comités de gestión y los profesionales que se encuentran en el campo, el acompañante comunitario y el acompañante técnico, se está haciendo el seguimiento al consumo de los micronutrientes en nuestras familias usuarias. Por ejemplo, nosotros, hemos elaborado un instrumento, el SEVICO, donde estamos reportando qué cantidad de familias tenemos dentro de un comité “x” que están consumiendo micronutrientes en el mes. Y qué cantidad de familias, también, no consumen. Incluso tenemos una parte de observación donde manifiestan por qué. Porque hay familias que son migrantes, viajan por un tiempo, vuelven, entonces estamos haciendo ese trabajo.” (H – Especialista de Ejecución y Seguimiento a la Gestión Comunal SAF)

“Tucuyricuy les decimos – a ellos pues ya, como es Consejo de Vigilancia, a veces en lenguaje más familiar nosotros les decimos ustedes son los Tucuyricuy. ¿Que en español significa? Que tiene que ver, hacer vigilancia a todo, no solo del SAF. Cómo está trabajando inicial, primaria – cómo está atendiendo el Establecimiento de Salud, está cumpliendo o no se está cumpliendo. A las familias, sí están recibiendo las visitas de las facilitadoras o que dificultades tienen, porque ellos tienen un cuadernito también donde hacen su vigilancia comunitaria.” (H2 – Acompañante Comunitaria SAF)

➤ ESPECIALISTAS DEL SAF

El Especialista en Seguimiento y Ejecución de trabajo con familias coordina con el personal de salud para promover los MMN y acceder a asistencia técnica que necesiten. También realiza sesiones de socialización en los Centros de Cuidado Diurno y otras instancias comunitarias.

“Entonces, como nosotros tenemos nuestras sesiones de socialización conjuntamente con el personal de salud, se da pues todo lo que es el consumo – netamente cómo se deben dar las chispitas a los niños. Entonces, si se está dando de manera coordinada, pero como no al 100%. Incluso en otros centros de salud, un poquito que no conocen el convenio – todo ello ¿no? Entonces en los lugares donde si trabajamos de manera coordinada, para las ejecuciones de las acciones, justamente se pide el apoyo del personal de salud - y ellos desde su área misma brindan la asistencia técnica ya para todas las familias. Entonces sí está dándose esas coordinaciones...” (H - Especialista de Ejecución y Seguimiento al trabajo con Familias SAF)

(2) Región Piura

(a) Personal de salud (DIRESA, Micro-red), Jefe de la Unidad Técnica y Encargado de Asuntos sociales o de salud del Municipio

A nivel de DIRESA, el personal de salud es responsable de monitorear estrategias a nivel de la Red, sobre todo las relacionadas con el cumplimiento del CRED. En algunas ocasiones, organizan visitas domiciliarias, donde pueden observar directamente el consumo de MMN, sin embargo son muy limitadas en número.

A nivel de Micro-red, el personal de salud es responsable de supervisar los controles CRED, vacunas, sesiones demostrativas, todo lo que es la atención integral al niño en 29 establecimientos. Llevan a cabo sesiones demostrativas, específicamente sobre alimentos con los promotores de salud para enseñarles cómo utilizar y preparar los MMN. Coordinan con el personal de la Municipalidad y les piden apoyo por ejemplo cuando tienen un desabastecimiento de MMN. Además coordinan con el programa JUNTOS, dándoles acceso a los establecimientos de salud para que hagan su seguimiento. El personal entrevistado comenta que se requiere mejor coordinación dentro de las diferentes áreas de los establecimientos de salud – especialmente MMN, que esta área en particular se beneficiaría de mayor soporte técnico.

“[...] Coordinamos con CRED para hacer el taller y hacer la valoración nutricional. Eso es lo que yo hago. Y recomendar a la madre qué tipo de alimento debe consumir. Se hace previa sesión demostrativa, coordinamos, porque los presupuestos que vienen o no llegan o llegan muy poco, pero nosotros tenemos que estar, no dejar de trabajar, porque la madre aprende viendo cómo uno lo prepara, con productos de bajo costo y de libre disponibilidad. Como tú puedes ver tengo mi licuadora, tengo cocina eléctrica... comienzo a preparar, coordinamos, y entonces yo pido apoyo de la enfermera de CRED, tráeme una papa, tráeme un higadito, tráeme pescadito y les comienzo a enseñar.” (P2 – Personal de Salud microrred SCD)

El Jefe de la Unidad Técnica coordina con distintos actores, incluyendo las familias, en distintos niveles para promover los programas sociales. Sin embargo, comenta que tiene dificultades para colaborar y coordinar con actores más allá del nivel comunitario.

“... hacemos un inicio de vincularnos con la comunidad, con los que conviven ahí como instituciones de salud, educación, a ese nivel la gente es bastante participativa en las comunidades, cuando llegas a distritos el alcalde ni siquiera participa a veces, el gerente de clase menos, te delega a la enfermera, por eso cuando le preguntas te dice que no sé nada de Cuna-más, siempre estamos invitando y nunca participa, al final envían a otra persona, la otra persona seguramente te dirá o no te reportará lo que participó en la reunión o nunca le prestaste atención o nunca le pediste un informe, ese es el tema.” (P – JUT)

El Encargado de Asuntos Sociales y de Salud de la Municipalidad es responsable de coordinar con el personal de salud para compartir información del padrón nominal e información recogida de los agentes comunitarios, quienes hacen visitas domiciliarias. Apoya a los puestos de salud y al SCD con infraestructura y acondicionamiento de locales, y algún otro apoyo – prestando materiales y equipo. Asiste a reuniones del SIREDI (Sistema regional contra la desnutrición infantil crónica) organizadas por el gobierno regional, donde también coordinan con otros actores (salud, UGEL, SCD y JUNTOS). Apoyan el desarrollo de NUSACOS (Núcleos de Salud Comunal) en poblados donde no hay centros de salud. Además tienen un equipo médico municipal que va a las comunidades más apartadas para prestar atención in-situ. Coordinan con la Micro-red para el establecimiento de un centro de promoción y vigilancia – enfocado en madres gestantes y la primera infancia. Coordinan además con SCD para ayudarles a promover el programa y cubrir áreas donde ellos no llegan.

“Con respecto al padrón nominal, que es brindar información de los niños de 0 a 6 años. Nosotros visitamos a los establecimientos de salud y a los domicilios para constatar la edad de los niños, el nivel socioeconómico en el que se encuentran y esa información se coteja con la que maneja cada centro de salud de la cual depende cada sector.” (P1 – Funcionario municipal SAF1)

(b) **Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno**

➤ **COORDINADOR DEL SCD**

El Coordinador, es responsable de coordinar con el establecimiento de salud para brindarles capacitación a las madres cuidadoras. Comenta que han logrado buenos vínculos con los establecimientos de salud, los cuales les dan facilidades a los padres del SCD y les prestan los establecimientos para capacitaciones.

“...pero vimos también que era muy importante que las cuidadoras sean capacitadas por el establecimiento de salud entonces coordinamos con ellas en diferentes fechas y fueron el establecimiento de salud en coordinación con el acompañante técnico con las especialistas de salud y mi persona quienes armamos toda una estrategia para que todas las cuidadoras fueran capacitadas.” (P – Coordinador SCD)

➤ **COMITÉ DE GESTIÓN Y VIGILANCIA**

Los miembros del Comité de Gestión son responsables de manejar el presupuesto y hacer las compras de los alimentos y cualquier otro material (didáctico, juguetes, toallas, cepillos, etc.) para los Centros de Cuidado Diurno. Además promueven con las Madres Cuidadoras el consumo de MMN dentro de los Centros. Los miembros del Comité de Vigilancia, verifican el consumo de MMN en los Centros de Cuidado Diurno cuando hacen sus visitas de supervisión.

“Yo voy la hora de los almuerzos. Y veo que la madre cuidadora tiene que darle el micronutriente, la chispita al niño, yo veo que ahí les tienen su tapercito. [...] yo le digo “Traten de que los niños que están por las chispitas, que se lo traten de comer” entonces yo observo si al niño, se lo dan. Entonces sí, sí se lo dan y el niño sí lo aprecia todo y de ahí ya, bueno, la madre cuidadora se encarga de darle el resto de comida.” (P2 – Consejo de Vigilancia SCD)

➤ **ESPECIALISTAS DEL SCD**

Los Especialistas de Nutrición, son responsables de supervisar la calidad nutricional de los alimentos que se preparan para el Centro de Cuidado Diurno, la cantidad de las raciones, programar menús y capacitar al personal del SCD.

“Tenemos componentes con varias funciones, que tienen que ver ya con lo que es calidad nutricional, con las raciones, con programación de los menús, con capacitaciones, muy diferentes ..., por supuesto trabajar mucho.” (P – Especialista en Nutrición SCD)

“Nosotros, es importante que como programa sepamos reconocer al personal que existe en el campo dentro de los establecimientos de salud. Ellos están capacitados así que hacemos un plan formal con ellos para que puedan capacitar exclusivamente a nuestras madres cuidadoras

Ah ya, ¿entonces tú los orientas hacia tu público? Claro, pero no solamente es mi público es el público de ellos también.” (P – Especialista en Salud SCD)

(c) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

➤ **COORDINADOR DEL SAF**

El Coordinador del SAF, es responsable de coordinar con las autoridades locales (FED, Gerencia de Desarrollo Social) para pedir que se entreguen MMN a las familias usuarias de SAF. Trabajan con los acompañantes técnicos para asegurarse que los puestos de salud tengan los MMN y con las facilitadoras para que preguntan sobre el uso de MMN durante sus visitas a las familias.

➤ **ACOMPAÑANTE COMUNITARIO**

Los Acompañante Comunitario trabajan con los Comités de Gestión y Vigilancia, organizando campañas de salud y de nutrición. Se aseguran que los Comités cumplan con su trabajo, que el Comité de Vigilancia supervise a las facilitadoras, que el Comité de Gestión elabore planes de trabajo y tenga su documentación al día. Son conscientes de la importancia de los MMN para combatir la anemia en su comunidad. Además buscan formas de articular con las autoridades y otras instituciones para promover la nutrición infantil. Las actividades del acompañante comunitario y el acompañante técnico se han consolidado y esto se presenta como algo positivo ya que disminuirá la necesidad de coordinación ya que una sola persona manejará todo la información y documentación necesaria.

“El acompañante comunitario se encarga del trabajo con el comité en gestión y consejo de vigilancia para que el servicio se desarrolle como debe ser, es decir ellos organizan de repente campañas de salud, charlas nutricionales, actividades en beneficio de los niños que están a su cargo. Igual el consejo de vigilancia se encarga que las facilitadoras cumplan con su visitas que los cronogramas se cumplan, que de repente el comité de gestión elabore un plan de trabajo, eso se cumpla para que nosotros digamos así no dejemos todas las cosas en el papel y de ahí digamos ya nada más, pero el comité de gestión justamente se encarga del funcionamiento administrativo y de documentos o coordinaciones.” (P1 – Acompañante Comunitario SAF)

➤ **COMITÉS DE GESTIÓN Y VIGILANCIA**

Los miembros del Comité de Gestión, coordinan con el puesto de salud y se informan sobre el estado de salud y nutrición de los niños y si hay algún problema. Manejan el presupuesto, pagándole a las facilitadoras y pagan otros gastos. Además recuerdan a las facilitadoras que promuevan los MMN durante sus visitas.

Por su parte, el Comité de Vigilancia coordinan con el personal de salud para llevar a cabo reuniones cada dos o tres meses y discutir temas de importancia, incluyendo MMN. Supervisan el trabajo de las facilitadoras (si llegan a tiempo y la calidad de sus visitas) y verifican que el Comité de Gestión este manejando adecuadamente el presupuesto y pagándoles a las facilitadoras.

“Bueno, en el consejo de vigilancia lo que a nosotros se nos ha encargado es hacer el seguimiento a las facilitadoras, si están llegando a su hora. Si se quedan toda la hora, si realizan las actividades que tienen que realizar y también al comité de gestión pues, si están pagando, están utilizando ese dinero en todo material, pues, que las señoritas tienen que comprarse.” (P1 – Consejo de Vigilancia SAF)

(3) **Región Ucayali**

(a) **Personal de Salud (DIRESA, Red, Micro-red)**

El personal de salud a nivel de la DIRESA, es responsable de asignar el presupuesto para que la parte operativa del CRED, vacunas y MMN tenga todos los insumos que necesita para que puedan cumplir con sus actividades. Esto implica también coordinar con los encargados de las áreas de salud

del niño, CRED e inmunización para definir actividades de seguimiento y capacitación. Además se encargan de capacitar a los agentes comunitarios de salud en temas de salud infantil, incluyendo MMN. Ven a los agentes comunitarios de salud como buenos promotores para aumentar el consumo de MMN. Trabajan con las autoridades municipales en el desarrollo de centros de promoción y vigilancia de salud infantil. Coordinan directamente con el SCD para compartir información sobre las familias usuarias y como avanza sus indicadores. Inclusive han participado en sesiones demostrativas sobre MMN. Además el personal entrevistado comenta que la coordinación con el SCD tiene ventajas claras para salud, ya que tienen la oportunidad de acceder a una de sus poblaciones claves de manera concentrada. Creen que podrían maximizarse las oportunidades de promover los MMN, expandiendo las oportunidades de hacerlo, por ejemplo lo podría hacer el obstetra y el médico también. En instancias cuando hay desabastecimientos de MMN tienen que revisar qué establecimientos tienen de más para poder cubrir las necesidades en aquellos establecimientos donde hacen falta.

“Ya, dentro de las micro-redes hay un responsable del área niño, pero también hay responsable de CRED y responsable de inmunizaciones en cada micro-red. Ellos hacen la coordinación con el responsable de etapa de vida niño y ellos a su vez hacen, toda la documentación y la envían al jefe de la micro-red, el jefe de la micro-red la envía directamente a esta oficina. Nosotros somos encargados de darles sus requerimientos, desde papelería, o si van a hacer visitas domiciliarias, lo que es combustible.” (U – Personal de Salud Región)

El personal al nivel de la Red, supervisa la calidad de los alimentos que se utilizan en los programas sociales. Llevan a cabo reuniones con el SCD para discutir cómo pueden aumentar el consumo de MMN, incluyendo actividades como sesiones demostrativas del uso y preparación de los MMN.

Al nivel de Micro-red, el personal de salud es responsable de la consejería a madres con respecto a alimentación complementaria y MMN. También hacen sesiones demostrativas con las juntas vecinales para enseñarles a las madres sobre alimentación complementaria y MMN. Para hacer estas sesiones demostrativas, además de coordinar con los jefes de las juntas vecinales, han tenido que coordinar con la municipalidad para que les den dinero para los refrigerios y con la Red para los alimentos. Además en algunas comunidades necesitan del apoyo de los agentes comunitarios de salud ya que ellos pueden convocar a las madres. Además son responsables de hacer visitas domiciliarias donde verifican el consumo de MMN y dan consejería a las familias. Llevan a cabo dos inspecciones del SCD cada año con respecto a la preparación higiénica de alimentos y su valor nutricional, y para esto ha recibido capacitación del CENAN. Coordinan con los agentes comunitarios de salud y los capacitan en cuestiones de nutrición y salud infantil.

“Y ahí hemos hecho alrededor de 22 Juntas Vecinales, de Sesiones Demostrativas. ¿Qué es lo que se ha enseñado ahí? Se llamaba a las mamás de cada Junta Vecinal que tenían sus hijos menores de 3 años, y también las mamás que de repente no tienen hijos menores de tres años, pero que de repente tienen nietos... Entonces ahí se le explicaba uno, la importancia de la chispita; dos, se le explicaba alimentos fuentes de hierro. ¿Para qué? para disminuir la anemia acá en la zona. Tres, a estas mamás se les ha enseñado el tipo de alimentación que deben recibir estos niñitos.” (U1 – Personal de Salud microrred)

“Aparte de esas, son las visitas domiciliarias. El seguimiento de que si ese niño está consumiendo su micronutriente, o no está consumiendo su micronutriente. Se hace orientación en general a la familia, consejería. También se hace seguimiento al consumo de sal yodada.” (U1 – Personal de Salud microrred)

(b) **Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno**

➤ **COMITÉ DE GESTIÓN Y VIGILANCIA**

Los miembros del Comité de Gestión, se reúnen con los ATs y administran el presupuesto. Coordinan actividades relacionadas a salud y nutrición infantil con otros actores de la comunidad, por ejemplo autoridades locales y ONGs. Además capacitan al personal de los Centros de Cuidado Diurno y se aseguran que sus certificaciones están al día.

“...a las cuidadoras también se les tiene que capacitar, se les tiene que estar viendo sus fechas de vencimiento de su certificación, de igual manera a la de cocina, igual a las almaceneras, siempre

capacitando, estar viendo a pesar de que todos los días siempre hay algunas faltas que es importante el comité, cumple un papel muy importante entonces ahí estamos.” (U1 – Comité de Gestión SCD)

Los miembros del Comité de Vigilancia verifican la calidad del servicio que da el SCD en su área de trabajo, asegurándose que las Madres Cuidadoras les dan MMN a los niños bajo su cuidado. Además se reúnen con el personal de salud, cuando se organiza alguna reunión.

*“Bueno he observado lo que si le dan buen uso para los niños, ya pues como dice todo niño necesita tener buena alimentación **Todas las cuidadoras le echan las chispas Sí.**” (U1 – Consejo de Vigilancia SCD)*

➤ ESPECIALISTAS DEL SCD

Los Especialistas en Nutrición son responsables de planear menús para el SCD, asegurando su calidad nutricional, sensorial y sanitaria. También capacitan a las socias de cocina y manipuladoras de alimentos y supervisan su trabajo.

➤ PERSONAL DE SALUD DEL SCD

El personal de salud a nivel de Micro-red, asociado con el SCD es responsable de socializar los datos del SIEN y evaluar tendencias en los indicadores de desnutrición y anemia. También se aseguran de que los establecimientos de salud sigan la guía técnica con respecto a medir hemoglobina y los requerimientos de MMN. En cuanto al monitoreo del consumo de MMN, han revisado las historias clínicas para ver si se está registrando la entrega, han hecho encuestas a las madres en establecimientos de salud para saber si les están entregando y han hecho capacitaciones al personal de los establecimientos con respecto a MMN.

“Acá tengo dos actividades muy grandes. Uno, hago lo que es la evaluación del sistema de información del estado nutricional, lo que se conoce como SIEN. Los datos han sido socializados en lo que es desnutrición crónica y anemia hace poco... Y lo otro es el monitoreo sobre la adherencia del micronutriente.” (U2 – Personal de Salud microrred SCD)

El personal de salud entrevistado comenta que no tienen coordinaciones a nivel de Micro-red con el SCD pero si tenían a nivel de puesto de salud. Sin embargo, la coordinación entre diferentes actores se complica porque todos tienen diferentes formas de trabajar, con diferentes formatos e información. Además existe una falta de articulación con los médicos, lo cual les limita la posibilidad de referirles pacientes que presentan anemia y requieren de tratamiento más allá de los MMN. Esto está relacionado al hecho de que la gestión y papelería relacionada a iniciar a un niño en el tratamiento de anemia es complicado porque no reciben apoyo de los médicos y aumenta su carga de trabajo.

“En sí más que nada quienes se preocupan por los Multis, somos nosotros el personal de enfermería, ya porque lo demás... porque así involucrados, concientizados, o todos preocupados, desde jefatura no lo veo.” (U2 – Personal de Salud CRED SCD)

(c) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

➤ COORDINADOR DEL SAF

El Coordinador del SAF es responsable de coordinar con el MINSA al empezar a trabajar en una zona determinada. Visita los puestos de salud y les informa que van a estar enviando a las gestantes y madres con niños pequeños al puesto de salud. Desarrolla un plan concertado con la DIRESA que les permita trabajar en colaboración. En cuanto a MMN, este plan incluye organizar sesiones demostrativas, visitas domiciliarias, seguimiento al consumo. Usan su experiencia de desarrollar estos planes para el SCD y la aplicarán al SAF. Han decidido cambiar su estrategia de coordinación con el personal de salud. Ahora se reúnen primero con la DIRESA y los jefes de Red y Micro-red antes de acercarse al puesto de salud. Esto facilita el flujo de información. Estas coordinaciones y planes concertados con el MINSA las tienen que hacer anualmente ya que el personal de salud cambia y a veces carecen de los insumos.

“Ahora estamos viendo que es necesario primero hacer incidencia con los directores y ejecutivos de las áreas de la DIRESA y con los jefes de las redes y micro redes. Y en segundo lugar, vamos a bajar a los puestos de salud. Y esa es una lección aprendida de ambos porque el año anterior, nos íbamos de frente a los puestos de salud, a los responsables y con ellos hacíamos incidencia. Sin embargo,

veíamos que en vez de que vaya de abajo hacia arriba no subía la información quedaba allí.” (U – Coordinador SAF)

2. SÍNTESIS DE LOS HALLAZGOS DE LAS TRES REGIONES

(1) Sistema de Salud

(a) Responsabilidades directamente relacionadas a los MMN

A nivel del sistema de salud las responsabilidades directamente relacionadas a los MMN se concentran en el personal de CRED y Nutrición. Dentro de las atenciones CRED, el personal es responsable de la entrega de MMN a la madre o cuidadora principal y además es responsable de registrar esta entrega en la historia clínica, el formato SIEN y la tarjeta CRED.

“Entregas [de MMN] sí, nosotros, podemos garantizar.” (H – Personal de Salud Red)

En algunos casos también hacen capacitaciones, dan consejería y hacen sesiones demostrativas de preparación de alimentos complementarios con MMN pero esta responsabilidad se comparte con el personal de nutrición cuando este es parte del establecimiento de salud.

El personal de los centros de salud también lleva a cabo visitas domiciliarias, donde pueden hacer un seguimiento con respecto a los MMN y verificar su consumo en algunos casos. Estas visitas se registran en el SIEN. Además valoran el trabajo de los agentes comunitarios de salud y en general están comprometidos con su capacitación. Sus responsabilidades incluyen asegurarse de que los agentes comunitarios de salud tengan los conocimientos técnicos para llevar a cabo las sesiones demostrativas de preparación de alimentos y que puedan orientar a las familias en temas de alimentación. Además los ayudan a coordinar las sesiones. Por su parte los agentes comunitarios de salud se sienten apoyados por el personal de salud. Sin embargo, en una de las áreas del estudio en Piura, los agentes comunitarios de salud estaban desactivados, por lo tanto había menos apoyo para cualquier actividad relacionada a salud y nutrición infantil.

“A veces vamos con la promotora les hablamos y les decimos. Una vez acá teníamos un caso de una señora que no quería traerlos a sus controles y tuve que ir con los dos promotoras y le hablamos y la señora ya normal pues comenzó traer a su niño también...” (H2 Personal de Salud CRED SCD)

El personal de salud se queja de no recibir apoyo de sus colegas dentro del centro de salud mismo con respecto a los MMN y que faltan profesionales dedicados a nutrición.

“Por supuesto, estamos en que el objetivo del MINSA es disminuir la desnutrición crónica y la anemia, y lo que ha disminuido son las plazas para nutricionistas.” (U2 Personal de Salud microrred SAF)

“En sí más que nada quienes se preocupan por los Multis, somos nosotros el personal de enfermería, ya porque los demás... así involucrados, concientizados, o todos preocupados, desde jefatura no lo veo. [...] Lo ideal es trabajo de un equipo multidisciplinario. Claro pero en mi caso yo no siento eso. Siento que yo nomás empujo el coche.” (U2 Personal de Salud CRED SCD)

(b) Responsabilidades de apoyo y coordinación

Dentro del sistema de salud, los actores al nivel de Micro-Red, Red y DIRESA tienen un rol de supervisión de las actividades al nivel inferior, por lo tanto supervisan el trabajo de CRED y la entrega de MMN.

“Es el monitoreo de toda la estrategia a nivel de la Red, en cuanto al manejo, la parte administrativa, sus coberturas, ver que los niños cumplan sus controles CRED y sus vacunas. Así como también ahora que es uno de los pilares del Articulado Nutricional, es la suplementación. Como se ha visto y se ha demostrado en cifras, hace dos días, la anemia ahora ha aumentado, hasta setiembre de este año, ha aumentado en 150%. Son cifras preocupantes. Eso es todo lo que respecta al CRED y sus subproductos. [...] supervisar y monitorizar que los niños estén suplementados y que reciban sus dosis de suplementaciones mensual.” (P – Personal de Salud Región)

Consolidan la información que reciben de los puestos de salud – digitando las fichas SIEN y la envían mensualmente al nivel superior dentro del sistema de salud (Red o DIRESA).

“Claro. Al momento de captar niños, llenamos un formato que es el SIEN. Y este SIEN es lo que yo le entrego a la digitadora para que lo suba al sistema.” (U1 – Personal de Salud microrred SCD)

“... llega toda la información acá, se retroalimenta a toda la red de salud. [...] Y todas las instituciones que – o nos piden o nosotros simplemente les damos. O sea, hay muchas ONG’s que nos piden esa información.” (H – Personal de Salud Red)

Además hacen capacitaciones al personal responsable de todo el proceso, desde la supervisión de que los insumos estén en los establecimientos de salud por parte de nutricionistas, la entrega por parte del personal de CRED y el seguimiento y monitoreo.

Tienen un programa de promoción de la salud que incluye actividades con agentes comunitarios de salud. Además mantienen un padrón nominal de agentes comunitarios de salud para saber cuáles están activos y poder acceder a su apoyo si es necesario.

“Si, generalmente a nivel de las redes tenemos el programa de la promoción de la salud y dentro de eso hay actividades con agentes comunitarios. Este año se ha hecho el padrón general de los agentes comunitarios de salud para ver cuantos tenemos activos y nosotros poder trabajar con ellos. Los establecimientos de salud se encargan de capacitarlos y los involucra en todos los temas.” (H2 – Personal de Salud Red)

También hacen sesiones demostrativas con las juntas vecinales para enseñarles a las madres sobre alimentación complementaria y MMN. Para hacer estas sesiones demostrativas, además de coordinar con los jefes de las juntas vecinales, han tenido que coordinar con la municipalidad para que les den dinero para los refrigerios y con la Red para los alimentos. Además en algunas comunidades necesitan del apoyo de los agentes comunitarios de salud ya que ellos pueden convocar a las madres.

Son responsables de que los establecimientos de salud conozcan y sigan la guía técnica con respecto a medir hemoglobina y los requerimientos de MMN.

“La guía técnica de diagnóstico y tratamiento de anemia en niños y adolescentes. Eso estamos tratando de ver si los establecimientos lo tienen y si están tomando en cuenta porque ahí se menciona en qué momento hacer el dosaje de hemoglobina, cuáles son los requerimientos de hierro que necesita de acuerdo a las etapas de vida y cómo debe de ser el esquema de suplementación.” (U2 – Personal de Salud microrred SCD)

Se responsabilizan de monitorear el stock de MMN, haciendo pedidos cada 3 meses.

“Generalmente cada 3 meses stockeamos para otros 3 meses. Hacemos los requerimientos previamente, no a los 3 meses, sino a los 2 meses para que nos llegue y podamos venir recoger. Y de vuelta nos abastecemos para otros 3 meses, a otros 2 meses nuevamente estamos así. [...] también mensualmente yo solicito reporte de stock de micronutrientes por establecimiento de salud .Y yo eso veo por la cantidad de niños que tengo según el padrón nominado, veo si me va a alcanzar o no me va a alcanzar y según eso yo solicito el requerimiento del micronutriente.” (H2 – Personal de Salud Red)

Además hacen sesiones educativas con otros actores comunitarios como Vaso de Leche y JUNTOS. - Coordinan con el personal de la Municipalidad y pedirles apoyo si tienen un desabastecimiento de MMN y con el programa JUNTOS, darles acceso al establecimiento de salud para que hagan su seguimiento.

Atienden pacientes en el consultorio cuando hay consultas relacionadas a nutrición. Dar consejería a las madres sobre cómo preparar el MMN y cómo dárselos a los niños.

“El otro aspecto es el de atención de consultorios, acá, en el mismo centro de salud, que se hace a solicitud de las mismas usuarias y, hay veces con interconsultas de enfermería, de medicina, para ver casos de problemas en lo que es nutrición...” (H1 – Personal de Salud microrred SCD)

Asignan el presupuesto para que la parte operativa del CRED, vacunas y MMN tenga todos los insumos que necesita para que puedan cumplir con sus actividades. Esto implica también coordinar

con los encargados de las áreas de salud del niño, CRED e inmunización para definir actividades de seguimiento y capacitación.

“Y lo otro es que se le ha asignado presupuesto pues a este producto [MMN], se le asignó presupuesto para el cumplimiento de las actividades, normalmente acá dentro de los presupuestos asignados aparte del clasificador del insumo en sí, hay fondos para lo que vendría hacer visitas de seguimiento a los niños, a las familias que están haciendo la suplementación y lo otro es para fortalecer también las capacidades y competencias del personal de salud, que brindan esta orientación o la entrega de estos insumos.” (U – Personal de Salud Región)

Supervisan la calidad de los alimentos que se utilizan en los programas sociales. Llevan a cabo dos inspecciones del SCD cada año con respecto a la preparación higiénica de alimentos y su valor nutricional, y para esto ha recibido capacitación del CENAN.

“[...] Según el CENAN, nosotros como Centro de Salud, debemos hacer dos inspecciones de Cuna Más al año. Como ya se hizo la primera, ahora tocaría la segunda, que lo estábamos programando para estas fechas, pero con la huelga... [...] El CENAN nos capacita a los diferentes nutricionistas de los centros de salud para que nosotras hagamos una supervisión a los centros de Cuna Más. Nosotros supervisamos la infraestructura, lo que es inocuidad alimentaria, cómo lo están preparando. Lo que son el uso de las EPP's (Equipo de protección personal, los gorritos, las uñas, todas esas cositas) de las madres cuidadoras. También verificamos lo que es el aporte nutricional del alimento. El aporte nutricional digamos, pesamos, si efectivamente cubre o no cubre el aporte nutricional, que debería cubrir el 70%, porque solamente se le da media mañana, almuerzo y media tarde. Entonces, de todo el aporte nutricional que vendría a ser el 100%, el 70% es que cubre Cuna Más. Entonces ese 70% es lo que nosotros verificamos. Si llega o no llega.” (U1 – Personal de Salud microrred SCD)

Existen diversas opiniones sobre la norma que indica que los MMN deben ser entregados a los cuidadores principales solamente vía CRED. Algunos actores consideran que esto es necesario para mantener claridad en los registros y poder presentar indicadores basados en datos de calidad, mientras que otros lo consideran un obstáculo para el consumo.

“...como en MINSA hay una regla, un circuito que deben dar a través del CRED, a través de las instituciones de salud era imposible. La mamá iba, recogía las chispitas pero no se las daban a las madres cuidadoras – ahí es el quiebre. Entonces la verdad, y si yo estuviese al mando, yo de frente le daría las chispitas al Cunamás, para que ellos le den al niño ¿no? Yo no sé por qué no hacemos eso...” (H – Personal de Salud Red)

“Desventaja para nosotros sí lo hubiera porque a nosotros en... ¿cómo le digo? Para nuestros indicadores y para los indicadores, nos afecta bastante. A nosotros nos miden las 12 entregas, es nuestro indicador anual. Entonces, si es que hubiera otro programa que le dé y nosotros no lo registramos, no llegaríamos a cubrir nuestras metas y nuestros indicadores.” (H2 – Personal de Salud CRED SAF)

(2) Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno

(a) Responsabilidades directamente relacionadas a los MMN

En el SCD, las responsabilidades directamente relacionadas a MMN se concentran principalmente en el rol de la madre cuidadora. Ella es la responsable de dar los MMN a los niños con el almuerzo y esto implica mezclar el sobrecito de MMN con dos cucharadas de la comida preparada por el Servicio, asegurarse que los niños coman toda la comida pero principalmente esas dos cucharadas. Además son responsables de pedirles los MMN a las madres y registrar su consumo en la hoja de asistencia.

“¿Y quién cree que debe ser el responsable para que los niños coman sus chispitas? Nosotros señorita... nosotros somos responsables.” (H1 – Madre Cuidadora SCD1.1)

Dentro del programa se promueven los principios de la alimentación interactiva para ayudar a que los niños consuman todos sus alimentos.

“Ah ya, hacemos nuestra socialización y nosotros ahí conversamos...por ejemplo, hoy día vamos a tener reunión con mis Mamás [Cuidadoras], entonces, les digo que tienen darles de comer a los niños

conversando, riéndose, con alegría, haciendo que terminen su alimento.” (H2 – Acompañante Técnico SCD)

Las madres guías también tienen un rol directo en cuanto a MMN cuando prestan su apoyo a las madres cuidadoras, ya sea cubriendo sus actividades en caso de ausencia o enfermedad y cuando llevan a cabo sus visitas domiciliarias a niños en riesgo, donde preguntan sobre el consumo de MMN.

“... se encarga de realizar las visitas a hogares de niños en riesgo, generalmente, en riesgo nutricional, priorizando a los niños menores de dos años ¿no? Entonces, su trabajo es hacer esas visitas, las aconsejarías a las familias y que los niños salgan de ese riesgo. [...] Su función es reemplazar a la Madre Cuidadora, cuando la Madre Cuidadora se ausenta, por una renuncia, por determinado tiempo en caso de enfermedad o por embarazo. Entonces, en esas circunstancias, las señoras reemplazan a la Madre Cuidadora; aparte de eso, también ellas cogen una cierta cantidad de niños, de repente, acá en Capillapata, tenemos 50 niños con riesgo, entonces la señora Verónica, que es la Guía 3, coge a los 30 niños menores de 2 años, y el restante, cogen las otras dos, para que también hagan sus visitas. Y bueno, también las dos Guías están acompañando o apoyando a las Cuidadoras nuevas que ingresan...” (H1 - Acompañante Técnico SCD)

El Acompañante Técnico tiene las responsabilidades directas de asegurar que los padres firmen el consentimiento para que sus niños reciban el MMN en los módulos. Además se encargan de consolidar la información del consumo que se registra en las hojas de asistencia y entregarla a los Especialistas de Salud.

(b) Responsabilidades de apoyo y coordinación

Las responsabilidades de los demás actores dentro del SCD con respecto a MMN se pueden clasificar como responsabilidades de apoyo, coordinación o supervisión. Los Acompañantes Técnicos además sus rol directo descrito en la sección anterior, también se encargan de apoyar a las madres cuidadoras y madres guías y a los Comités de Gestión y Vigilancia, asegurándose que tengan la información apropiada y necesaria para llevar a cabo su trabajo. Además el Acompañante Técnico también coordina con el personal de salud para compartir información sobre los niños en riesgo.

“Sí, ahí tenemos bastante relación, para cualquier cosa coordinamos con ellos. Por ejemplo, ahora, más lueguito, va a venir mi Consejo de Vigilancia, a evaluar mi Servicio Alimentario, va a evaluar a mis Módulos, a mis niños, entonces, así trabajamos, yo veo que hay bastante apoyo en este Comité de Gestión, bastante apoyo, sí.” (H2 – Acompañante Técnico SCD)

Los miembros de los Comités de Gestión y Vigilancia tienen un rol general de supervisar, el primero supervisa el funcionamiento del servicio y el segundo la calidad del mismo. En general, sus actividades con respecto a MMN son limitadas, sin embargo cuando hacen sus visitas de supervisión a los módulos durante la hora del almuerzo si verifican que los niños estén recibiendo los MMN. Si encuentran alguna práctica que puede ser mejorada, dan retroalimentación en el momento, directamente a la madre cuidadora.

Los Comités funcionan generalmente con el trabajo de algunos miembros solamente por su estado voluntario. Se acepta que su rol voluntario significa que no se les puede exigir un compromiso significativo de su tiempo. Existe comprensión El nivel de capacitación y supervisión que requieren depende mucho del nivel de educación de sus miembros.

“Ellas hacen un voluntariado, tienen ahí un calendario planificador, en donde programamos. De repente, la Presidenta este mes, va a dos locales, solamente, una vez al mes, no es diario. Y en el tiempo que ella pueda ir, que tiene tiempo disponible, no le podemos exigir también, por eso nos planificamos. Igual, la Secretaria, de repente es la encargada de [recibir] los alimentos para ver la calidad, cómo están llegando los alimentos. Y así se distribuyen las actividades, pero ellas no reciben ninguna propina, solamente, de los gastos administrativos, sus pasajes, su alimentación, pequeñas cosas.” (H1 – Acompañante Técnico SCD)

Los Especialistas de Nutrición tienen responsabilidades ligadas principalmente a supervisar el servicio alimentario de los Centros y no tienen ninguna función relacionada a los MMN. Sin embargo, en Ucayali se presenta un caso de una especialista que coordina con el puesto de salud para darle facilidades a los padres del SCD – sacándoles citas o asegurando que sean atendidos con prioridad para que puedan cumplir con sus controles CRED y reciban sus MMN.

“... se conversa con la mamá, con la mamá o el papá, para decirle que se le va a llevar al control al niño, se hace la cita correspondientes, se va con el papá o la mamá. Porque a veces en el centro de salud la disposición del personal de salud no es, digamos, no es inmediata, voy saco las citas y me están atendiendo. Los padres de una u otra manera trabajan para el día y hay veces si pierde toda la mañana digamos no comen ese día. Entonces tratamos de que las guías, viendo con las que nos apoyan, y hacen el seguimiento a eso de sacar la cita. Van con el papá o con la mamá o una persona mayor que esté a cargo del niño, y ahí también le dan las chispitas.” (U – Especialista en Nutrición SCD)

Los Especialistas en Salud supervisan todo lo relacionado a salud, incluyendo MMN y seguimiento a niños en riesgo o con desnutrición. Coordinan con el personal de salud para que capaciten a las madres cuidadoras y se aseguran que los procesos que permiten el consumo de los MMN por parte de los niños en los Centros de Cuidado Diurno se lleven a cabo – desde obtener el consentimiento de los padres, almacenar los MMN correctamente y asegurar que se recopile la información de consumo.

“Sí. Entonces en algunos temas realizamos capacitaciones a los acompañantes técnicos y también asistencia técnica para que ellos hagan réplica a las cuidadoras y guías, pero de la misma forma hago capacitaciones directas a las cuidadoras y guías y también acompañamiento técnico en el componente de salud a las cuidadoras y guías.” (H – Especialista en Salud SCD)

Existe coordinación entre el personal de salud y el SCD en algunas áreas – ambos actores están comprometidos con incrementar el consumo de MMN y ven ventajas claras en colaborar para lograrlo. Sin embargo, en Piura, las entrevistas analizadas indican posiblemente un menor nivel de coordinación entre actores, por ejemplo el personal de salud declara en algunas ocasiones no conoce al personal del SCD y a su vez el personal del SCD comenta que no ha recibido las capacitaciones que necesitan por parte del personal de salud.

(3) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

(a) **Responsabilidades directamente relacionadas a los MMN**

Dentro del SAF, las responsabilidades directamente relacionadas a los MMN las tienen las Facilitadoras. Sin embargo, su rol está limitado a preguntar sobre la recepción y el consumo de los MMN y alertar al puesto de salud y al Acompañante Técnico con respecto a las familias que no están consumiendo. En algunos casos enseñan a las familias cómo se deben de preparar los MMN, y actualizan datos de peso, talla y MMN en su cuaderno de campo y en el cuadro del SIVICO que tienen en su local.

“... nosotros a través del servicio de acompañamiento a familias, lo que realizamos es promover el consumo de las Multi-micronutrientes, de las chispitas. ¿A través de qué? A través de las visitas al hogar. Tenemos facilitadoras que trabajan en campo. [...] Son las personas idóneas quienes al momento de realizar las visitas... fomentan, promueven para el consumo de los Multi-micronutrientes.” (H – Especialista de Ejecución y Seguimiento al Trabajo con familias SAF)

(b) **Responsabilidades de apoyo y coordinación**

Los Coordinadores consideran que dentro de sus responsabilidades, deben sensibilizar a las familias usuarias y coordinar con el personal de salud y el Comité de Vigilancia para promover el uso de los MMN. Los Coordinadores entrevistados, consideran que hay compromiso por parte del personal de salud con respecto a los MMN y esto facilita su trabajo.

“Uno directo con la coordinadora del FED y aprovechamos también allí en coordinar con la gerencia de desarrollo social del gobierno regional. Nosotros ahí incidimos en que si vamos a exigir a nuestras familias que reciban el multi-micronutriente que desde la dirección regional de salud se distribuya el multi-micronutriente en los establecimientos de salud. Por ahí teníamos que empezar y segundo con sus acompañantes técnicos y comunitarios. Vigilar que las familias reciban el multi-micronutriente ¿Y cómo lo vigilan? Una forma práctica es mediante la visita al hogar, la facilitadora cuando va a hacer su visita al hogar en su ficha de visita hay un rubro que indica recibió o no recibió el multi-micronutriente. Por supuesto está que todos los acompañantes comunitarios más los técnicos han coordinado a nivel del establecimiento de salud también sobre el tema del multi-micronutriente. Si cuentan o no cuentan con este producto.” (P – Coordinador SAF)

El Acompañante Comunitario sensibiliza a los miembros de los Comités de Gestión y Vigilancia, así como a las familias usuarias sobre la importancia de los MMN por medio de reuniones mensuales.

Dan asistencia técnica a las facilitadoras y supervisan su pago. Por su parte, el Acompañante Técnico, apoya a las facilitadoras en su trabajo, las capacita para que hagan sus visitas y las supervisa, dándoles retroalimentación si es necesario. Además coordinan con el centro de salud para que capacite a las facilitadoras en cuestión de MMN.

El Comité de Gestión es responsable de supervisar a los promotores, administrar el presupuesto del programa y pagarle a las facilitadoras. Contribuyen a la sensibilización de las familias usuarias con respecto a los MMN y al seguimiento de su uso utilizando el cuadro SIVICO. Además capacitan a los miembros de su equipo - acompañante comunitario, acompañante técnico, miembros del comité de gestión, consejo de vigilancia y facilitadoras. Por su parte, el Comité de Vigilancia supervisa el trabajo de las facilitadoras y coordina con el puesto de salud y con el SCD para darle el mejor servicio posible a la comunidad.

Ah, por ejemplo, el Comité de Gestión realiza actividades en favor de los niños y la familia, qué quiere decir esto, por ejemplo, está verificando si un niño está cumpliendo o no con sus controles de CRED y vacunas. Luego, también vigila lo que es la...cómo se podría decir ahí...el trabajo que hace la Facilitadora, aunque esa actividad, más le corresponde al Consejo de Vigilancia, ¿no? si cumple o no, con el horario la Facilitadora; si está asistiendo o no a sus visitas, ¿no? Eso es y sobre todo, en el manejo de los recursos, que nos envía el Estado". (H1 – Acompañante Comunitario SAF)

En el SAF se está llevando a cabo una reestructuración para que las responsabilidades y actividades del acompañante comunitario pasen al acompañante técnico y haya solamente una persona cubriendo ambas actividades. En algunas instancias, el personal del SAF considera que la articulación que logran con las autoridades locales no es satisfactoria, los mandan de un lugar a otro y nadie le da importancia a sus requerimientos.

Comparación con la norma

La norma actual (MINSA/DGSP, 2016. Directiva Sanitaria N°068, V.01) no describe responsabilidades para los actores a nivel comunal, más allá de especificar que son responsables de cumplirla. Sin embargo, las entrevistas muestran que la mayoría de actores (Madres Cuidadoras, Madres Guías, Facilitadoras, líderes comunitarios, acompañantes/agentes técnicos, personal de salud y agentes comunitarios de salud) están conscientes de sus responsabilidades, ya sea si las tienen relacionadas directamente a los MMN o si las tienen de apoyo y coordinación para los procesos relacionados a los MMN. Aquellos actores que tienen responsabilidades directamente ligadas a MMN son limitados (personal de salud, Madres Cuidadoras/Guías, y Facilitadoras) pero es necesario el apoyo, supervisión y coordinación que brindan los demás actores (Líderes comunitarios, Agentes y Acompañantes técnicos y agentes comunitarios de salud) para que los programas funcionen.

D. RECEPCIÓN Y ENTREGA DE LOS MMN

La entrega y recepción de los MMN se refiere a la ruta mediante la cual, los MMN son entregados a las familias y a los CCD. Se presenta información que aporta al tema, obtenida de los diferentes actores, tales como el personal de salud; el personal del PNCM, cuidadores principales; colaboradores voluntarios y actores comunales. Incluimos información sobre la entrega de los MMN, tanto en el ES como en el CCD a las Madres Cuidadoras; abordamos aspectos como quién entrega, la frecuencia y cantidad de entrega y opiniones sobre dicho proceso. Asimismo, se presentan los procesos involucrados; las dificultades que se enfrentan, al igual que las alternativas que los diferentes actores, implementan para facilitar el proceso de entrega, en las tres regiones del estudio. Dentro de los procesos del SAF, no se lleva a cabo la entrega de MMN ni la recepción, por lo tanto, en la exploración de esta dimensión, no se incluye el análisis de este Servicio.

En relación al tema anterior, las CCPP reciben los MMN en los EESS, siendo responsabilidad del personal de salud, garantizar que los reciban. Sin embargo, como depende de la asistencia de los niños a sus controles de CRED, los actores comunales – dentro de sus responsabilidades - promuevan la asistencia al ES, así como la recepción de los MMN. Al nivel de los CCD, las CCPP entregan los MMN a las MMCC, quienes tienen la responsabilidad de guardarlos y asegurar que los niños los consuman.

La información recogida sobre la entrega y recepción de los MMN, proviene de las entrevistas en profundidad, grupos focales y entrevistas a la salida del ES, aplicadas como parte del estudio, a los diferentes actores involucrados en este proceso.

La norma vigente establece que el lugar de entrega y recepción de los MMN a las CCPP, es en el ES, a todo los niños desde los 6 meses de edad hasta completar los 360 sobres, según el esquema de suplementación. (MINS/DGSP 2016). Señala que el personal de salud que brinda atención integral, a la niña o niño menor de 3 años (médico, enfermera, nutricionista u otro), debe indicar y/o entregar micronutrientes o hierro según esquema vigente. En aquellos establecimientos que no cuenten con ninguno de estos profesionales, la indicación y entrega será realizada por el técnico de salud capacitado.

A continuación presentamos los hallazgos por tema, región, por cada servicio y tipo de actor. El capítulo termina con una síntesis del análisis de lo hallado en las tres regiones.

1. ANÁLISIS REGIONAL

A) Subdimensión: Entrega en el Establecimiento de salud.

(4) Región Huancavelica

(a) Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno

➤ PERSONAL DE SALUD (REGIONAL Y LOCAL)

El personal de salud entrevistado, a nivel de la Red, microrred y establecimiento de salud, indica que la entrega de los MMN a las familias es en el ES, través de la consulta del control CRED. Se conoce la edad de inicio de la entrega de los MMN, la cantidad que le corresponde por edad y la duración de la suplementación, tal como lo indica la norma. El personal de salud informa también, que para conseguir los MMN y tener un stock suficiente, se basan en el listado de los niños que les toca control de CRED durante los próximos 3 meses y así calculan cuantas cajitas de MMN necesitarán de acuerdo a las edades de los niños. Se recoge los MMN de la Red de acuerdo a la necesidad y el stock que se cuenta en Farmacia.

En el ES, el procedimiento más comúnmente seguido, para obtener el MMN, consiste en que la enfermera de CRED, hace la receta; luego es firmada por la CP, quien va a Farmacia para recogerlo. El técnico de farmacia es quién le entrega directamente el MMN a la CP. Después de recibirlo, la CP requiere regresar al consultorio CRED, para que la enfermera le explique de cómo y cuánto debe dar al niño. Para asegurar que la CP regrese después de recoger los MMN, la enfermera retiene su DNI o la tarjeta de control CRED del niño. En el caso que no existiera Farmacia en el ES, al tratarse de un

Puesto de Salud, la misma enfermera o la persona que hace el control CRED, entrega los MMN (MINSA 2016).

Según opinión de algunas enfermeras que atienden CRED, este proceso resulta complicado y quita tiempo, tanto a la CP como al propio personal de salud. Más de una enfermera entrevistada, considera que es mejor que los MMN sean entregados directamente, por ella misma, con el fin de agilizar el proceso; incluso, una mencionó que podría hacer una mejor consejería aprovechando este tiempo que se emplea en el recojo. Una enfermera dijo que prefiere ella misma ir a Farmacia - luego que la CP firma la receta prescrita – recoger así los MMN y entregárselo directamente, a la madre, con las explicaciones correspondientes,

“Lo recoge de farmacia y vuelve, y recién le explico “cómo lo vas a dar, cuánto le vas a dar”. Es un poco de pérdida de tiempo, ir por acá y por allá”. **(H1 Personal de salud CRED SCD).**

“En mi Posta anterior, yo misma entregaba los MMN, eso era mejor, porque no perdía tiempo, ni la mamá, ni yo, podría ganar tiempo viendo otro paciente porque no puedo ver otro paciente hasta que la mamá vuelva con los MMN. Además se podría hacer mejor consejería” HEP Personal de salud. **(H1 Personal de salud CRED SCD)**

El PS entrevistado comentó que entregan los MMN, a todos los niños que necesitan, incluso los que no están asegurados. Sin embargo, desde la perspectiva de un entrevistado en Huancavelica, los que no tienen SIS, no entran en sus indicadores de entrega de MMN y esto es una dificultad para ellos. Las CCPP tienen que firmar su FUA – pero eso no pasa como indicador de atención, si no tienen SIS. Sin embargo, otros han comentado que para asegurar que todos los niños reciban los MMN – así no cuenten con el SIS – se les entrega por medio de la Estrategia de Nutrición,.

“...esa chispita bien se le da no figura en lo que es para cumplir nuestros indicadores de entrega de MMN, porque la mamá se quedó su SIS o la mama no la aseguraron o sea hay diferentes factores”. **(H2 Personal de salud CRED SCD)**

En el caso de los niños mayores de 1 año de edad, reportaron que el procedimiento más común es que las CCPP tienen que regresar al ES, para recoger sus Chispitas mensualmente, pero sin la necesidad de pasar por CRED, sólo acercarse para la entrega de los MMN. Mencionaron que el tener que regresar por los MMN, se presta a que falten por la distancia y el tiempo que requiere ir al ES; explicando con ello, que muchas CCPP no regresen. En algunos casos, se les receta y entrega 2 cajitas por los 2 meses, antes de su próximo control de CRED, o, en el caso de los niños mayores de 3 años, por 3 meses, lo cual resulta menos común.

“.. y le pongo su cita para el otro mes que solo le va a tocar su chispita entonces la mama ya conoce y viene para su chispita”. **(H2 Personal de salud CRED SCD)**

En los casos en que se olvidan de recoger los MMN, se coordina con la Promotora de Salud, para que avise a la CP, se acerque al ES para su entrega., También se reportó que cuando se llevan a cabo reuniones de JUNTOS, para el sello respectivo, la Promotora de Salud o de JUNTOS indican que la CP acuda al ES y recoja los MMN.

Por lo general, no ha habido desabastecimiento de los MMN, desde el año 2014; cuando éste se ha producido, ha causado desconfianza y malestar, pues cuando las CCPP los solicitaban, se les pedía regresar el próximo mes - confiando el personal de salud - en que la situación se regularizaría, pero sin tener mayor certeza que así ocurriría. Sin embargo, se han presentado ocasiones en que no se ha contado con una provisión suficiente de MMN, produciéndose un desbalance entre el número de niños a atender y el número calculado para recoger. Esta situación puede ser una molestia, pues la CP tiene que regresar nuevamente, al ES para recogerlo. Es importante resaltar, no obstante, que últimamente, la falta de stock ocurre poco.

En cuanto a la entrega en el SCD, el personal de salud menciona dos modalidades. Una modalidad consiste en la entrega a la familia en CRED, como se ha descrito previamente; mientras la otra implica la entrega directa a la Madre Guía, para los usuarios del SCD. Esta última modalidad, constituía un acuerdo entre Salud y el personal de Cuna Más a nivel local. En este caso, la MG iba al ES con su lista de niños asistentes al CCD y en el ES se le entregaban los MMN. Este mecanismo implicaba haber obtenido la previa autorización de la CP. Este procedimiento ya no se aplica, por lo

normado desde el sector salud, pero varios de los entrevistados mencionaron que fue más eficiente, al asegurar que la mayoría de los niños asistentes al CCD recibieran los MMN, al menos 5 días a la semana; sin embargo, esta modalidad no favorecería la asistencia a CRED.

➤ PERSONAL DE PNCM (REGIONAL Y LOCAL, VOLUNTARIOS)

A nivel de la JUT se comenta que el mayor problema en la recepción de los MMN, es que los niños no van mensualmente, a sus controles de CRED, sólo acuden al ES cuando están enfermos, sobre todo, cuando tienen más de 1 año de edad y no tienen que ir todos los meses. La Madre Guía cumple el rol de asegurar que el niño tenga los MMN, haciendo seguimiento en el ES o - anteriormente - recibiendo los MMN directamente, del ES para los niños del SCD, pero esto último, como se ha resaltado, no fomentaría la asistencia a la atención integral del niño al CRED.

Algunos de los AATT entrevistados, comentaron que no ven mucho el tema de la entrega de los MMN. Sin embargo, saben que son entregados a las CCPP en el ES y registrados en su carné de CRED, pero comentaron que el PS, no hace seguimiento para saber si realmente las CCPP están dando los MMN o no a sus niños, y que para ello sólo preguntan en la consulta. Refieren que hay CCPP que no han recogido los MMN del ES y por eso no entregan a la MC en el CCD. Anteriormente, los MMN no llegaban al CCD, debido a que no había en el ES, pero esto ya se ha regularizado. En opinión de algunos AATT, los MMN no son entregados, porque el niño se encontraría en período “*de descanso*”; aunque con el régimen actual de entrega de los MMN, no existirían tales períodos; lo cual nos indica que estos entrevistados habrían tomado conocimiento sólo recientemente, del esquema de suplementación vigente. Los AATT realizan en ocasiones, visitas al ES, para ver qué pasa con la entrega de los MMN, pero la mayoría de veces, delegan esta función en la Madre Guía. Anteriormente, cuando no había suficiente stock de MMN, un AT al acercarse al ES, a informarse, encontró que se priorizaba la entrega a los niños que tenían bajo peso y talla.

Los AT entrevistados también hicieron referencia a la modalidad de entrega anterior de los MMN - desde el ES a la Madre Guía - quien a su vez, los entregaba a las MMCC de los CCD y que en opinión de más de uno, funcionó mejor, asegurando que un mayor número (quizás todos) de los niños los recibieran. Saben que ahora es la CP quien lo entrega a la MC, de acuerdo al procedimiento de salud y para promover la atención integral del niño de CRED.

“Antes entregaban a la madre guía quien distribuía a las MC para que entreguen, pero ahora la entrega es directamente a la familia, no nos quieren dar. Yo pienso que sería muchísimo mejor que le entregue a la Guía o acá al programa, cosa que nosotros le entregamos, pero como tienen su reglamento y todo eso, supongo que no les permiten” (H1Acompañante Técnico SCD)

Para los miembros del CG y del CV entrevistados, los MMN son recibidos por la CP, en su visita mensual al ES y consideran que actualmente - no se presenta ningún problema, alrededor del proceso de entrega. Uno de los entrevistados, pensaba que los MMN, se distribuían sólo a los niños con bajo peso y talla.

➤ CUIDADORES PRINCIPALES

Por otro lado, a nivel de las CCPP usuarias entrevistadas, éstas conocen los MMN y los identifican como “Chispitas”. Hay CCPP usuarias del PNCM, así como no usuarias, que reportaron no llevar a su niño a la Posta y por eso no los han recibido, aunque sí estaban informadas sobre los MMN. Algunas CCPP han recibido del ES, una cajita al mes, pero no necesariamente, dan los MMN a sus hijos. Comentaron - tanto usuarias como no usuarias - que desde el ES nadie realiza seguimiento en sus casas, indagando si dan o no dan a sus hijos,

“pero no siempre le doy a mis hijitos” (H1Cuidadora principal No Usuaria SCD2)

En cuanto al procedimiento de recibir los MMN en el ES, las CCPP refieren diferentes experiencias y opiniones. Describen el proceso desde el control de CRED; luego de ir a Farmacia y regresar al consultorio, para que la enfermera les explique cómo tiene que darlos. Algunas CCPP decían que no hay problema en el recojo, otras mencionaron el tiempo que demora este procedimiento. Pero algunas CCPP entrevistadas (aunque una minoría) comentaron que no regresan a la consejería de CRED, después de recogerlos, porque ya salen del ES para regresar a sus casas; situación también corroborada por el personal de salud.

Cuando van al ES comentaron las CCPPP, que les entregan los MMN y les explican cómo dar al niño y que deben regresar a recogerlos el siguiente mes.

“ya al otro mes vuelves y te voy a dar otra vez” (H1 Cuidadora Principal no usuaria SCD3)

Algunas CCPP, con niños mayores de 1 año, que les toca regresar cada 2 meses --incluso cuando corresponde cada 3 meses (mayor de 2 años)-- reportaron que tienen que ir a recoger la cajita cada mes, siendo una limitación para la continuidad.

Encontramos también, que en ocasiones las mismas CCPP solicitan las “Chispitas” a la enfermera durante la consulta, haciéndoles recordar que les toca recibirlas. En contraste, hay CCPP que no ofrecen los MMN a sus niños, por tanto, no desean recibirlos, pero les siguen recetando y distribuyendo en el ES.

Un problema principal reside en que las CCPP no van al ES, y por ende, no reciben los MMN. Son varias las razones por las cuáles no llevan a los niños; entre éstas, porque no ven necesario hacerlo, dado que sus niños no se enferman; otra razón es que no quieren dar los MMN a sus hijos; o por el trato que reciben, por ejemplo, el personal de salud, recrimina o les llama la atención, cuando no llevan a sus niños al control.

(b) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

➤ **PERSONAL DE SALUD**

Respecto a la entrega de los MMN en el ES - en el ámbito de SAF - las entrevistas con el personal de salud, dan información similar a la descrita, para el ámbito del SCD. Menciona una enfermera que tiene que traer las cajitas de los MMN desde Huancavelica, p.e. 100 cajitas, de acuerdo al requerimiento para el próximo mes. También describe el procedimiento de entrega, que pasa por la enfermera del control CRED, pero cuando vienen las CCPP de niños mayores de un año, sólo a recoger los MMN – ya no tienen que pasar consulta con la enfermera.

Para mejorar el uso de los MMN, una enfermera toma la iniciativa de coordinar con los docentes de la escuela, y así difundir entre los padres que lleven a sus hijos menores al ES y entregarles sus MMN, sin embargo, esta coordinación no ha proseguido, dado el cambio del personal docente.

➤ **PERSONAL DE PNCM**

A nivel del personal local PNCM, los AATT también han comentado, que no ven de forma específica, el tema de la entrega de los MMN, pero señalan que la entrega a las CCPP se realiza sólo en el ES, en los controles de CRED; serían recibidos y recogidos puntualmente, pues ven las cajitas en sus casas. Un AC mencionó, que el personal de salud, llama por teléfono, para hacer recordar a las CCPP que tiene que ir a recoger sus MMN.

Las Facilitadoras entrevistadas, comentaron que las CCPP reciben 30 sobrecitos de MMN del ES en su control CRED y que no hay problemas en su recepción pues cumplen con sus visitas. Sólo hay problemas con las CCPP que no los piden, porque sí solicitan los MMN, cuando terminan la dotación respectiva. Además, tienen que tener sus controles completos para recibir JUNTOS; pero el mayor problema es que no les dan a sus niños.

“Recibirlo no hay dificultad, dificultad es en darles... traigo de la Posta, si no me interesa lo boto allí, está allí arrinconado, eso es lo difícil, tratar con las mamás” (H2FacilitadoraSAF1)

Un miembro del CG sabe que las CCPP reciben los MMN en el ES, y que no se han presentado problemas al respecto; también mencionó – aunque no de manera precisa - que las gestantes, recibirían igualmente, los MMN.

➤ **CUIDADORES PRINCIPALES**

Las CCPP entrevistadas que habían recibido MMN o Sulfato Ferroso (SF), comentaron que no habían tenido problemas en la entrega mensual de los mismos en el ES; sin embargo, no habían recibido mucha explicación sobre los MMN, ni la razón del cambio a SF, salvo en un caso, en que se le dijo a la CP que el niño tenía anemia (“Bulimia”) y en el otro, porque no había MMN en el ES (reciente).

Algunas entrevistadas comentaron que no dan los MMN a sus niños, mencionando como razones las siguientes: i) no lleva a su hijo al control; II) si bien se había escuchado sobre los MMN, nunca se habría ofrecido ni preguntado al respecto, iii) la no aceptación del niño (una CP utiliza la expresión “le cansaba” los MMN, a su niño, para indicar este rechazo; en tanto otra, alude al sabor a hierro como explicación) y por último, iv) el ES le dejó de entregar y “no sabe por qué”.

“porque mi hija no quiere comer, parece fierro oxidado” (H2Cuidadora Principal usuaria SAF2)

(2) Región Piura

(a) Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno

➤ PERSONAL DE SALUD (REGIONAL Y LOCAL)

El personal de salud entrevistado, conoce el procedimiento normado de entrega de los MMN y comenta -al igual que lo reportado en Huancavelica-, sobre la entrega mensual de la cajita de 30 sobres, a partir de los 6 meses y por 12 meses. Es durante el control de CRED, que la enfermera hace la receta; la CP la firma y recoge los MMN en Farmacia. Si el niño tiene más de 1 año, tiene que venir mensualmente, para sólo recoger los MMN, aún cuando no le toque control CRED.

“Se comienza a partir de los 6 meses y termina al año 6 meses. Entonces si son 12 cajas que debe consumir el niño.” (P2 personal de salud CRED)

Comentaron que no hay mayores requisitos para que los recojan, sólo el/la cuidador (madre, padre o abuela) tiene que acudir al ES para recibirlos. Reportaron que a partir del 2015, se están entregando a todos los niños a quienes corresponde, aunque no tengan SIS, o se encuentren indocumentados. Existe un acuerdo con ESSALUD, para la entrega a sus usuarios.

En opinión de varios entrevistados entre el personal de salud, las CCPP vienen por sus “Chispas”, cumpliendo la mayoría con hacerlo. En aquellos casos en que las CCPP, no acuden a su control, se plantea como ideal, realizar una visita domiciliaria, sin embargo, esto no siempre es posible, por falta de personal de salud y tiempo. Cuando se realiza la visita domiciliaria (VD), se pregunta cuántos sobres tiene aún la CP, con el fin de determinar, cuántos se ha de entregar. No entregan MMN en las VD. En el caso de lugares más distantes y siendo difícil llegar al ES (p.e. 6 horas de camino para llegar a la carretera), a veces, se envía los MMN con otro paciente que llega al ES y vive cerca. A pesar de esta dificultad de la distancia, se resalta que aún de los caseríos más lejanos, la mayoría de CCPP suele cumplir con los controles CRED y acudir al ES. La participación en JUNTOS, promueve la asistencia a los controles de CRED. El personal de salud, manifiesta que sería ideal poder entregar los MMN, en las VD, pero este procedimiento no está programado, además, sería difícil de cumplir dadas las pocas VD que es posible realizar.

“Los envío con los pacientes. A veces me dice “mándame por ahí las chispitas” (P2 personal de salud CRED)

“Pero, así sea el caserío más lejos, ellos vienen a recoger sus chispas” (P1personal de salud CRED)

“Si las mamás no llevamos a control, eso le informa a Juntos dice. Y si no damos las chispitas igual, le informan a Juntos” (P2 cuidadora principal usuaria SCD1)

El personal de salud entrevistado comentó que un problema mayor, es el abandono de los MMN, antes de cumplir los 12 meses (360 sobres) estipulados; sobre todo, en el caso de los niños mayores de 1 año, que no siempre acuden al ES, pues deben hacerlo sólo para recoger los MMN, especialmente, en época de lluvias. Si bien pueden entregar 60 sobres a la vez, comentaron que no se sabe cómo los usan, y que es difícil en el sistema registrar dicha entrega.

Expresan dificultad y confusión, respecto a las situaciones en que el niño no recibe continuamente, los MMN. Anteriormente, se tenía que re-iniciar el “tratamiento”, cuando el niño no los recibía durante 2 o 3 meses, pero recientemente, (en la norma actual) se ha establecido que eso no es necesario y se debe continuar con la entrega. Por otra parte, un PS comentó que si un niño ha descontinuado el

consumo de los MMN por varios meses y se realiza el dosaje de hemoglobina, encontrándose que se encuentra con anemia; se inicia el tratamiento con Sulfato Ferroso, retomándose luego, los MMN

“.. que deben de continuar (con MMN) pero que allí entra a tallar el criterio de la enfermera. Porque si un niño... si le hacemos un tamizaje de hemoglobina y si el niño tiene Hb normal, continuamos. Si el niño está con anemia, para para tratamiento de anemia y ya reinicia el micronutriente.” (P - Personal de salud DIRESA)

Para conseguir los MMN el Técnico tiene que viajar a Sullana o Ayabaca. Se mencionó que han atravesado periodos de desabastecimiento, incluso 2 veces durante el reciente año -en los meses de mayo y junio del 2015-. En este caso, daban prioridad a los Centros de salud, que tenían mayor número de niños y los Puestos de Salud (EESS pequeños) quedaban sin MMN. Cuando no se ha contado con MMN, se ha dado Sulfato Ferroso, pues tienen “*harto stock*” por estar usando ahora los MMN.

➤ PERSONAL DE PNCM (REGIONAL Y LOCAL, VOLUNTARIOS)

El personal del PNCM entrevistado, sabe del procedimiento de entrega en el ES; los AATT describieron el proceso de entrega de los MMN, mensualmente o de acuerdo a la edad del niño.

Los miembros de los CG y CV también comentan, que el principal problema es que las CCPP no llevan los MMN a los CCD; refieren que algunas se olvidan, por ejemplo, cuando van a sus chacras, recomendando que deberían entregarlos a la MC apenas los reciben del ES.

➤ CUIDADORES PRINCIPALES

Las CCPP describieron su experiencia del procedimiento de entrega en el ES, de manera similar a lo descrito previamente: los MMN son entregados en el ES, durante los controles de CRED y son recogidos en Farmacia. A una CP con un niño mayor de 1 año, se le entrega los MMN, cada 2 meses, pero 30 sobres mensuales. Sin embargo, después de un periodo de desabastecimiento en el ES (como el que se produjo en setiembre del 2015), o si la CP se ha atrasado en sus controles, se entrega una mayor cantidad, 2 o 3 cajas a la vez. Las CCPP comentaron que no es complicado recibir los MMN, sólo es necesario llevar el DNI, sin embargo, alguna comentó que hay muchos documentos que llenar: una ficha, su nombre, huella, DNI. Para vacunar se va de frente, pero para los MMN se tiene que sacar una Ficha. Luego, notan que el PS registra si reciben los MMN, pero no hay un control de si realmente se le da al niño o no.

“No,(solamente receta) allá rellenan papeles, si, se llenan fichas. Ahí, en Farmacia me entregan, en la Farmacia vas con una ficha y ya, pongo mi nombre y firma”. (P2Cuidadora Principal no usuaria SCD3)

“O sea porque me han dicho que pase de frente, que no saque ni ticket, eso que sacan ahí nada más para que la vacunen. De allí ellas me citan, de ahí recién me sacan la ficha de historia, para que den las chispitas.” (P2Cuidadora Principal usuaria SCD2).

(b) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

➤ PERSONAL DE SALUD

El personal de salud entrevistado, describió el proceso de entrega, de manera similar a lo presentado previamente, en el ámbito del SCD.

➤ PERSONAL DE PNCM

Sobre la entrega en el ES, el Acompañante Comunitario entrevistado, comentó sobre periodos de desabastecimiento ocurridos anteriormente, pero que ya han sido resueltos, incluso en las zonas más lejanas; señaló asimismo, que todos los niños del Programa reciben los MMN; cuando éstos faltan, son luego retomados.

➤ AGENTE COMUNITARIO DE SALUD (ACS)

Los ACSs entrevistados, saben que les dan las “Chispitas” (denominación utilizada para identificar a los MMN) a los niños desde los EESS, por intermedio de la enfermera de CRED, siendo entregado a todos los niños a quienes corresponde. Una madre líder comenta que,

“dan a los menorcitos (en la posta) para que suban de peso, también tienen jarabe” (P1Agente Comunitario de salud SAF2)

Una ACS que tiene experiencia por su propio hijo, comenta que la misma enfermera de CRED le había comentado, que si bien las CCPP reciben los MMN y en la consulta afirman que los ofrecen a sus niños; es difícil saber si realmente así lo hacen, tal como manifiestan.

“...ahora saber si está consumiendo o no – esto es un poco difícil” (P1Agente comunitario de salud SAF1)

Refiere un ACS que las CCPP no suelen acudir con regularidad al Centro de Salud, a recoger los MMN, porque se encuentran trabajando y no pueden asistir en el horario disponible. El entrevistado sugiere que sería mejor dejar los MMN, con el ACS, para que éste los reparta en la noche, asegurando así su recepción por las CCPP. Tiene asimismo, la buena idea de avisar por la emisora local, para que las CCPP acudan a recoger sus MMN. Anteriormente, repartieron pastillas y anticonceptivos en su comunidad y no había problema.

(3) Región Ucayali

(a) Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno

➤ PERSONAL DE SALUD (REGIONAL Y LOCAL)

El tema de los MMN *“recién se está bombardeando desde fines del 2014”*, (UEP Personal de salud, microrred). Como resultado de un monitoreo en el 2014 en todas las microrredes, se observó que no se registraba correctamente, las entregas del MMN en las “historias clínicas”, ni se podía ubicar a las CCPP en sus hogares. Los MMN llegaban a los EESS, pero no llegaban a los niños, en parte por problemas de entrega en el ES, en parte por procesos logísticos vinculados a la distribución desde la Región y exigencias de DIREMID, en la demora de la entrega. Desde entonces, muchas cosas han mejorado en su entrega.

El personal de salud trae los MMN de Pucallpa a través del Río Aguaytia, siendo distribuidos desde la Red a los EESS. Hace poco se habría producido una situación de desabastecimiento, la cual se habría corregido, asegurando su disponibilidad para todo el año 2016. Farmacia hace el pedido por 3 meses, según el requerimiento de los niños. Hubo recientemente, un desabastecimiento en Farmacia (octubre del 2015), pero la dotación de MMN, se regularizó en noviembre. Al presentarse esta falta de MMN, decían a las CCPP que regresaran a recogerlos, apenas llegaran. Para compensar esta carencia, la nutricionista daba charlas sobre alimentación del niño, poniendo énfasis en alimentos ricos en hierro. Cuando se presentaron estas situaciones de desabastecimiento se siguió un procedimiento de redistribución de los MMN en los EESS; cada ES que contaba con MMN prestaba a los que no tenían, pero también se daba prioridad a los Centros de Salud, que atendían mayor número de niños, causando un desabastecimiento mayor a los EESS más pequeños (UEP personal de salud Diresa).

De manera similar a las otras regiones del estudio y conforme con la norma, el personal de salud entrevistado manifiesta que los MMN son entregados a las CCPP en el ES a través del control CRED. Se entrega a todas las madres de los niños, cuenten o no con el SIS, desde marzo de 2015.

El personal de salud describe el proceso de entrega, en los mismos términos descritos para las Regiones de Huancavelica y Piura. En CRED, la madre llena el formato SIS (FUA) y si no se encuentra asegurada, recibe los MMN por la Estrategia de Nutrición. Luego, se dirige a Farmacia a recoger los MMN. Además del CRED, si el niño va al médico, éste lo refiere a la nutricionista para la respectiva consejería. La nutricionista determina si se está recibiendo los MMN y los entrega (U1 Personal de Salud microrred SCD). En el caso de Puestos de Salud con personal único o sin Farmacia, el responsable CRED lleva a cabo todo el proceso de entrega. Comentaron que se toma el dosaje de hemoglobina antes de los 6 meses, para un primer diagnóstico y luego al cumplir el niño 1 año, con el fin de determinar su estado y avance, pero y de acuerdo con la norma, esto no es un requisito para recibir los MMN.

Al nivel de la microrred, se informó sobre la implementación de una estrategia para evitar que las CCPP, tengan que ir a Farmacia a recoger los MMN. En CRED se solicita el número de cajitas de MMN requeridas y el/la encargada de CRED, entrega los MMN a la CP; inmediatamente llena el FUA

y luego entrega el formato a Farmacia para su control. Manifiestan que este flujo está funcionando y ha sido adoptado en toda la microrred y probablemente, hasta en la Región (U-personal de salud microrred).

En cuanto a la orientación y consejería sobre los MMN, manifiestan que las CCPP no conocían mucho sobre los MMN, ni su importancia y que incluso, éstas referían que los daban a sus animales. Además, se constataba una falta de información en el personal de salud, en parte porque serían Serumistas y también por la alta rotación del personal (U- Personal de salud microrred).

En relación a lo anterior, una de las situaciones que podría haber causado que los niños no completaran las 360 tomas de los MMN; se debería a la confusión entre el personal de salud, respecto a las situaciones de discontinuidad en la suplementación (“se abandona” por dos o tres meses); siendo la interrogante si al reiniciarse, se debería proseguir completando la dosis o empezar nuevamente, el proceso. Si un niño discontinuaba el consumo, se tenía que iniciar de nuevo el esquema, pero desde el mes de octubre (2015) se ha informado que solamente, se requiere reiniciar si se ha dejado de tomar durante más de 6 meses, aunque la norma estipula que no se reinicie y se complete los 360 sobres “procurando evitar tiempos prolongados de deserción”.

“El detalle era que la secuencia para dar a los niños era un poco difícil, porque nos había informado que normalmente un niño que deja de tomar un mes se tenía que reiniciar su tratamiento. En octubre de este año (2015) que nos dijeron que ya el niño no es necesario reiniciarlo; salvo como te digo que haya sido 6 meses” (U1 Personal de Salud CRED)

En el caso de los niños mayores de 1 año y a quienes corresponde acudir cada dos meses a sus controles, se les entregaría los MMN por 2 meses (2 cajas) o sólo para el mes (en este caso, citando a la CP para que retorne al siguiente mes). Cualquiera de los procedimientos, dependería del propio ES. Sin embargo, hasta hace poco, el personal de salud entrevistado, comentó que no se pudo ingresar en el FUA 60 sobres de MMN, pues sólo permitía el registro de 30,

“A veces que le da por 2 meses ya, sus dos cajitas. Pero también hay la duda, si lo habrá consumido.” (U Personal de salud, Región)

“Así están haciendo algunos, ahí entregan (60 sobres) sino de parte de la información, ya la parte de registro del sistema de información, a veces no le está jalando, le jala nomás 30 pero no le jala los 60, ¿no?” (U Personal de salud Región)

“...en la capacitación del HIS, nos dijeron que lo que es MMN, si el niño tiene un año, vuelve cada 2 meses o no vuelve mensual, citarles mensual no funciona, porque hemos tratado de que vengan, no vienen entonces qué hacemos, les damos 2 cajitas. Pero ya no registramos los 2 en el HIS mismo, sino registramos el último que estamos dando” (U1-Personal de Salud CRED SCD)

El mayor problema mencionado por el personal de salud, es que las CCPP no recogen los MMN- ni de Farmacia- durante sus controles, ni cuando son citadas para su recojo; más aún, no asisten habitualmente, a sus controles de CRED. Ucayali es uno de las regiones donde hay menor cumplimiento de los controles de CRED, situación destacada por los entrevistados; éstos reconocen las dificultades que tienen las CCPP para acudir al ES; entre ellas, las lluvias y las distancias a recorrer, por ejemplo, hay comunidades alejadas, desde las cuáles se requiere caminar 6 horas, para llegar a la carretera, lo cual plantea un problema para llegar al ES y sólo recoger los MMN.

Anteriormente, existía la modalidad de entregar los MMN a Cuna Más-SCD, para dar directamente a los niños, previo consentimiento de las CCPP. Esto ha cambiado, principalmente, para promover que las CCPP lleven a sus niños al control CRED y recojan su suplemento. Antes, la enfermera de CRED salía a visitar al CCD, para hacer los controles a los niños pero ahora no lo hace, por falta de tiempo y por la demanda de pacientes en el ES; ahora, el SCD lleva los niños al ES para su control de peso y talla,

“Anteriormente, se hacía que la MC llevaba el MMN a Cuna Más, pero es que ahorita están ya siguiendo nuevos procedimientos, para que más de todo, cumplir con sus controles” (U Personal de salud, Diresa)

En Ucayali han puesto en marcha, una iniciativa para atender el problema de la baja asistencia al ES. Se está contratando personal extramural, a través del plan DCI del PAN. Este personal hace

visitas domiciliarias, buscan a los niños que no han venido a recoger su cajita de MMN y los entregan en sus casas. Comentaron que una de las razones para entregar los MMN en las visitas domiciliarias, se debió igualmente, al desabastecimiento de MMN, en meses recientes. Además, a veces se ha encontrado la coordinación con ellos difícil, por manejar dos registros - de los MMN entregados en el ES y los entregados en casa en los VDs.

“Se ha contratado un personal dentro del plan del DCI... contratar a 5 técnicos que se dediquen exclusivamente, a hacer la entrega de MMN, desde julio.” (U1 Personal de salud CRED).

“Yo les decía, “por favor, antes de enumerar, saquen la historia clínica del niño y verifiquen el mes pasado, qué número ha recibido y continúan con el número correlativo, no me estén dando por dar” (U2 Personal de salud CRED)

➤ PERSONAL PNCM (REGIONAL Y LOCAL, VOLUNTARIOS)

El Jefe de la UT-PNCM comenta que el principal problema es que las CCPP no llevan a sus niños al control de CRED. Menciona que la Madre Guía juega un rol importante, asegurando que el niño tenga sus MMN, ya que va al ES y recoge los MMN, para los niños a su cargo; esto ocurrió anteriormente más que ahora.

En general los Acompañantes Técnicos no comentaron mucho sobre la entrega en el ES por no estar muy involucrados en este proceso, pero se sigue socializando el uso de los MMN y sus beneficios, contrarrestando igualmente, las opiniones negativas que se presentan. Una de las Especialistas comentó que los niños, no siempre reciben los MMN del ES; en dichos casos, coordina con el ES para que sean entregados a los niños del CCD. Luego, la CP debe firmar la autorización, para que la MC lo brinde al niño. Esta es otra modalidad de entrega al CCD, mencionada previamente, que al parecer, persiste en algunos lugares.

Los entrevistados de los Comités de Gestión y de los Consejos de Vigilancia, comentaron que no observan ningún problema, en la recepción de los MMN durante los controles de CRED, en los EESS; asimismo, no refieren periodos de desabastecimiento. Un entrevistado, miembro del CG pedía que le den cajitas para que las CCPP, no tengan que ir al ES, sólo para recoger los MMN. Tiene un familiar, que ya no lleva a su niño al control, porque ha habido huelga y manifiesta su temor, de ser recriminada por pasar la fecha del control de su hijo.

Las Madres Cuidadoras entrevistadas, comentaron que la entrega de los MMN es en el ES, a través de CRED y son recogidos en Farmacia.

➤ AGENTE COMUNITARIO DE SALUD (ACS)

El ACS comentaba, que todos los que llevan a sus niños a sus controles, reciben los MMN, les dan 1 caja de 30 sobres y luego descansan 30 días (diferente al actual régimen). En ESSALUD no dan los MMN a sus usuarios.

“Sí, cada control le da mensual, creo que le dan una caja, descanso creo 30 días... para que no se hostigan... de ahí otra vez les dan, así creo he escuchado, cuando estuve conversando con Sra. L., que así le dan” (U2 Agente Comunitario de Salud)

➤ CUIDADORES PRINCIPALES

Algunas de las CCPP entrevistadas, conocen sobre los MMN y que son entregados por la enfermera cuando el niño cumple los seis meses, asimismo, que se recogen en Farmacia; sin embargo, varias entrevistadas declararon no conocer nada sobre el sobrecito de MMN.

Ocho de las diez CCPP entrevistadas, en el ámbito del SCD, con niños menores de 3 años, comentaron que no llevan sus hijos a sus controles de CRED, desde hace varios meses, incluso, una sólo lo lleva anualmente. Mencionaron varias razones, entre ellas: i) sólo llevan a sus hijos cuando están enfermos, ii) las lluvias, iii) los MMN hicieron mal a sus hijos y no quieren darlos más, y iv) no se cuenta con DNI ni SIS (estas CCPP manifestaban que esta documentación constituye requisito para ser atendidas y recibir los MMN). Algunas de ellas mencionaron que recibían visitas domiciliarias del ES, pero sólo para las vacunas. Ahora que hay huelga, no tienen MMN, ni realizan VD. Una madre comentó, que le daban Sulfato Ferroso en el ES, para su niño, pero no había visto los MMN.

Una CP comentó en la entrevista a la salida del ES, que la enfermera había entregado y hablado ese día de cómo prepararlo con su sopita y sus papillas; otra CP entrevistada comentó que había recibido los MMN ese día, y la enfermera le había dicho que los tiene que recibir mensualmente.

(b) Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias

➤ PERSONAL DE SALUD

La entrega de los MMN, en el ámbito del SAF, es similar a lo descrito para el ámbito del SCD. Las CCPP asisten a sus controles cada mes, para la entrega de los MMN; en el caso de los niños mayores de 1 año; los controles CRED se realizan cada 2 meses, pero la CP debe acudir cada mes al ES, para recoger los MMN. Según experiencia de una enfermera, que laboró anteriormente en otro ES, los Promotores de Salud distribuían los MMN en las casas, pues las CCPP vivían lejos; en este caso, viven cerca y pueden venir a recogerlos. Un PS de la microrred entrevistado, comentó que en CRED, no dan una explicación adecuada sobre las bondades de los MMN cuando se hace la entrega, dado que toma tiempo y el PS no dispone de tiempo suficiente, por las otras atenciones que tiene que hacer con el niño.

“Mire, los enfermeros hacen la entrega ¿no? pero la concientización es muy poca por.. la multiplicidad de trabajos que ellos tienen, ¿no? Decimos, “Señora, tome su Chispita y ya está” (U2 personal de salud microrred SAF)

El PS también comentaba, sobre el problema de tener que reiniciar el tratamiento de MMN, cuando el niño abandonaba la suplementación, razón por la cual, nunca llegaba a la sexta o séptima entrega. Cada vez que el niño abandonaba por cierto tiempo, se le volvía a iniciar el tratamiento; en la actualidad, esto ya no ocurre, se sigue con la siguiente caja de acuerdo a la actual norma.

El PS de la microrred comentó, que las CCPP asisten al ES para la vacuna, pero no, si sólo deben recoger los MMN. Ahora se está organizando la sectorización (estrategia del MINSA para realizar seguimiento a las familias que no acuden al ES) para que cada PS del establecimiento, tenga la responsabilidad de un sector y realice las visitas domiciliarias; de esta manera, se podrá implementar el seguimiento respectivo a los niños que no llegan a sus controles y no consumen los MMN (UEP personal de salud, microrred).

➤ PERSONAL DEL PNCM

El Acompañante Comunitario entrevistado, comentó que respecto a la entrega de los MMN en el ES; recuerda a las CCPP que vayan a sus controles y recojan sus MMN. La Facilitadora sabe que dan unos sobres en el ES, a todas las familias, sin embargo, no recuerda cómo se llama; conoce del tema – dada su propia experiencia como cuidadora principal – más que a partir de su labor como Facilitadora.

➤ CUIDADORES PRINCIPALES

De manera similar a lo descrito anteriormente, hay CCPP que no van al ES; una razón dada, alude a malas experiencias de atención, así por ejemplo, una CP explica que su niño con diarrea no fue atendido, porque no tenía SIS; aunque cuando había ido anteriormente, la enfermera le daba los MMN. Comentaron que les llaman “vitaminas” y los dan en el ES, desde que empiezan los niños a comer. Del ES, reciben visitas domiciliarias, pero no les entregan los MMN, es necesario ir hasta el ES para recibirlos. Una CP mencionó que su niño ha recibido “jarabe” -Sulfato Ferroso - pero no los MMN.

B) Entrega en el servicio de cuidado diurno

Se presenta a continuación, los hallazgos en torno a la entrega de los MMN en los CCD, según Región y actores involucrados en dicho proceso.

(1) Región Huancavelica

➤ **PERSONAL DE PNCM (REGIONAL Y LOCAL, VOLUNTARIOS)**

Los Acompañantes Técnicos, describen el procedimiento de entrega de los MMN en el SCD; el cual consiste en que las CCPP, entregan mensualmente, la cajita de 30 sobres a la MC en el CCD, tal como se ha descrito anteriormente. La MC pide ver el carné de control CRED del niño, donde está anotado si reciben MMN, aunque no siempre lo encuentran anotado. La MC rotula el MMN con el nombre de cada niño, lo guarda en un recipiente individual por niño – generalmente, un taper - y se da al niño en su almuerzo cada día. Cada viernes, la MC entrega 2 sobres a la CP, para que ésta los prepare y brinde al niño con sus alimentos, durante el fin de semana.

Los Acompañantes Técnicos entrevistados, comentaron que se está poniendo más atención a este tema, en sus contactos con las MMCC. El principal problema encontrado, es que algunas CCPP, no siempre traen los MMN al CCD; sin embargo, la mayoría de CCPP, sí los traen, especialmente en el caso de los niños más pequeños (“gateadores”), aunque no faltan algunas que no los entregan. En la capacitación que dan a las MMCC, enfatizan que tienen que animar a las CCPP, a traer los MMN al CCD, pero este aspecto, constituye la principal queja de las MMCC y así lo reportan a la Acompañante Técnica.

“no me quiere traer” (H1 Acompañante Técnico SCD)

Una Acompañante Técnica entrevistada, comentó que no ha preguntado específicamente, a las CCPP, por qué no traen los MMN, pero en sus visitas semanales a los diferentes CCD, las MMCC le comentan, que las CCPP no suelen exponer las razones de la no entrega; algunas sólo dicen que no los traen, porque su niño, se encontraría *en descanso*, o porque no los han recibido en el ES,

“está en descanso (el niño)”, o que “no ha recibido de la Posta”,., y que solamente que no quiere traer” (H1 Acompañante Técnico SCD)

Cuando las CCPP no llevan los MMN al CCD, la MC comunica a la MG, para que durante sus visitas, anime a la CP a llevar los MMN al CCD, tal como comenta un miembro entrevistado del CG.

Cuando un niño está enfermo no asiste al CCD, pero la CP recoge su comida del CCD ese día. El Acompañante Técnico señala, que en los casos que el niño vive cerca, la MC lleva la comida preparada con el MMN; de lo contrario, la CP –comenta- cuenta con MMN en casa, los cuáles se agregan y preparan en la comida (parece que la AT, hace referencia a los casos, en que no entregan todos los sobres a la MC).

Los miembros de los CG y CV coinciden que el principal problema, es que las CCPP no llevan los MMN a los CCD. Comentaron que algunas se olvidan, por ejemplo, cuando van a sus chacras. Recomiendan que deberían ser entregados a la MC, apenas se reciban del ES.

➤ **MADRES CUIDADORES**

Las MMCC también comentaron en sus entrevistas, que su principal problema con la entrega es que aproximadamente, la mitad de CCPP, no llevan los MMN al CCD:

“no cumplen en llevar las Chispitas”, dicen, “voy a traer”, pero nunca llega Chispita”. (H1 madre cuidadora SCD1.2)

Describieron, al igual que los AT, que la mayoría que trae los MMN, lleva la caja de sobres de 1 mes y cada viernes entrega 2 sobres, para el consumo en casa, durante el fin de semana. Comentaron que en los casos de CCPP, que reciben los sobres por 1 mes del ES y que no regresan para el siguiente control, son las que ya no traen, asumiendo la MC asume que no les toca. Se compara la experiencia anterior, cuando se recibían los MMN del ES directamente, a través de la Madre Guía, lo cual contrasta con la situación actual, en la cual no todas las CCPP los entregan. El principal mensaje de las MMCC a las CCPP, es que los traigan - *“traiga, traiga”* – pueden a veces comentar, que es bueno para sus niños, para su crecimiento, pero el mensaje más común es que los traiga.

En opinión de las MMCC, el principal problema es justamente, que las CCPP no entregan los MMN al CCD, lo ven como una dificultad mayor, si se compara con lograr el consumo de los MMN por los

niños. Hay otras CCPP, que muestran interés que los MMN sean ofrecidos en el CCD, pues ven la ventaja, en los casos en que el niño no quiere comer en casa.

“le traían acá “házmelo comer tú” diciendo” (H1 madre cuidadora SCD2.2)

➤ CUIDADORES PRINCIPALES

Las CCPP entrevistadas, comentaron sobre su experiencia de entrega en el CCD. Entre las entrevistadas, se encuentran diferentes niveles de acción, conocimiento y percepción sobre la entrega de los MMN al CCD. Algunas CCPP hablaron de la entrega en la forma estipulada y descrita arriba. Comentaron que además les dan en la casa,

“Me ha explicado en la Posta, su Chispita le da diario en el wawawasi, y le doy 2 días en mi casa, sábado y domingo, me dan 2 sobres el viernes” (H2 cuidadora principal usuaria SCD4.2).

“Lo llevamos a la Cuna porque la señorita dice “traiga” dice” (H2 cuidadora principal usuaria SCD4)

“Aparte, si le da en casa, quedamos con 15, entregamos 15, a veces le damos domingo, sábado, feriados” (H2 cuidadora principal usuaria SCD4)

Varias CCPP identificaron las ventajas de brindar los MMN en el CCD y no en la casa; destacando que las MMCC están capacitadas, saben cómo darlos y se dedican a cuidar a los niños; asimismo, los niños comen a su hora y se ven alegres. Una CP comentó que lleva los MMN al CCD y explicó a la MC, cómo debe dárselos a su niño, de la misma manera que da en su casa, y no había problema por parte de la MC.

Las CCPP que no entregan los MMN al CCD, comentaron sobre sus dificultades o reticencia con respecto a ello. Algunas de las razones serían: (a) a su hijita no le gustan los MMN en la comida del CCD y ya no quiere ir; (b) en su casa, divide el sobre en las 3 comidas del día, mientras en el CCD, se utiliza todo el sobre en una sola comida (almuerzo); (c) otras prefieren darles en casa, porque señalan que al niño no le gusta la comida del CCD o que allí come muy poco. Una CP comentó que no había escuchado, que la MC tiene que dar los MMN, ella nunca los había mandado.

Una CP que ya no es usuaria del SCD, contaba que ella no entregaba los MMN, pero sí tiene conocimiento que les dan a los niños en el CCD,

“Me dijeron que sí le dan (en el CCD) pero no sé pues...yo en realidad, porque yo nunca le he mandado con esas Chispitas” (H2 Cuidadora Principal no usuaria SCD2)

Otras CCPP comentaron que el ES, entrega los MMN al CCD y por ello, ya no les son entregados en el ES, tal vez refiriéndose a la modalidad anterior.

“en su Cuna Más tiene”, me dijo la enfermera, entonces allí si no me daba y yo le decía “me lo das” (para dar en casa) (H1 Cuidadora Principal usuaria SCD3)

“o sea (del EESS) lleva la Chispita a Cuna Más y las MMCC saben cómo hacerlo” (H1Cuidadora Principal usuaria SCD4)

(2) Región Piura

➤ PERSONAL PNCM (REGIONAL, Y LOCAL, VOLUNTARIOS)

El JUT comentó que trabajan el tema de los MMN con los EESS y con las Madres Cuidadoras. La Acompañante Técnica entrevistada, comentó que las CCPP, entregan los MMN al CCD. Anteriormente, daban en sus casas, pero ahora en el CCD, en el almuerzo. Tanto el JUT como la Acompañante Técnica, informaron que las CCPP firman una autorización, para la adición de los MMN en el CCD.

Miembros del CV, comentaron que a la mayoría de los niños, les gusta las Chispitas.

“Dicen: “chispe, chispe” y “cómete esta partecita primero” (P2 Consejo de vigilancia SCD1)

➤ MADRES CUIDADORES

Las MMCC entrevistadas comentaron que todos los niños en el CCD, tienen que recibir los MMN. El principal problema es que las CCPP no los traen y suponen que es porque no quieren que se brinden a sus niños. Notan que hay una relación con la edad del niño (las MMCC describen los grupos de niños que tienen en su CCD, como “bebés”, “gateadores” y “caminantes” de acuerdo a su edad) comentan que son a los niños más grandes a quienes les dan.

“sí, algunos si traen, a los caminantes si traen, a los otros (más pequeños) no”. (P2Madre Cuidadora SCD 2.1)

En el grupo focal, las MMCC describían el proceso de entrega y enfatizaban que tenían que hacer recordar a las CCPP, traer sus cajitas de MMN, de la cual devolvían 2 sobrecitos cada fin de semana. Hicieron referencia a las “*olvidosas*”, pero en general, que las CCPP quieren ver a sus niños crecer y que reciban los MMN, por lo que a veces, si viven cerca, regresan a sus casas para traerlos.

➤ CUIDADORES PRINCIPALES

Las CCPP entrevistadas manifiestan que llevan los MMN al CCD. Algunas de ellas, reconocen como una ventaja, dar los MMN en el CCD, pues señalan que allí comen todo, mientras en sus casas, los niños se muestran más caprichosos para comer. Sin embargo no siempre llevan los MMN al CCD y para asegurar el consumo, comentan que en el CCD “prestan” de otro niño y luego es repuesto el sobrecito.

“A veces nomás llevo, cuando ya no tienen me piden. O dan de otro niño y devuelven después, prestado” (P2Cuidadora Principal Usuaría SCD4).

A veces les dan en la casa, porque sus niños no comen en el CCD, o porque no les gusta la comida que se sirve allí. Otra madre comenta que comparte los MMN, entre sus dos hijas porque la niña mayor las pide (en casa).

(3) Región Ucayali

➤ PERSONAL DEL PNCM (REGIONAL Y LOCAL, VOLUNTARIOS)

El Acompañante Comunitario entrevistado, comentaba que fue difícil la incorporación de los MMN. Hay CCPP que no los entregan a las MMCC, porque comentan que los MMN hacen daño a sus hijos - les produce diarrea -. Otra situación es que hay CCPP, que no mandan a sus niños al CCD, porque no quieren que les den los MMN. La Acompañante Comunitaria trata de convencer a las CCPP, hablando de los beneficios que tienen y considera que progresivamente, se ve mayor aceptación.

“Me dice que “yo no quiero que le den, porque dice que han traído de otro país pa’ que los niños no aprendan nada” (U1 Acompañante Técnico SCD)

Un miembro del CG, coincide en que la razón por la que no quieren dar los MMN a sus niños, es porque les hace daño; asimismo, se olvidan de entregarlos. Un miembro del CV entrevistado, contó que no lleva su niño al CCD y nunca le ha dado los MMN.

➤ MADRES CUIDADORAS

Las Madres Cuidadoras entrevistadas mencionaron, que en el CCD, les dan los MMN a los niños y una mencionó que el personal de salud deja los MMN para los niños, cuando vienen cada mes a hacer el control de peso y talla.

“...a nosotros nos han dado mensual nos vienen...los del Centro, de la Posta nos vienen a nuestro local, a ver sobre los niños, lo pesan, lo tallan y ahí nos dejan sus Chispitas”. Ellos nos dicen que todos los niños deben recibir ...porque eso lo manda el Gobierno, porque quiere lo mejor para los niños”. Cuando me traían, le decimos que el Programa Cuna Más da chispas a los niños y nos enseña, que aunque digan que no, nosotros lo damos...” (U1 Madre Cuidadora SCD1).

Una CP madre no quería dar los MMN a su hijo, porque le dio diarrea, pero se recuperó y se quedó convencida de usarlo por el acercamiento de la MC. Este resultado dio mucha satisfacción a la Madre Cuidadora.

Una MC refiere que tiene 15 niños en el CCD, de los cuales 8 traen la cajita. Aparte, tienen MMN en el CCD, que provee el personal del ES, para todos los niños que asisten al CCD.

Mencionan algunas razones, que plantean las CCPP, para no dar los MMN a sus niños: estarían dando vitaminas en casa; no son del agrado del niño y por tanto, no los recogen en el ES o porque los tienen en casa y ellas se los dan.

➤ CUIDADORES PRINCIPALES

Varias CCPP, han comentado sobre sus experiencias positivas con los MMN en el CCD. Remarcan que allí se asegura que el niño consuma los MMN, cuando en casa, no hay quién se haga cargo de su cuidado; que en el CCD se dispone de sobres de MMN y que el ES los entrega directamente.

- Piden sobres en el CCD, cuando van a la chacra y se van a ausentar, asegurando el consumo
- Nunca se olvida de entregar al CCD, porque siempre lleva la cajita en su cartera.
- Prefiere dar en desayuno y comunica a la MC, que el niño ya consumió, dialogando y coordinando de esta manera, con la MC, sobre su niño y los MMN.

Así también, hay CCPP que no quieren que les den MMN a sus niños en el CCD, porque no tienen seguridad que se los dan al niño o porque a veces les da diarrea.

2. Síntesis de los hallazgos en las tres regiones.

A continuación, presentamos la síntesis de los hallazgos de las tres regiones del estudio, con citas relevantes que ilustran lo hallado.

A) Entrega en el Establecimiento de Salud

El personal de salud entrevistado en los diferentes ámbitos de estudio (regional, distrital y local) conoce el proceso de entrega de los MMN en el ES.

El procedimiento de recojo de los MMN por las CCPP, involucra varios pasos. Lo más común descrito por los entrevistados en las tres regiones, es la entrega a través de la consulta CRED. Consiste en que la enfermera receta los MMN -- o "Chispitas" como son llamados en todos los lugares del estudio (asimismo, "Chispas" en Piura) --, durante la consulta CRED. La CP firma el Formulario único de atención (FUA) y lo lleva a Farmacia para la entrega. En muchos casos, se ha reportado que la CP, luego regresa al consultorio para recibir la consejería sobre el uso de los MMN. Si no hay Farmacia en el ES, la enfermera o técnica de enfermería, entrega directamente, los MMN durante la consulta.

"Tengo que hacerle todo (control de CRED) le hago la receta y le mando a farmacia. Y vuelve de farmacia, me trae el micronutriente y ahí recién, le explico "¿cómo le vas a dar? ¿cuánto le vas a dar?", y así" (H1 Personal de salud CRED SCD)

"Acá viene la madre, la orientamos, le hacemos un formato por el SIS o sino por la Estrategia y les llevamos allá a farmacia para que lo recojan y lo recogen todos" (U1 Personal de Salud CRED)

"... todos tienen que salir (del ES) con las Chispitas, sí o sí... Eso sí lo estamos garantizando... Lo estamos chequeando" (H Personal de salud Red)

Si el niño ya está recibiendo los MMN y le corresponde continuar, en el transcurso de la consulta, la enfermera pregunta a la CP si lo consume, cuántos sobres tiene o le quedan, e, independientemente, de la respuesta de la CP o si ésta desea recibir o no, receta los MMN por 1 mes (1 cajita de 30 sobres), de acuerdo a lo estipulado en la norma (se cumple entonces con la entrega, pero no presta atención a la respuesta de la CP),

"Le he dicho una vez, que a mi hija no le gustaba, pero me siguen dando. Ya no le digo que ya no la doy" (H2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

En el caso de los niños menores de 1 año, se receta 1 cajita, que contiene 30 sobres, para 1 mes, hasta su próximo control de CRED. En el caso de los niños entre 1 y 3 años, les corresponde recibir 2

o 3 cajitas (60 o 90 sobres), para 2 y 3 meses respectivamente, hasta su próximo control de CRED. Entre los entrevistados, la práctica habitual es recetar sólo 1 cajita y pedir que la CP regrese cada mes a recogerla. En estos casos, no se tiene que pasar por CRED, se registra en la tarjeta de control que se acude por los MMN y se pasa a recogerlos.

Cabe notar que la práctica de recetar y entregar el total de los MMN, para los 2 o 3 meses hasta el próximo control CRED que corresponde al niño, tiene como dificultad que el sistema de registro, no permite consignar la entrega de más de 30 sobres.

“Es entregar para 2 meses, de acuerdo a su control, pero es que tú entregas 60 sobres, tú no sabes lo que va a suceder después” (P Personal de salud Diresa)

“Así están haciendo algunos, entregan, ahí entregan (...) ya la parte de registro del sistema de información, a veces no está jalando, jala nomás 30 pero no jala los 60, ¿no?” (P Personal de salud Diresa)

“Ella no va a venir solamente por el (MMN)...ese es el inconveniente que hemos encontrado, muchos inconvenientes en esos grupos etarios.” (P Personal de salud Diresa)

Si bien anteriormente, un requisito era que el niño tenga DNI y/o SIS; en su mayoría, el personal de salud entrevistado, reportó que ahora no se requiere mayor documentación para la entrega, sólo el documento de la enfermera (receta, FUA) entregándose los MMN a todos los niños a quienes corresponde, esto desde el año 2015. Sin embargo, en algunos casos, las CCPP mencionaron que sus niños no son atendidos, porque no cuentan con dichos documentos (Ucayali). La directiva actual establece que todo niño debe recibir los MMN, y en el caso que no tenga la documentación necesaria, debe recibir ayuda para conseguirla,

“Gracias a Dios, lo que es el MMN, no sólo se entrega por lo que es SIS, hay muchos padres que no tienen SIS y entonces les damos por lo que es la Estrategia” (U1 Personal de salud CRED SCD)

De acuerdo a algunos entrevistados, hay procesos que se tornan en dificultades que limitan la entrega y recepción de los MMN a las CCPP, aunque se evalúan por muchos de los actores, como no problemáticos. Las principales dificultades expresadas serían:

- a. Las CCPP no siempre no siempre acuden a los controles de CRED, por diferentes razones: distancia, clima, tiempo, viajes fuera de la localidad, atención a actividades productivas, rechazo al tipo de trato que se recibe por parte del personal de salud (reniegan), y porque no ven la necesidad, pues consideran que sus niños están creciendo sanos. En algunos casos, han mencionado que no tener el DNI y/o el SIS ha representado una limitación para ser atendido en el ES,

“En caseríos muy alejados, es mayormente, cuando no vienen... vienen pacientes de este caserío... y los envío” (P1 Personal de Salud CRED SAF)

“Como no estuve, estuve de viaje, le daba después de sacar sangre” (H cuidadora principal usuaria)

“Hay más problemas en época de lluvias, porque no pueden asistir al EESS” (P Personal de salud)

“Me gritan: “tienes que traer a su control” (H1 cuidadora principal no usuaria SCD2)

“Porque no come pues, para mentira nomas. Peso talla, ay aburre...a veces, no tengo tiempo, no lo llevo y hay enfermeras que reniegan ya pe, cuando no lo llevo me gritan, a veces como te digo, también tengo tallercito con mi esposo, a veces ayudarle voy y no tengo tiempo, me olvido porque no lo llevo “¿por qué no lo has traído? tienes que traerlo” me dicen” (H2 cuidadora principal usuaria SAF1)

- b. No regresan a recoger los MMN, cuando corresponde, por la mismas razones mencionadas anteriormente y adicionalmente, por el tiempo que implica ir “sólo para recoger las Chispitas”;

“Además no van a ir lejos, sólo para recoger sus 30 sobres” (P Personal de salud Diresa)

- c. El tiempo que pasan en el ES para el control CRED; lo que implica sacar el ticket de atención, ir a Farmacia y nuevamente, retornar al consultorio. Este último paso, representa una dificultad también sentida por el personal de salud, porque limita su eficiencia. Adicionalmente, algunas CCPP comentaron que tienen que hacer recordar a la enfermera que les toca recibir sus “Chispitas”; en otros casos, ocurre lo contrario, en donde el personal de salud, entrega los MMN, aun cuando la CP no quiere recibirlos

“La dificultad es que tiene que ir a farmacia y regresar...es un poco de pérdida de tiempo ir por acá y por allá” (en el EESS para el recojo de los MMN). (H personal de Salud Diresa)

“Cuando ya se están yendo, a veces yo me olvido, como hay un montón de pacientitos, me dicen “¿y mi vitamina?”. (U1 personal de salud CRED SCD)

- d. Entre el personal de salud, algunos entrevistados, tienen una confusión sobre la continuación de la entrega o su reinicio; en aquellos casos en que el niño ha discontinuado la recepción de los MMN, durante unas semanas o meses. La norma actual, clarifica que se continúa -sumando lo recibido hasta cumplir con los 360 sobres, pero no todos manejan con claridad esta disposición.

“¿Los niños dejan de venir 2 meses, 3 meses, tengo que reiniciar?” (U1 personal de salud CRED SCD)

- e. En ocasiones, las CCPP tienen que regresar al ES, específicamente, para recoger los MMN, cuando se han presentado situaciones de desabastecimiento o en el momento de la atención, no se contaba con stock suficiente en Farmacia, aunque este tipo de problema, se presenta con menor frecuencia en la actualidad.

“(Para recoger) Ir a control pues y esperar cola” (P1 cuidadora principal no usuaria SAF2)

JUNTOS promueve la asistencia a CRED y por lo tanto, favorece la entrega del MMN; y es utilizado como una estrategia, incluso, el personal de salud, amenaza con informar a JUNTOS, si la CP no acude a sus controles CRED (presentándose como causal para ser retirada del Programa).

La consejería en la entrega no se da de manera óptima, generalmente, no se desarrolla en un clima horizontal, ni se brindan mensajes motivadores. Asimismo, el personal de salud, señala el poco tiempo disponible que cuentan para su desarrollo.

Todos los actores entrevistados, comentaron que no hay seguimiento al consumo de los MMN, después de la entrega. En los diferentes niveles, sólo se hace la pregunta a la CP, si está dando o no al niño; respuesta que no refleja necesariamente, la realidad. Además, el personal de salud sigue entregando, aunque la CP manifieste su negativa a recibirlos.

Los MMN son recogidos de la Red o microrred, por el personal del ES. Farmacia hace su lista de pedido, de acuerdo a su salida y stock; la enfermera de CRED, entrega información sobre sus requerimientos, para los próximos 3 meses a Farmacia.

En todas las regiones, comentaron dificultades de abastecimiento, en periodos anteriores, no siendo un problema en la actualidad. Cuando se presentaban situaciones de desabastecimiento, se daba prioridad a la entrega de los MMN, a los niños de mayor vulnerabilidad (bajo peso y talla) o a los EESS con gran cantidad de niños, dejando a los EESS con menor afluencia sin suficiente aprovisionamiento.

“Siempre ha habido en los CCSS pero no en los Puestos” (P Personal de salud, microrred)

La norma (MINSA/DGSP 2016) señala que hacer el dosaje de hemoglobina no constituye requisito para la entrega de los MMN, y esto es comprendido y aplicado por el personal de salud entrevistado. Un entrevistado en Piura, indica realizar el dosaje al iniciar la suplementación con MMN, con el propósito de monitorear la evolución del niño, no como requisito para dar los MMN.

En algunos de los ámbitos de estudio, existen esfuerzos orientados a buscar estrategias, que mejoren el proceso de entrega, optimizando así una mayor recepción de los MMN. Algunos responsables de CRED, comentaron que para evitar que la CP vaya a recoger los MMN en Farmacia y luego regrese nuevamente, al consultorio; son ellos mismos quienes recogen los MMN y los entregan a la CP. En otro caso, la responsable de CRED o la nutricionista manejan una provisión de MMN y los entregan directamente. Comentaron que si bien este procedimiento, complica el registro, resultaría más eficiente, al asegurar que la CP tenga los MMN. Todas estas alternativas e iniciativas por parte del personal de salud, se encuentran acordes con la directiva actual (2016); agilizando el proceso y garantizando la mayor recepción de los MMN por las CCPP.

En lugares donde hay poca asistencia a CRED, se está proponiendo la entrega de los MMN, en las visitas domiciliarias que realiza el personal de salud – aunque esta posibilidad aún no se hace efectiva, dado que no se consigna como parte del protocolo de las visitas. Esto incluye la sectorización del personal de salud (mencionado en Piura) y entrega a través de ACS. Los propios ACS han sugerido que pueden entregar los MMN, como anteriormente, han hecho con medicinas/anticonceptivos etc. Ucayali tiene como estrategia desde la Región - contratar personal técnico para el trabajo extramural, con el objetivo de hacer este seguimiento y entrega en las visitas domiciliarias como parte del plan DCI de PAN.

B) Entrega al Servicio de Cuidado Diurno

En el ámbito del SCD, la otra modalidad de entrega, consiste en la entrega de los MMN - por parte de las familias – a las Madres Cuidadoras en el CCD. Las labores del SCD promueven y aplican prácticas saludables en los momentos de cuidado, higiene, descanso y alimentación de los niños – momento este último, en que se brinda los MMN. (PNCM PPR 2016).

El procedimiento que se sigue, es la entrega mensual – por parte de la CP - de los 30 sobres que ha recibido del ES, a la MC. Las CCPP firman una autorización, para que los MMN sean ofrecidos a sus hijos en el CCD. La MC guarda los MMN entregados en un envase individual (comúnmente, un taper) en el cual se rotula el nombre del niño; cada día, retira un sobre, el cual mezclará con la comida del almuerzo, siguiendo las recomendaciones para su preparación. Cada viernes, la MC entrega 2 sobrecitos a la CP, para que ésta lo brinde al niño en casa, durante el fin de semana (en caso de días feriados, se toman igualmente, las medidas necesarias).

“...que (la CP) le entregue la caja completa (30 sobres de MMN del mes, a la MC) y lo otro que tiene que coordinar es que la (Madre) Cuidadora le tiene que devolver dos sobrecitos, para que la mamá en su casa dé los sábados y domingos o los días feriados.” (H Especialista de salud SCD)

“Bueno, esto es un consentimiento, para que tú lo traigas y que consuma el niño las Chispitas” (H1 – Acompañante Técnica SCD)

El problema más común que se presenta en este proceso - reportado por varios de los actores entrevistados -, es que no todas las CCPP entregan los MMN a las MMCC, tal como se habría acordado. Las MMCC hacen lo posible, para que las CCPP cumplan con traer los MMN, recordándoles frecuentemente, la entrega, “traiga, traiga las Chispitas”.

Entre las razones que explicarían por qué las CCPP, no entregan los MMN a las MMCC, se encuentran las siguientes: i) se olvidan de traerlos; ii) comunican a la MC que traerán sin falta los MMN al día siguiente, pero no cumplen; iii) informan que el niño se encontraría en el período de descanso de los MMN (aunque esto no corresponde al actual esquema de suplementación); iv) no quieren que los MMN sean ofrecidos a sus niños, mencionando que su consumo les genera diarreas o les cae mal; v) el niño se encontraría enfermo; vi) los MMN serían ofrecidos al niño en el hogar (p.e. se prefiere dar en mazamorra o en el desayuno) señalándose que no serían recibidos en el CCD; vii) no se asegura que coman la porción que tienen los MMN; y viii) los MMN no habrían sido entregados en el ES.

“...las (Madres) Cuidadoras tienen que pedir a la familia, como ellas recepcionan a los niños, entregan a los niños, en el momento que les traen, les piden” (H1 – Acompañante Técnica SCD)

“Dicen que “voy a traer”, pero nunca llega Chispita” (H1 Madre Cuidadora SCD1.2)

“...no dan razón, excepto “señorita, está en descanso, bueno, no me quiere traer”, me dicen, no le han entregado, dicen (se refiere a las MMCC)” (H1 – Acompañante Técnica SCD)

“..pero ¿qué pasa en el camino?, de repente, no todos, pero no cumplen en traer la Chispita, y si no traen, no les podemos dar, ese es el problema” (H1 – Acompañante Técnica SCD)

Por otra parte, hay CCPP que destacan las ventajas que los niños reciban los MMN en el I CCD. Estas ventajas serían: i) en el CCD, el niño come mejor que en casa y se comporta mejor; ii) las MMCC se encuentran capacitadas y saben cómo dárselo y; iii) el niño en el CCD come a su hora.

“La Madre Cuidadora si sabe dar las Chispitas, es responsable pa’ cuidar a los niñitos” (H cuidadora principal SCD)

A diferencia del procedimiento de entrega actual, se ha mencionado una práctica previa, la cual residía en la entrega de los MMN a la Madre Guía, directamente del ES, y de acuerdo a la lista de niños asistentes a los CCD. Este sistema – según algunos entrevistados - funcionó mejor, en el sentido que fue más eficiente para que todos los niños - a quienes correspondía - los recibieran. Las CCPP tenían que firmar, autorizando esta estrategia y el consumo de los MMN en el CCD. Esta modalidad, permitía mayor cobertura de recepción de los MMN, de los niños que asistían al CCD.

Otra modalidad reportada en el caso de la Región Ucayali, consistía en que el personal de salud, se acercaba al CCD, a realizar los controles de los niños y llevaban los MMN, lo que permitía tener una provisión, en el caso que las CCPP no los entregaran. Aunque el actual procedimiento del sector salud, es entregar a la CP en el ES, para también reforzar y asegurar la asistencia a los controles de CRED, algunos actores del PNCM – AATT y MMCC - recomiendan que ésta podría ser una estrategia a adoptarse nuevamente. Sin embargo, no se contaría con la total aceptación por parte de algunas CCPP y actores comunales.

“Anteriormente, se entregaba directamente al programa Cuna Más (CCD) pero ahora a la madre, para que traiga su niño a sus controles de CRED” (H cuidadora principal SCD)

E. CONSEJERÍA NUTRICIONAL SOBRE LOS MMN

El marco general de análisis de la presente dimensión, se basa principalmente, en el D.S.068–MINSA/DGSP (2016), norma que brinda los criterios técnicos para la suplementación con micronutrientes, además de lineamientos específicos para el desarrollo de la *consejería nutricional*, la cual se define como,

*“...un **proceso educativo comunicacional**, entre el profesional nutricionista o profesional de la salud capacitado y calificado en consejería nutricional y la madre o cuidadora (idealmente, con la presencia de la pareja y/o familiares) con el propósito de **analizar una situación determinada** y **ayudar a tomar decisiones** sobre ella, **basadas en los resultados de la evaluación nutricional y en el análisis de las prácticas**, fortaleciendo aquellas que se identifican como positivas y reflexionando sobre aquellas de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional”* (p.5; 2016)

Para la composición de este tema, detallaremos en primer lugar, los principales rasgos de la consejería que se brinda a la cuidadora principal y que han sido posibles de reconstruir a través de las **observaciones realizadas durante el control CRED** (es importante anotar en general, que el número de observaciones realizadas no permite definir un patrón de atención; sin embargo, brinda pistas importantes sobre diversos aspectos a tener en cuenta en la estructura y dinámica de la consejería, vinculada con el MMN); esta primera sub-dimensión nos coloca así, en el escenario de la práctica e interacción de los principales actores de la consejería: cuidadora principal y personal de salud. En este marco, se sitúa posteriormente, **el discurso del personal de salud, respecto a su trabajo de consejería**; estableciendo qué orientación se brinda sobre el MMN y sus principales concepciones asociadas a la *consejería*. Por último, presentaremos, la **perspectiva de las cuidadoras principales, respecto a la atención** durante la consejería.

Las principales fuentes de referencia, han consistido en las observaciones realizadas durante la atención CRED; las entrevistas en profundidad y las entrevistas de salida, realizadas a las cuidadoras principales luego de la atención.

1. ANÁLISIS REGIONAL

A) La observación de la atención durante el control CRED

Se expone en esta sub-dimensión una descripción de la consejería, con especial atención en la relación que se establece entre la cuidadora principal y el personal de salud y en la información y orientación que se brinda en torno al MMN; presentándose igualmente, un balance general de lo observado.

(1) Región Huancavelica

(a) La relación entre la cuidadora principal y el personal de salud

El tono en que se desenvuelve la interacción y con escaso contacto visual, se halla marcado por el trato recriminatorio hacia la cuidadora principal (no dejamos de notar que la forma de dirigirse es en general, usando el tuteo, en tanto la cuidadora principal, se dirige siempre utilizando el *usted*) reprochando su aparente descuido al no acudir según su cita programada. A través de los comentarios que se dirigen a la cuidadora principal, se comunica una evaluación negativa de su *responsabilidad*, así como del *régimen familiar* (no nos hallamos lejos de una evaluación que *culpabiliza* a la cuidadora principal y que incluso establece cómo deben desarrollarse las relaciones familiares),

“...ustedes vienen cuando quieren, no cuando se les cita y eso nos trae problemas para el personal, a la hora de entregar la documentación del mes (...) ¿Dónde se encuentra tu esposo? En su trabajo o en su chacra !!! (silencio de la CP) si tú no puedes traerlo, lo puede traer él, los dos pueden venir a su control, puras mujeres vienen nomás, él también puede venir !!!” (H2 OB Personal CRED SCD2; 09 mm)

Al observar al niño o a la niña, en búsqueda de signos o indicadores de alguna dolencia o condición, se tiende a suponer que la cuidadora principal minimiza o no da importancia a los mismos,

“...ustedes siempre dicen que no tienen nada (se refiere a los niños) luego vemos y está su piel con granos” (H2 OB Personal CRED SCD2; 09 mm)

Asimismo, la evolución negativa de indicadores de peso y talla, lleva a la responsable CRED, a deducir que existe un problema de descuido por parte de la cuidadora principal, más aún si se verifica que tiene sólo dos hijos (dado este número, se deduce que no está sobrecargada de obligaciones, por lo cual podría dedicarse a cuidarlos adecuadamente),

“Tú tienes que organizarte en casa, para poder cumplir con todas las tareas bien, tus hijos son primero. (CP permanece en silencio)” (H2 OB Personal de Salud CRED SCD1)

Se ha encontrado un caso en el cual se muestra consideración y empatía con la cuidadora principal, pues ésta ha debido esperar alrededor de hora y media para ser atendida; la responsable CRED se disculpa por la demora,

“Usted llega desde lejos, debe disculparnos por la demora de la atención, pero como verá, hay muchas mamitas que vienen por el Vaso de Leche” (H1 OB Personal de Salud CRED SCD1; 07 mm)

Más adelante, este tratamiento de usted, no se sostiene, pues se pasa al tuteo.

(b) La información y tratamiento específico del MMN

Se inicia la indagación, preguntando **si se ha terminado el MMN**, la CP responde que ya ha terminado. A continuación se pide que la CP *explique cómo da el MMN*; la CP responde en quechua; según el observador, la responsable CRED, pareciera no comprender a cabalidad todo lo que se le informa, sólo replica, **“en dos cucharitas de segundo”**. Se prosigue interrogando, siempre en torno a la preparación y administración del MMN,

“¿Cuántos sobrecitos se le echa en las dos cucharitas? Un sobrecito. ¿sólo en segundo o también en sopa? Sólo segundito” (H2 OB Personal de Salud CRED SCD2; 09 mm)

Según estas respuestas, la Responsable de CRED, manifiesta a la cuidadora principal, que está procediendo bien. Luego, enumera una serie de indicaciones, respecto al MMN, se insiste en que éste debe brindarse *diariamente*; sólo prepararse en segundos y separarse una porción (**“dos cucharitas de comida y mezclas las Chispitas”**); *dar el MMN en el desayuno*, cuando el niño tiene más hambre. La *temperatura* de la comida debe estar *tibia* y debe ser comida inmediatamente, dado que la comida se oxida (se usa aquí el símil de la manzana, para ilustrar esta idea, **“es como cuando tú comes la manzana, cuando la dejas mordida, ¿no se negrea? Igualito es la Chispita, se da inmediato. No se guarda el plato con Chispitas para más tarde !!!**). Esta enumeración prosigue, ahora señalando el propósito del consumo,

“A ver, ¿para qué es la Chispita? Para que esté fuerte y sano. Si no come Chispita, ¿Qué enfermedad le da? (la CP no responde)” (H2 OB Personal de Salud CRED SCD2; 09 mm)

La CP no responde, mas la responsable sigue detallando información; comenta que junto al MMN, es necesario que se incorpore una serie de alimentos de origen animal en la alimentación, rematando que todo es para prevenir la anemia. Se alcanza por último la recomendación estratégica de no mostrar al niño, que se está combinando la comida con el MMN, porque si lo hace va a rechazarla, **“vas a sacar una y sin que te vea, le pones en la comida y luego le das, si no, manan mikuy”**. Se cierra esta enumeración, sancionando **“si tú les has dado, no va a tener anemia, tienes que ser estricta al dar”**.

Otros casos de observación siguen un camino diferente, al abordar el tema del MMN. Se parte aquí de los resultados de peso y talla; indicando que el niño no presenta una evolución positiva de tales indicadores. Estos resultados llevan a preguntar a la cuidadora principal, por qué se produce esta situación (indicando aparentemente, el inicio de una indagación que lleve a caracterizar en qué consiste la dificultad para la cuidadora principal, sin embargo, el desarrollo de la consejería, mostrará que lo central es enunciar indicaciones y no la búsqueda de posibles rutas de acción),

“¿Por qué no haces subir? ¿estás haciendo comer su Chispita? CP responde que su bebé no tiene apetito y que no quiere comer nada” (H2 OB Personal de Salud CRED SCD1)

Esta cuidadora principal plantea como dificultad, que su bebé no muestra mayor apetito, sin embargo, la responsable CRED no comenta nada al respecto y continúa con otras preguntas e indicaciones,

“¿Estás dando la Chispita a la wawa? (CP permanece en silencio y luego responde afirmativamente) ¿Y has terminado la caja de Chispitas? No ha terminado, a veces, no quiere comer esa Chispita. Tú tienes que obligarle. Si tú pruebas, el micronutritivo no es feo. ¿Cómo le estás dando, en cuántas cucharitas? En cinco cucharitas No, tienes que dar en una cucharita, apartas esa comida y ahí le tienes que dar la Chispita (CP sólo asiente) ¿En qué hora le estás dando? ¿Qué? (titubeando). ¿Estás dando la Chispita en la mañana o en la tarde? En la mañana. ¿Todos los días? Sí doy. ¿Y cuando no te recibe? Ahí ya no doy más. Hay que insistirle que coma, distinto sería que te diga, “pégale, si no come”, porque tampoco se debe pegar, pero hay que hacer comer, aunque sea a la fuerza. La wawa te acepta, todo depende de cómo le des la comida. ¿Me entendiste, a ver, cómo vas a dar la Chispita? (La CP repite todo lo escuchado sin cometer un error). “Hazle comer hija, si no come, no va a subir de peso, eso sí, no vayas a dar de comer a los animales, la Chispita. Ya sabes, wawa limpio, si no diarrea” (H2 OB Personal de Salud CRED SCD1; subrayado nuestro)

Aquí la cuidadora principal, plantea explícitamente el *problema del consumo*, la bebé no recibiría en ocasiones el MMN. Resulta significativa la sugerencia que ofrece la responsable CRED, se trata de seguir insistiendo, pues el MMN “no es feo”, Si bien se va repasando los diferentes criterios de preparación, con el fin entendemos de determinar el posible problema, originando el rechazo, constatamos que no se ha indagado por el tipo de preparación y *consistencia* de la misma; la temperatura de la comida, al preparar el MMN; el tiempo que transcurre desde que se prepara y se consume la comida combinada con el MMN o los gustos o preferencias del bebé. No se brindan opciones, más allá de plantear la necesidad de seguir insistiendo que la bebé coma (desde esta perspectiva, el problema se plantea como un tema básicamente, de voluntad de la cuidadora principal). Este tipo de recomendación suele predominar, al formularse el problema del consumo, tal como otro caso de observación muestra,

“Tienes que convencer de que coman, aunque sea jugando, esperando con paciencia. A veces, no aceptan rápido, pero con juegos, con cariño, es vas a hablar y así te aceptan, con cariño y sin gritar les das” (H1 OB Personal de Salud CRED SCD2)

El siguiente intercambio ilustra cómo las directivas se sobreponen al ejercicio de indagación más detallada. Si bien se hacen algunas preguntas, éstas no siempre se dirigen a los aspectos críticos, que permitan ampliar la información o la intervención de la cuidadora principal, imponiéndose el predominio de directivas,

“¿Has estado dando las Chispitas? sí ¿Desde hace cuánto? Desde hace tres meses estoy dando. ¿Cómo estás dando? En tibio estoy dando. Vas a dar con alimentos tibios o un poco calientes, pero nunca fríos. ¿Ya has probado las Chispitas? No (...). Vas a dar esto sin olvidarte, porque esto es para que estén bien, para que estén sanos los bebés. Tienes que tratar de dar con lenteja, con huevo pasado. Si no hay en la casa, tienes que hacer el esfuerzo por conseguir o tus bebés no van a mejorar (...). Vas a dar la Chispita con purecito, con comida aplastada, seca vas a dar. CP pregunta si puede dar en sopas. Nunca se debe preparar en sopas, porque no sirve la Chispita. Luego la responsable CRED pregunta si los niños están comiendo el MMN y la CP responde que a veces, no quieren comerla” (H1 OB Personal de Salud CRED SCD2)

Es importante destacar, que la cuidadora principal pregunta si es posible dar en *sopas*, lo cual sugiere que es la preparación que tal vez emplearía con mayor frecuencia. Al respecto, no se le ha preguntado por las preparaciones y la consistencia en que suele ofrecer el MMN o por los alimentos que se suelen consumir y se hallan más accesibles en la economía familiar.

Al parecer no se logra articular la información sobre el consumo, que proporciona la cuidadora principal con la indagación posterior que dirige el personal de salud. Al ser informada la cuidadora principal, que su bebé no ha aumentado de talla, ésta señala que está ofreciendo el MMN, pero que aquel no come mucho y sólo acepta un poco. Veamos cómo continúa el intercambio, luego del planteamiento de la cuidadora principal,

“¿Cuántas veces le das sus Chispitas al día? CP responde una vez al día, en dos cucharitas. ¿En qué comida le da? En segundito, último le he dado en sus lentejitas. ¿Y cómo has preparado las Chispitas en su comida? Le saco dos cucharitas y le mezclo con las Chispitas y eso le hago comer. ¿Y con otras comidas, cómo le das? Con la papa y zanahoria lo sancocho y luego lo aplasto. Le echo toda la Chispita y lo mezclo todo junto y le doy ¿y te come así? Sí, pero no siempre. ¿Qué cosas son las que más come? La mazamorra, la maicena de chuño, me come tres cucharadas. Cuando dé las Chispitas, tiene que ser en comidas espesas, secas (...) ¿me estás escuchando, no? luego te voy a preguntar Sí” (H1 OB Personal de Salud CRED SCD1; 07mm)

Nuevamente, no se ayuda a solucionar que el bebé no siempre come o cuando lo hace, no se recibe toda la dosis recomendada. A pesar que se indaga por preparaciones que prefiere el niño, no se enlaza con una alternativa. No se recomienda por ejemplo, si come con mayor gusto las mazamoras, ofrecer el MMN en este tipo de preparación o tal vez, desdoblar la dosis, dado que el bebé comería poca cantidad (no se ha preguntado cuánto suele comer el bebé). La responsable al terminar la consejería, establece unilateralmente, un *compromiso*, comunica a la cuidadora principal, que tiene 30 días, para que el niño suba de peso.

Otro rasgo característico del *intercambio*, consiste en preguntar a la cuidadora principal para obtener una respuesta que requiere mayor indagación, es decir se abre un espacio a partir de la cuidadora principal, sin embargo, no se sigue de manera consistente o se salta a otro tema,

“¿El mes pasado, acabó todas sus Chispitas? CP responde que le han sobrado” (H1 OB Personal de Salud CRED SCD1)

No se pregunta cuántos sobrecitos han quedado, ni por qué, pasándose a dar la receta, para solicitar en Farmacia el MMN.

(c) Aspectos relevantes de la observación

Mirando el conjunto de indicaciones que brinda el personal de salud, notamos el **peso puesto en lo que ha de hacer la cuidadora principal**, no obstante, el gran vacío que se revela es el **plano del consumo del niño** (¿acepta o no el MMN? ¿cuánto come? ¿qué dificultades se encuentran? ¿cómo se han resuelto? ¿con qué resultados?) por tanto, No se valora ni se profundiza en las posibles dificultades que la cuidadora principal enfrenta y que requieren ser atendidos (en ninguna observación se parte de conocer, cómo le ha ido a la cuidadora principal, con el MMN). La consejería de esta manera, no considera dentro del análisis, la perspectiva y respuesta del niño; el consumo pareciera plantearse unilateralmente, sólo como un problema que residiría en la cuidadora principal - en la aplicación adecuada de los criterios de preparación y en la *voluntad* de seguir insistiendo que el niño coma-, lo cual grafica un escenario vacío de alternativas y de disposición a conocer y atender. Cuando la cuidadora principal expone algún tipo de problema vinculado al consumo, no se extiende la indagación, con el fin de determinar aquellos aspectos que podrían estar incidiendo en el problema y por tanto, en las posibles soluciones.

La **cantidad de información a procesar** por la cuidadora principal, es también bastante amplia; más aún si se presentan a modo de enumeración y en forma meramente, expositiva, no utilizándose ningún recurso o material didáctico. Muchos de los contenidos son procedimentales y requieren como tales, una aproximación práctica. Asimismo, no se introducen preguntas de chequeo, que permitan constatar si la cuidadora principal ha comprendido y está segura, respecto a lo que tiene que hacer en casa; aún menos, se solicita la exposición de dudas o preguntas. Las preguntas – si se formulan – son de tipo dicotómico o buscan sólo confirmación; no se encuentran dirigidas a caracterizar los problemas o las dificultades. En suma, el control del *intercambio*, reside en el personal de salud, trazando las pautas de participación (es quien pregunta, sentencia, dirige; en tanto la cuidadora principal, escucha, no interviene, incluso cuando se le formula una pregunta, puede permanecer en silencio o sólo asentir mientras el personal de salud continua con su línea de discurso). Sólo en una oportunidad, se ha preguntado explícitamente, por alguna duda (aunque la cuidadora principal, no manifestó ninguna).

Una dimensión crucial, para el consumo del MMN, lo constituye, el sentido que se atribuye a la práctica; se enfatiza sus beneficios en el combate contra la *anemia*, no obstante, no se explica en detalle en qué consiste, pero sobre todo, sus implicancias en el desarrollo y bienestar de los niños y

de las niñas; información que ayude a la cuidadora principal a definir la gravedad y la vulnerabilidad en que se encuentran frente a dicha condición.

La **calidad de la relación**, marco fundamental de desarrollo de la consejería, resulta igualmente, crítica; predominando la voz del personal de salud, no se dialoga con la cuidadora principal y por tanto, su experiencia y práctica, no se incorporan como parte del diagnóstico, ni de la búsqueda de alternativas viables a los problemas que enfrenta.

Por último, si bien se toca el tema de la alimentación y la importancia por ejemplo, de incorporar en la dieta, alimentos de origen animal; se desconoce su disponibilidad y acceso a nivel familiar. En general, no se suele explorar en los conocimientos y prácticas de alimentación infantil, marco en el cual ha de asentarse el consumo del MMN.

(2) Región Piura

(a) La relación entre cuidadora principal y el personal de salud

En cuanto a la *recepción* de la cuidadora principal, el personal de salud, *no saluda* ni establece *contacto visual*, pasando directamente, a un listado de preguntas orientadas a determinar el status general de la cuidadora principal y el niño (edad, si cuenta con Seguro, si participa en JUNTOS). Se dan indicaciones, siempre sin sostener contacto visual, mientras se realizan otras actividades paralelas, principalmente, anotando o revisando la documentación.

Las cuidadoras principales suelen permanecer calladas, ante las intervenciones del personal de salud; o responden de manera escueta o sólo con monosílabos. El personal de salud, no suele repreguntar o profundizar en la búsqueda de información, ni animar la participación de la cuidadora principal, en la formulación de preguntas o en la exposición de sus dudas.

(b) La información y tratamiento específico del MMN

Si bien se formulan algunas preguntas relacionadas con el MMN, éstas no siempre recogen una respuesta de la cuidadora principal o se profundizan. Asimismo, el planteamiento de las preguntas, no facilita la exploración de la experiencia concreta de la cuidadora principal, dado su carácter dicotómico; aun cuando se realizan preguntas abiertas, no se sigue el hilo de lo planteado por la usuaria o ni se le anima a expresarse. Así por ejemplo, la responsable de la atención, se dirige a la CP y pregunta “*hoy te toca Control y Chispas...¿cuántos sobres te quedan?*”, a lo cual la usuaria no responde; no se repregunta, pasando inmediatamente, a otras preguntas,

“...¿has tenido algún problema (se refiere al MMN)? ¿cómo le das? En comida no he tenido problemas” (P2 0B Personal de Salud CRED SCD1; 21 mm)

Notemos que no se busca información sobre el *consumo del niño* y la *forma cómo la CP brinda el MMN*, ni en las posibles dificultades que ha enfrentado. En general, las preguntas que se formulan sólo reclaman por parte de la cuidadora principal una afirmación o negación; se realizan *al hilo*, no siempre esperando la respuesta. No vuelve a tratarse el tema del MMN, hasta el final de la atención, cuando la responsable CRED, le menciona a la cuidadora principal, el número de dosis en que se encuentra el niño y que le tocaría recoger (P20BPSCD1; 21 mm).

Anotamos otro ejemplo, que ilustra esta suerte de *diálogo*, en dónde el protagonismo se encuentra siempre en la responsable de CRED, no planteándose una adecuada comunicación, interesada en la comprensión de la cuidadora principal y en la caracterización de sus conocimientos y prácticas de alimentación específicas en torno al MMN. Reparemos en la secuencia que se va desarrollando; se interroga por un aspecto, no se espera la respuesta y se pasa a otro tema; o la cuidadora principal responde de manera escueta y no se repregunta con el fin de ampliar y con ello, precisar la información (por ejemplo, la forma en que se viene dando el MMN; sin mayor indagación, la responsable de CRED, sanciona que lo está haciendo bien). Asimismo, se brinda información de manera inconexa, sobre una variedad de temas (se menciona sobre el MMN, algunos de sus componentes; la necesidad de ofrecer la comida en un lapso de tiempo determinado),

“¿Has pasado por la nutricionista? (la CP mueve la cabeza, negando). Ahorita ya se fue, pero vas a pasar después, para que te diga qué darle. Te vamos a dar tu Chispita y ya te toca la vacuna. No te dieron el micronutriente...¿Cómo le das la Chispita? Con arroz, pescado. ¿Sabes qué tiene? ¿Te han explicado? No. Ya, como le estás dando está bien. Que sea en quince minutos, porque si no, cambia el sabor. Tiene Ácido Fólico y hierro...¿cuánto tiene de hemoglobina? No, no me han dicho que saque. ¿O no te acuerdas? ¿A los seis meses, no le pincharon el taloncito o el dedito? No. Sí, no, porque tampoco está aquí registrado” (P2 OB Personal de Salud CRED SCD2; 14 mm)

Este caso sigue siendo particularmente, revelador de la atención, pues luego de hacer el tamizaje de anemia a la niña y encontrar niveles críticos de hemoglobina, no hay mayor indagación o refuerzo al consumo del MMN, tal como se indica en la cita previa. El problema se dirige a la responsabilidad de la cuidadora principal, quién dado los valores encontrados, no estaría brindando probablemente, el MMN; se indican una serie de alimentos y la atención concluye,

“Tu niña tiene 7.7, lo normal es que tenga de 11 a 13, pero ella tiene 7.7, es anemia bien severa, no te vas a olvidar de sacar consulta con el médico...¿Estás segura que le estás dando Chispitas, porque si es así, no estaría con tanta anemia. Sí le estás dando...¿todos los días? (la CP permanece callada) Bastante alimento de color verde, menestra que tiene hierro, con limón, para que se fije en el cuerpo de tu niña...higadito” (P2 OB Personal de Salud CRED SCD2; 14 mm)

En general, las indicaciones resultan amplias y generales y no se concentran en el caso atendido, por ejemplo, se informa a la cuidadora principal que su niña ha bajado de peso, añadiendo que la evolución debe ser siempre positiva. La cuidadora principal responde que su hijita suele comer cinco cucharadas y la responsable de CRED, le responde que debería comer más, no obstante, no se especifica cuánto más,

“Ha bajado de peso tu niña, ¿está comiendo? (CP no responde, permanece callada) (...)“¿La vez pasada la tallaron sin ropa? Sí. Porque se ha bajado de peso. Tiene que subir, no bajar, porque tú dices que ha estado enferma. Sí, come cinco cucharadas. Debe comer más. ¿Qué le das de comer?...” (P2 OB Personal de Salud CRED SCD2; 14 mm)

En otra observación, en donde igualmente, se consigna un problema de bajo peso y talla, sólo se indica que debe administrarse el MMN, diariamente,

“...en el caso tuyo, tienes que darle todos los días las Chispitas, eso le va a ayudar a crecer” (P2 OB Personal de Salud CRED SCD1; 21 mm)

(c) Aspectos relevantes de la observación

De manera similar a lo hallado en Huancavelica, el foco de indagación no se encuentra propiamente, en el consumo del niño. El tipo de preguntas que se formulan, no se dirigen a la identificación de posibles problemas que pudiera estar enfrentando la cuidadora principal, respecto al consumo; se enfocan sobre todo, en la confirmación de información, dado su carácter dicotómico. Así por ejemplo, aun cuando se confirma un diagnóstico de anemia en el niño, no se refuerza el consumo, ni se plantea una indagación más amplia que ayude a comprender dicha condición, habida cuenta que aparentemente, se estaría produciendo el consumo del MMN (pues hay recepción y entrega). Las recomendaciones conservan un aire general y poco específico, según cada caso.

La relación que se establece entre cuidadora principal y personal de salud, muestra nuevamente, el predominio de la figura de la Responsable CRED, marcando el tono y la dirección del intercambio. La interacción se desarrolla durante la mayor parte del tiempo, sin mantener contacto visual, exponiendo las indicaciones, mientras se realizan tareas paralelas, como el registro de información. La cuidadora principal permanece en silencio y si responde lo hace de manera escueta; no se suelen plantear repreguntas o confirmar comprensión de las indicaciones ni estimular la participación más activa de la madre.

(3) Región Ucayali

(a) La relación entre el personal de salud y la cuidadora principal

En muy pocos casos, el responsable CRED establece contacto visual, con la CP; resulta más común, dar las indicaciones o recomendaciones sin mirarla, mientras se atiende la documentación y el registro. Este personal de salud observado, constituye una de las pocas excepciones, que mantiene el contacto visual y se dirige a la cuidadora principal, con voz y tono suave; además, es el único – si consideramos el conjunto de observaciones – que *ha felicitado* explícitamente, a la cuidadora principal, al observar la evolución positiva de su niño, en cuanto a peso y talla,

“Respecto a su talla, está en 89.5 cm, para los dos años tres meses, debe estar en 87.3 cm., está con 2.2 cm extra, entonces, está bien para la edad, hay buena señal, está aceptable y muy bueno, te felicito, continúa así la alimentación que le vienes dando” (U1 OB Personal de Salud CRED SCD1: 27 mm)

Asimismo, antes de concluir la atención, se *ha preguntado si la cuidadora principal tiene alguna duda* (aunque ésta manifiesta que cuando se tiene muchos hijos, ya no hay dudas) y al despedirse, le *agradece* por haber asistido a la consulta.

(b) La información y tratamiento específico del MMN

Esta cuidadora principal habría recibido directamente, el MMN, sólo durante un período, pasando luego a ser entregado y consumido en el CCD,

“¿Estás recibiendo Chispitas? (CP dice que no, porque en la Cuna le dan). ¿Te dan en la Cuna y quién le da a ellos? La señora Delia viene a recogerlo al Centro de Salud. ¿En casa no le das? No, porque allá ya le dan. ¿Cómo le das las Chispitas? (CP no responde) ¿Cómo? En un poquito, en tres cucharadas de comida mezclando. ¿En qué tipo de comida le das? ¿en sopa? En sopa no, vamos a ver cómo” (U1 OB Personal de Salud CRED CD2; 21 mm)

A raíz de constatar que la cuidadora principal, no estaría manejando criterios adecuados de preparación, la responsable CRED, se explaya en información sobre el MMN (si bien la CP ha remarcado que no brinda el MMN, pues éste es administrado en el CCD, debe igualmente, conocer dichos criterios; además, se deduce que los fines de semana o los días que su hija no acude al CCD, no estaría consumiendo el MMN). Da una definición sucinta de la *importancia* del consumo del MMN, señalando que constituyen *“vitaminas para prevenir la anemia”*;

“...las Chispitas son vitaminas para prevenir la anemia, eso le va a ayudar, porque tiene todas las vitaminas...” (U1 OB Personal de Salud CRED CD2; 21 mm)

Luego procede dando indicaciones de su *preparación*. Se hace especial hincapié en (1) la *temperatura* de la comida, indicando la necesidad de *enfriar* la comida, advierte sobre todo, que *no esté caliente*, dado que se sentiría un *sabor amargo*; siendo la temperatura ideal *tibia o fría*; (2) no mezclar el MMN en toda la comida – sólo en dos cucharadas - con el fin de garantizar que se consuma en su totalidad, luego ya proceder con el resto de la comida; (3) alcanza **alternativas de preparación y alimentos** en los cuáles podría combinarse el MMN – mazamoras y “en leche” – en caso no se recibiera en las comidas (aunque la norma indica explícitamente, no combinar el MMN en preparaciones líquidas),

“...¿cómo le vas a dar? De su plato normal, primero le enfrías, caliente no, abres el MMN y lo mezclas, ellos van a sentir el sabor, sienten el sabor amargo cuando le das caliente; pero no se siente el sabor cuando le das en tibio o frío. No le vas a dar en toda la comida, porque ella te va a comer la mitad de la comida y la otra parte no, entonces, no le va a hacer efecto, como si se lo comiese todo, entonces, le combinas en dos cucharadas primero y se lo come, ya de ahí que se lo ha comido ya, le das todo. También le puedes poner Chispitas en la leche, en la última capacitación nos han dicho que puede ser en mazamorra y en leche, le pones en su leche, si es que no te recibe en la comida” (U1 OB Personal de Salud CRED SCD2; 21 mm)

En general, es alrededor de la *preparación del MMN*, que se concentraría la orientación del personal de salud, tal como otro ejemplo de observación muestra. Nuevamente, los criterios enfatizados serían la *temperatura* (la comida tiene que estar tibia, pues en caliente, se presentaría un *sabor ácido*) y la *separación de una porción de comida, en la cual se combinará el MMN*. Un criterio

adicional sería, el de *consistencia* (comida “de preferencia sólida”); también se ha proporcionado información sobre la *dosis diaria* del MMN,

“Tienes que agregar un sobre al día, no es un sobre en cada comida, es un sobre al día en una comida que sea de preferencia sólida, por ejemplo, tú preparas un arroz con lentejitas y separas unas 2-3 cucharadas de las lentejitas pero que estén tibias, que no estén calientes, porque en comidas calientes es ácido y ni tú los vas a querer comer, yo ya lo he probado ya. Entonces, para evitar eso, cuando esté tibia la comida agarro el sobre y le echas todo el sobre” (U1 0B Personal de Salud CRED SCD1; 27 mm)

Siguiendo este caso, se ha tratado más extensamente, el tema de la *dosificación*, pues la CP informa que administra el MMN, en dos tomas (tanto en el desayuno como en el almuerzo, medio sobre),

“¿Cómo le has dado esa vez, cuando le entregaron la primera vez? Yo le daba mitad en el desayuno y mitad en su almuerzo” (U1 0B Personal de Salud CRED SCD1; 27 mm)

El responsable CRED, pregunta a la CP si ha observado algún tipo de reacción como “diarreítas”, indicándose que no se ha presentado ningún problema; por lo cual, considera que el niño ya se habría adaptado al MMN, recomendando ahora, la ingesta de un sobre completo en una comida. Se agrega información sobre posibles efectos secundarios, tales como deposiciones un tanto líquidas; éstas no deben ser motivo de alarma, sino consideradas como parte del proceso de adaptación del niño,

“Entonces, como ya se acostumbró el cuerpecito, normalmente, esto recomendamos al ingreso, a la primera semana y vemos que no le pasa nada, entonces muy bien continuamos. Ahora vamos a darle un sobre completo en su comida, si tú ves que hay un cambio, un poco brusco, de repente, ves que no quiere comer, que le quiere dar diarreíta...hay ocasiones que puede ocasionar en el niño, que sus heces se presenten más líquidas, no es diarrea, es porque su cuerpo está absorbiendo vitaminas. Pero le vamos a dar un sobre, para ver cómo le va, si tú ves que en tres días, si algo te dice que no está bien, le vas a continuar dando mitad de sobre, pero ese sobre tiene que terminarse en el días” (U1 0B Personal de Salud CRED SCD1; 27 mm)

En dos observaciones, se hace mención de la importancia del lavado de manos,

“Y otra cosa, el lavado de manos, no solamente, a la mamá, sino a él (se refiere al bebé) que para jugando y viene a comer con todas las manos sucias, ¿ya?” (U1 0B Personal de Salud CRED SCD1; 27 mm)

“Siempre lavarse bien las manos (en relación sobre todo, con la preparación de alimentos) cuidar bastante de la mosquita, si lo dejas, por ahí viene la mosquita y luego se lo come tu niña y se enferma” (U2 0B Personal de Salud CRED SCD1)

Es importante apreciar, que no siempre se sigue el tema planteado por la CP, es decir, no se termina de aclarar una duda o un problema. Aquí la CP comenta que la niña rechazaba el MMN, porque sentía el sabor; la responsable CRED pregunta si preparaba el MMN en comida caliente, y la CP responde negativamente. Luego, la responsable CRED pasa inmediatamente, a otro tema, dejando en el aire, el tema asociado al rechazo,

“...le siente. ¿le dabas en caliente? No, no lo comía y decía “guácala”. ¿Pero tú le combinas en caliente? No. Pero cuando ya lo echaste y de ahí, ¿lo enfías? No. En la anemia le va a ayudar, ¿le has hecho sus exámenes de heces, hemoglobina?...” (U1 0B Personal de Salud CRED SCD2; 21 mm)

Veamos otro ejemplo,

“No me ha subido mucho de peso, está subiendo gramos nomás. No me come bien. ¿Cuántos años tiene un año ocho meses? ¿nueve meses? (la edad de la niña ya había sido previamente, corroborada)” (U1 0B Personal de Salud CRED SCD2; 21 mm)

Asimismo, se pregunta pero no se espera la respuesta y se procede a realizar otra o hacer un comentario,

“...¿desde cuándo le han dado los micronutrientes? (CP no responde) ¿ya sabe decirte los colores? ¿dice los animalitos? (no se espera respuesta y se llama a la niña, para realizar la evaluación sobre estos conocimientos) (U1 0B Personal de Salud CRED SCD2; 21 mm)

“¿Se te ha enfermado? ¿se ha enfermado de la diarrea? Hay que tener mucho cuidado con eso, porque te bajan de peso, por eso no sube, no está ganando peso, como debía estar tu niña (la CP permanece callada)” (U1 0B Personal de Salud CRED SCD2; 21 mm)

“Y con respecto al multimicronutriente o a la vitamina que le estamos dando, ¿Lo ha consumido el niño? ¿Lo ha estado tomando? ¿No hay ningún problema? Usted ha recibido una caja en setiembre, de ahí no ha recibido más. Ahora le vamos a continuar dando lo que es el MMN...” (U1 0B Personal de Salud CRED SCD1; 27 mm)

(c) La presentación e introducción del MMN en la alimentación del niño y de la niña, que inicia la Alimentación Complementaria: ¿qué y cómo se aborda?

Las dos observaciones realizadas en el SCD-Manantay, han correspondido a niños de seis meses, es decir, iniciando la Alimentación Complementaria, al igual que la incorporación del MMN, por lo cual brindan información crucial sobre la forma en que se introduce el MMN, en la práctica de alimentación de la Cuidadora Principal. Se informa que a partir de este momento, el niño comenzará a comer preparaciones como purés y mazamoras (en una de la observaciones, se menciona también “aguaditos”). El MMN se presenta como una vitamina que ayudaría junto con la alimentación, a ganar peso (ganar peso, en este caso, se presenta como el propósito esencial del MMN, pues se repite en diversas ocasiones, durante la atención),

“Hoy día ya va a empezar a comer, en forma de puré, mazamorra, puré de papa, aguadito, con su aguadito y te vas a ayudar de sus vitaminas (...) como ya va a empezar a comer hoy día, tiene que ganarme peso (...) hoy día, sólo darle comidas en forma de puré con sus vitaminas, es un polvito (...) esa es la única forma de que pueda ganar peso, su comida y sus vitaminas” (U2 0B Personal de Salud CRED SCD2; 06 mm)

A ganar peso, se suma otra contribución, como la prevención de la anemia (no se explica sin embargo, en qué consiste esta condición; las razones para evitar su aparición, así como sus repercusiones en la salud de los niños y de las niñas, dando sentido de esta manera, al consumo del MMN),

“...esto contiene cinco vitaminas importantes, la vitamina A, lo protege de las enfermedades visuales, la vitamina C para la piel y el rayo solar, el hierro previene la anemia y el Ácido Fólico, mejora el crecimiento” (U2 0B Personal de Salud CRED SCD2; 06 mm)

“Bueno mamita, esta será una vitamina, que le darás a tu niña, a partir de los seis meses, cada mes, durante doce meses. El Estado te va a regalar (...) es importante, especialmente, para evitar la anemia, porque va a ayudar al niño, que no le dé anemia y en caso tuviera, para curarle también” (U2 0B Personal de Salud CRED SCD1; 06 mm)

La protección contra las enfermedades, así como su aporte en el crecimiento, representarían otras virtudes del consumo del MMN,

“También es muy bueno, para proteger al niño de las enfermedades, como la gripe, tiene vitamina A, vitamina C, Zinc, que son minerales y vitaminas esenciales, para que crezca el niño” (U2 0B Personal de Salud CRED SCD1; 06 mm)

Otra cualidad mencionada del MMN, se relacionaría con su efecto en el incremento del apetito,

“Si lo come todo diario, todos los días, sin derramar, sin botar tu bebé, va a tener de acá un mes, a dos meses, bastante apetito, va a tener bastante hambre, vamos a ver resultados. Hay mamás que le dan todos los días y se ven resultados, las mamás dicen, “uy, qué hambre tiene mi hijo” (U2 0B Personal de Salud CRED SCD1; 06 mm)

Otro aspecto abordado, relacionado con el MMN, lo conforma su preparación, la dosis y frecuencia diaria de consumo,

“...así le vas a dar, de esta forma, de tres cucharitas lo aplastas, saca un sobre y echas el multimicronutriente, un sobre todos los días” (U2 0B Personal de Salud CRED SCD2; 06 mm)

Notemos que la información alrededor de la preparación – un aspecto clave relacionado con la aceptación y el consumo – no precisa el conjunto de criterios a considerar, no se trata acerca del sentido de separar una porción de comida, para combinar el MMN; se indica *echar o vaciar el MMN*, pero nada de su combinación con la comida; la atención en la temperatura y asegurar el consumo de la porción, lo más rápido posible. En el siguiente caso observado, si bien la información se amplía, incorporando más criterios, no llega a ser completa,

“Le vas a dar todos los días en el almuerzo (...) se abre por acá (mostrando el sobrecito del MMN) y se vacía en dos cucharadas de comida espesa. Está prohibido dar en refresco, agüitas, leche ¿OK? Sólo en comida espesa, entonces, abro y se lo doy en dos cucharadas de puré y se lo doy instantáneo. Si tú le das pasando media hora, una hora, se va a volver media marrón la comida, un marrón medio oscuro y no te lo va a querer comer el bebé, ya va a oler, es que tiene hierro y el hierro sabes que tiene un olor. Entonces, para darle, el secreto es darle de comer instantáneo (...) no va a tener ningún sabor ni nada” (U2 0B Personal de Salud CRED SCD1; 06 mm)

Entre las preparaciones mencionadas y que pueden utilizarse para la combinación del MMN, se ha indicado el puré y la mazamorra,

“Entonces, ¿cómo le voy a dar esa vitamina? (...) ¿en dónde le voy a dar? En su comidita, te he dicho que le vas a dar purecitos, también le puedes dar en mazamorritas de maíz morado natural, no colorantes. Le puedes dar en mazamorritas, porque a algunos niños, les gusta más el dulce...” (U2 0B Personal de Salud CRED SCD1; 06 mm)

Por último, se señalan *posibles efectos secundarios*, a partir del consumo; tales como coloración oscura de heces y *diarreas*, manifestaciones normales y que componen parte del proceso de adaptación del niño o de la niña,

“¿Qué le puede causar a tu bebé? Le puede dar diarreítas, de repente, al inicio sólo cuando se va a adaptar el bebé o no de repente, puede dar nada. Sí su caquita puede salir un poco marroncita, no te vayas a asustar, no le vayas a suspender, todos los días, uno” (U2 0B Personal de Salud CRED SCD1; 06 mm)

Un aspecto que llama la atención, lo constituye la utilización de términos de orden técnico, que no forman parte del manejo cotidiano de la CP y que sin embargo, se presentan, como fundamento o base de las indicaciones que se brindan. Así, se habla de *“desnutrición aguda y crónica”* o se comenta que los MMN *tienen 12.5 mg de hierro elemental* (U20BPSCSCD2; 06 mm). Por último, no se menciona la anemia y sus implicancias, más que marginalmente.

(d) Aspectos relevantes de la observación

Respecto a la *relación entre la cuidadora principal y el personal de salud*, encontramos similitudes a lo hallado en las otras Regiones, es decir, escaso contacto visual durante la atención y estímulo a la participación de la madre; hallándose sin embargo, una excepción fundamental, dadas las características que revela. El Responsable CRED mantiene contacto visual; se expresa en tono suave e introduce rasgos altamente, positivos hasta ahora no observados, respecto a las otras Regiones: se felicita a la cuidadora principal, ante sus logros; se pregunta por posibles dudas e interrogantes y agradece asistencia a la atención.

Diversos aspectos del consumo del MMN, se abordan a lo largo de la consejería, es decir, no se tratan en bloque o de manera conjunta; de esta manera, se va brindando información de manera dispersa y en medio de otros temas, igualmente, tratados durante la atención (vacunas; evaluación del desarrollo del niño o de la niña...). Si bien en algunas observaciones, el/la responsable de CRED, recorre la gran mayoría de temas vinculados con el MMN (importancia; forma de preparación; dosis y frecuencia de la administración; posibles efectos...); no se plantea ninguna estrategia que permita cerciorarse de la comprensión de las indicaciones. El planteamiento de *preguntas de chequeo*, se encuentra totalmente, ausente a lo largo de la atención. En general, no se motiva ni se solicita la participación más activa de la cuidadora principal, formulando sus dudas e interrogantes (con la excepción ya indicada); a pesar de la cantidad de información que se le pide procesar.

En cuanto a la **consejería a los niños que inician la Alimentación complementaria y el consumo del MMN**, se habla de la *importancia y beneficios del MMN*, planteando en primer lugar que aporta en la ganancia de peso, además de prevenir contra la anemia (aquí sin embargo, no se brinda explicación sobre dicha condición, en qué consiste, las causas asociadas y sus repercusiones) proteger contra las enfermedades, impulsar el crecimiento y desarrollo y aumentar el apetito. Si bien se menciona el otro eje crucial, correspondiente a la *preparación del MMN*, no se articulan todas las indicaciones necesarias y menos el sentido de las mismas.

Sin mayor variación, en todas las observaciones realizadas, y tal como los propios Responsables de CRED informan, la presentación de las indicaciones es básicamente, verbal, no registrándose el uso de algún tipo de recurso metodológico que permita una mejor comprensión de la información y aumente la confianza de la CP, en que podrá llevar a la práctica, el conjunto de criterios que se le plantea.

B) La consejería que se brinda durante el control CRED desde la perspectiva del personal de salud

Presentaremos a continuación, cómo organiza el/la Responsable de CRED, la consejería en torno al MMN; la identificación de dificultades que aún rodean el consumo; la utilización de recursos metodológicos, así como las características que este actor reconoce, como centrales en el trabajo de consejería.

(1) Región Huancavelica

(a) Orientaciones que se brindan sobre el MMN, durante la atención

Desde la perspectiva del personal de salud, la consejería haría énfasis en todos los aspectos centrales del consumo del MMN. Va a destacarse en primer lugar, la presentación de la *importancia y beneficios del MMN*; las orientaciones para su *preparación y administración* y en algunos casos, la centralidad de prácticas de higiene como el *lavado de manos*. En este marco, destaca por su ausencia, la escasa información respecto a los probables efectos secundarios del MMN y su tratamiento correspondiente (tema que ha probado ser crítico, para el consumo).

➤ HABLANDO DEL MMN: ¿QUÉ SE DICE? ¿CÓMO SE DICE?

La mayoría de responsables CRED, indican que uno de los temas centrales de la orientación que brindan, reside en la **importancia del MMN**,

“...siempre se les resalta la importancia de las Chispitas, qué es lo que contiene y todo eso, para qué les brindamos las Chispitas (...) justamente, nos enfocamos más en eso, en brindarle a la mamá, la importancia de la Chispita, porque si ellas no saben para qué le estamos dando, obvio que lo van a tomar como cualquier cosa y no le van a dar la importancia necesaria” (H2 Personal de Salud CRED SAF)

Al resaltar la **importancia del consumo del MMN**, una de las nociones que el personal de salud tiende a relevar, lo constituye su aporte en el desarrollo cognitivo de los niños y de las niñas; lo cual se alinea de manera clara y directa con las aspiraciones de los cuidadores principales, quienes desean el éxito y el buen desempeño escolar de sus hijos, colocándolos así, en una línea de progreso. Esta noción ayuda a comunicar los efectos beneficiosos del MMN en el mediano plazo (contrarrestando la demanda usual de resultados inmediatos, para evaluar la eficacia de una medida),

“...lo que yo más les enfatizo (...) si tu niño come esto, vas a hacer que su cerebritito, también empiece a desarrollar, crezca, no va a crecer solo en tamaño, sino se va a desarrollar, y si se desarrolla, tu niño va a aprender mejor, va a ir a la escuela, va a ser más activo, más despierto a que cuando no se desarrolla su cerebritito, el niño está solamente, dormido, no juega mucho, cansadito, no aprende (...). Y ese tipo de explicación licenciada, ¿la madre lo recibe bien? Sí, cuando yo le hablo del cerebro, y que el niño va a ser inteligente, eso sí, como que les llama, un poquito más la atención” (H1 Personal de Salud CRED SCD)

“...con la Chispita, si no se le da a conocer la importancia o cómo darle a la mamá, no va a saber, va a crear un problema en el niño. La mamá debe tener conocimiento sobre ello y más importante, porque el niño está en proceso de crecimiento y desarrollo, posteriormente, va a entrar al nido, al colegio, entonces, si es que no se ve desde un inicio, más adelante, ese niño no va a rendir...” (H2 Personal de Salud CRED SCD)

“...le tienes que dar (...) si no, eso se hace más severo, si esa anemia se vuelve más grave (...) a tu hijita, todas sus neuronas que están en su cabecita, se van a morir, entonces, ya tu hijita no va a ser como un niño normal”, entonces, te dicen, “ya ya” (H1 Personal de Salud CRED SAF)

Una forma de hacer visible los efectos del MMN y con ello, la importancia de su consumo, es destacar igualmente, su incidencia en el **crecimiento y desarrollo** de los niños; si el control revela una evolución positiva, se vincula tales resultados con el consumo del MMN,

“...le explico la importancia, un poquito con esto (se refiere a la tarjeta de control de peso y talla) (...) “esa línea verde, si tu niño está bien, le está dando micronutrientes, para eso es importante” (...) la mamá me pide, “doctor, muéstreme la tarjeta, para ver cómo está...” (H2 Personal de Salud CRED SCD)

Siguiendo la *importancia del MMN*, se enfatiza igualmente, su **contribución en el combate contra la anemia** (H1 Personal de Salud CRED SAF).

Al explorar con las **cuidadoras principales**, qué plantea o comunica el personal de salud, sobre el MMN, encontramos las siguientes ideas principales acerca de su importancia y valoración. La **defensa contra la anemia**, constituiría una de las nociones centrales que el personal de salud, remarcaría. Otro beneficio que se destaca del consumo del MMN, alude a su incidencia en la evolución positiva de talla y peso de los niños y las niñas, aportando en suma, en su **buen desarrollo y crecimiento**. La **protección que brinda contra las enfermedades**, representaría otra de sus virtudes; además de su contribución en el **desarrollo del cerebro**. Por último, otra idea clave transmitida, es la de constituir un **complemento de la alimentación** cotidiana de los niños. Al contrastar lo que explícitamente, el personal de salud, declara enfatizar sobre la importancia del MMN, hallamos gran consonancia, con lo anotado por las cuidadoras principales; con la salvedad, que éstas rescatarían una mayor diversidad de beneficios.

Al lado de la *importancia del MMN*, la **forma de preparación del MMN**, representaría el otro tema prioritario en la consejería; debiendo partir según una responsable de CRED (H1 Personal de Salud CRED SCD), desde la recomendación explícita del **lavado de manos**,

“Le explicamos también, cómo es la forma de darle la Chispita a sus hijos, siempre, más que nada, nos enfocamos en eso...” (H2 Personal de Salud CRED SAF)

“...más enfatizar en que la mamá le tiene que brindar, cómo le tiene que brindar el micronutriente, en qué comida se le tiene que dar...” (H2 Personal de Salud CRED SCD)

Entre los criterios más difundidos, encontramos, la indicación de **separar una porción de la comida** (alrededor de dos cucharas) y la preparación de **comidas espesas**.

El **consumo de un sobrecito diario** del MMN, constituye otra de las indicaciones que se refuerza de manera constante, a las cuidadoras principales,

“¿qué es lo que sería vital enfatizar? (...) que se tiene que dar diariamente (...) y la cantidad, o sea, cuánto se le tiene que dar” (H2 Personal de Salud CRED SCD)

Otra línea de recomendación, se articula alrededor de algunas **estrategias que podrían facilitar el consumo**; por ejemplo, alternar la comida combinada con el MMN, con aquella que no,

“¿qué hace la mamá, cuando el niño no quiere comer sus Chispitas? bueno, yo le digo que si no quiere, no lo fuerce, porque peor, le genera rechazo ¿No? sino que vea otra forma de darle. ¿Qué otras formas, usted le recomienda (...) ? Así de poquito, como le decía. Ah, lo que me indicaba (...) ir alternando lo que tiene Chispitas, con lo que no. Ajá, con lo que no tiene, cosa que termina. ¿Y le ha dado resultados a la mamá? Sí, al menos, las mamás que yo les dije, “sí” me dicen, “sí, así come, está comiendo” (H1 Personal de Salud CRED SCD)

➤ DIFICULTADES Y ACIERTOS EN LA PRÁCTICA DE CONSUMO DEL MMN

Situar las dificultades y aciertos en la práctica de las cuidadoras principales, resulta central para el desarrollo de la consejería; sin esta dimensión, se corre el riesgo de no apoyar adecuadamente, sus demandas de orientación. Lograr que el MMN, se prepare en comidas de consistencia espesa, es aún una tarea pendiente, algunas cuidadoras principales, siguen ofreciéndolo en la avena o en la sopa,

“...la gran dificultad que tenemos, por más que hagamos las Sesiones, siempre cuando vienen acá y les preguntamos, “¿en dónde o cómo le estás dando la Chispita?” siempre dicen, “en la sopita o en el quaker” (H2 Personal de Salud CRED SAF)

“...se les estaba dando en caldos, porque en caldos dicen es más rápido, porque supuestamente, se envuelve mejor la Chispita y se lo comen mejor...” (H1 Personal de Salud CRED SAF)

“...a veces, las mamás piensan que la sopita nutre y no es así, se les explica que al final, su segundo o su platito de picadito o de su papilla, dependiendo de la edad que tienen, se le explica a la mamá...” (H2 Personal de Salud CRED SCD)

Por ello, la consejería alrededor del MMN, se entiende como un refuerzo permanente, de las indicaciones,

“Por más que la mamá ya haya recibido un mes, todos los meses se le da la consejería y eso hace que la mamá, tenga la aceptación de la Chispita” (H2 Personal de Salud CRED SAF)

➤ SOBRE LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS EDUCATIVOS

La consejería, se basa principalmente, en la exposición oral de las indicaciones, no se hace uso de ningún recurso material o actividad de tipo práctico. Serían las *Sesiones Demostrativas*, dirigidas ya sea por el/la Responsable de CRED o la nutricionista del establecimiento, el espacio más característico, para que las cuidadoras principales, puedan visualizar de manera práctica el procedimiento a seguir en la preparación del MMN y sobre todo, apreciar directamente, su consumo,

“Y en la Sesión Demostrativa, se les invita más que nada, a las mamás que no quieren, porque hay mamás que vienen de fuera, las que vienen de Huancavelica, vienen de otros sitios, ellas son las que no quieren, las que no te aceptan fácil. ¿Y por qué? Dicen ellas que no, “¿para qué es? Por gusto señorita, yo he visto que a mis sobrinas les dan, no, yo no quiero”, pero cuando tú vienes acá y las traes, empiezas a hacer, les das las comidas, como deben comer y les haces probar ahí a sus hijos pues...comen” (H1 Personal de Salud CRED SAF)

“O sea, que las mamás han aprendido bien, ¿no? Sí, es que nosotros enseñamos...dan charlas, por eso ya saben ya, pues señorita. ¿no es que prepare, por ejemplo, en sopa...? No ...o que le combinen en toda la comida? No, ya saben ya señorita. En cada mes, nos dice la señorita Azucena (personal de salud), nos da charla a todos, por eso más, señorita...la señora Azucena, siempre está repasando, repasando Ujum, siempre, la señorita Azucena o la señorita Delcy (personal de salud) también, todos” (H1 Facilitadora SAF2)

Las Sesiones Demostrativas sirven también para identificar, de qué manera las cuidadoras principales están aplicando o comprendiendo las indicaciones de preparación del MMN y la lógica que se encuentra detrás de sus procedimientos, así por ejemplo, la entrevistada observa durante la práctica, que la cuidadora principal, sólo agrega una parte del contenido del sobrecito del MMN, a la preparación; en el entendido que no se coloca la cantidad completa, pues se trata aún de niños pequeños. Esta observación da pie así, para explicar la práctica adecuada,

“...no le echan todo, le echan la mitad nomás (del sobre del MMN) porque supuestamente, está chiquita (se refiere a la bebé) piensan que después se le va a dar todo. Y ahí es donde le explicamos” (H1 Personal de Salud CRED SAF)

(b) Características que debería tener la consejería desde la perspectiva del Responsable de CRED

Encontramos una visión – no generalizada pero si presente – un tanto más centrada en la experiencia y conocimientos de las cuidadoras principales, es decir, interesada en indagar - y no sólo transmitir indicaciones - en su práctica y en las dificultades que enfrentan; destacando la comprensión de la consejería como un espacio de diálogo. Otro componente importante que se propone, corresponde al seguimiento necesario de las recomendaciones, con el fin de evaluar su aplicación y eficacia.

➤ LA CONSEJERÍA COMO ESPACIO DE DIÁLOGO

Si durante la atención, se muestra una actitud receptiva, animando la participación de las cuidadoras principales, es posible identificar las dudas, interrogantes así como las dificultades que se experimentan, respecto al consumo. Esta aproximación, permite a la responsable de CRED, adaptar las indicaciones que se brindan, sobre la preparación y administración del MMN. Así por ejemplo, puede recomendarse ofrecer el MMN de manera progresiva (iniciar con una pequeña cantidad hasta llegar al sobre completo) como una medida que responde a la hipótesis de la cuidadora principal, que tal vez el niño o la niña percibiría con mayor agudeza, sabor y olor, dada la cantidad mezclada. Otra estrategia que se plantea, es intercalar la comida combinada, con aquella sin el MMN (notemos que estas indicaciones, emergen a partir del espacio que la cuidadora principal, encuentra para expresar sus dificultades). Adicionalmente, se transmite a la cuidadora principal, la necesidad de una actitud de búsqueda y flexibilidad, siguiendo el objetivo de lograr el consumo efectivo del MMN,

“...y si todavía no le agrada el sabor, “dele de poquito, de a poquito, de a poquito, no todo el sobre, sino un poquito del sobre y le mezclas en la comida y le das, ¿no?, otro poquito y le das, otro poquito y le das, hasta que el bebé...se acostumbre a ese saborcito (...) cada día, un poquito de las “Chispitas”, nada más (...) no todo el sobrecito No todo, por lo menos un día o dos días, hasta que se vaya acostumbrando, luego ya medio sobrecito, medio sobrecito, ya hasta que empieces, con un sobre entero. ¿Y qué le decían las mamás?, ¿les daba qué resultados? Bueno sí, que toleran, que toleraban” (H1 Personal de Salud CRED SCD)

“... también dicen, “el sabor”, “lo echo todo el sobre, lo preparo en las dos cucharas, como me indican, le doy todo el sobre, y la primera cuchara o media cuchara, la tolera, de ahí, el bebe siente y ya no quiere recibirme más”, es lo que ellas dicen, ¿no? Entonces, lo que yo les digo es, “ya, no te tolera, entonces, dale del otro poquito, que no tiene “Chispita”, le das ese otro poquito y ya luego, jugando, jugando, le das la otra que has preparado y así va a terminar, sus dos cucharas, porque no vale guardar, no vale calentar” y sí, me dicen que sí, al menos así algunos están tolerando, ¿no? lo toleran” (H1 Personal de Salud CRED SCD)

➤ EL SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES

Otro elemento fundamental que se identifica, lo constituye la importancia de realizar algún tipo de seguimiento a las orientaciones que se han brindado, pues se indaga en la efectividad o no de las mismas, resultados que pueden luego compartirse o alimentar el repertorio de alternativas de la consejería,

“(dice a la CP) “si no te tolera la papilla, el segundo espeso, dale en la mazamorra, dale tal vez en algo dulce y te lo va a tolerar y prueba y a la siguiente que vienes, me cuentas”, y cuando viene (...) si tengo la oportunidad que me vuelva la misma paciente, “¿le diste o no?”, “sí”, “¿lo ha tolerado?”, “sí”, “entonces, continúa así” (H1 Personal de Salud CRED SCD)

➤ UNA MAYOR ATENCIÓN EN EL CONSUMO DEL MMN

Si bien se indaga, si se ofrece el MMN, se reconoce que tal información es básicamente, referencial, pues no se cuenta con estrategias que permitan constatar de manera directa cómo se desarrolla el consumo; no obstante, es interesante la observación de esta entrevistada, quién señala es posible identificar de alguna manera, si se produce el consumo. Si la indagación se concentra sólo en los conocimientos de la cuidadora principal, es probable como alerta la entrevistada, que ésta responda con gran precisión; sin embargo, considera que la pregunta más adecuada para determinar si se da el consumo o no, es *cómo se está brindando y sobre todo, si el niño “tolera o no” el MMN,*

“... algunas como ya saben, de memoria incluso (...) qué le debe de dar, qué cosa le debe hacer comer, qué alimento le da fuerza y todo lo demás (...) le pregunto y me dicen “tal y tal y tal”, como se lo han dicho, entonces, eso quiere decir, que no lo están practicando (...). **¿Y cómo usted capta una mamá, que sí está cumpliendo con darle al bebé?, ¿cómo se da cuenta?** Con la pregunta, le digo, “¿cómo le das?, ¿te tolera o no te tolera?”. Esa es la primera pregunta. Ah, **porque parece que ese es el punto crítico, ¿no?** Ah, “¿tolera o no tolera?”, entonces, allí es donde algunas, tienen un poquito de duda al responder y ya digo, “ah no, no le está dando”. Otras me dicen “sí”, “¿cómo le das?”, “le doy con mazamorra, le doy con esto, con eso”, de ellas mismas, ¿no?, la respuesta también” (H1 Personal de Salud CRED SCD)

(2) Región Piura

(a) Orientaciones que se brindan sobre el MMN, durante la atención

➤ HABLANDO DEL MMN: ¿QUÉ Y CÓMO SE HABLA DEL MMN?

Una primera línea de orientación y motivación, gira alrededor de la **importancia del MMN**, incidiendo en su contenido y beneficios,

“¿Qué te gustaría que le quede más? Más grabado, que tengan conocimiento, lo que contiene la Chispa, para que tomen interés, para darle a su bebé (...) porque si no, de nada sirve” (P1 Personal de Salud CRED SAF)

“...les explico...son nutrientes que en las comidas diarias, no les damos la cantidad suficiente, pero también vitaminas, que le va a ayudar a su niño en su crecimiento y desarrollo” (P2 Personal de Salud CRED SCD)

La práctica de consumo, debe tener como horizonte, **evitar la anemia** y con ello, asegurar, principalmente, el **buen desarrollo cognitivo** de los niños y de las niñas (y con ello, su buen desempeño escolar a futuro); este mensaje se enfatiza en el trabajo con las cuidadoras principales,

“(el MMN son) vitaminas, que le ayudan para el desarrollo del niño, para evitar la anemia; si el niño tiene anemia, va a tener problemas de aprendizaje cuando vaya pues, pronto a la escuela...” (P2 Personal de Salud CRED SCD)

“¿Y qué es lo que anima a las madres (...) darle las Chispitas a sus niñitos? Yo creo que las animan en el motivo de cuando uno les empieza a explicar, les explica que es muy importante las Chispas, que lo deben consumir sus niños, para prevenir las anemias, entonces, en ese aspecto, ellas se incentivan (...) “dándole las Chispitas a mi hijito, no va a tener anemia” dicen” (P1 Personal de Salud CRED SAF)

Las **cuidadoras principales**, van a subrayar las mismas nociones que el personal de salud considera relevante destacar sobre la importancia del MMN: la **protección contra la anemia**; su aporte en el **buen crecimiento y desarrollo físico y cognitivo** de los niños y las niñas. De manera similar, al caso de Huancavelica, en donde las cuidadoras principales identificarían una mayor diversidad de beneficios transmitidos durante la consejería; se reconocen como otras de sus contribuciones la **protección que brinda contra las enfermedades** y su acción en el **incremento del apetito**.

El **procedimiento de preparación**, constituye otro tema abordado; se indica la **separación de dos cucharas** de comida, en donde mezclar el MMN; estando la preparación **tibia**. La comida combinada debe ser terminada en primera instancia y luego proseguir con el resto, asegurando de esta forma, el consumo total del MMN,

“...primero, partir con sus Chispitas, con sus dos cucharadas (...) y después, ya va a continuar con su comida” (P2 Personal de Salud CRED SCD)

Se recomienda asimismo, **comer con rapidez la porción de comida mezclada**, para evitar la aparición de sabor y de olor y el consiguiente rechazo del niño o de la niña. Se coloca igualmente, la atención en la **dosis** a administrar, para evitar su uso inadecuado,

“...es importante decir que una vez al día, porque no le vayan a dar...le digo, la caja tiene 30 sobrecitos, es un sobre por día, por lo tanto, treinta días, “por eso, después de treinta días, vas a venir para darte otra caja” (P2 Personal de Salud CRED SCD)

Se anima a **adaptar las indicaciones o criterios de preparación**, siguiendo la perspectiva del niño o de la niña; dando a la cuidadora principal, un marco más flexible, para ensayar diversas alternativas,

“...por ejemplo (...) si no le gusta la menestra, ya pues, lo que le guste, pero que sea sólido, de pronto, en fruta picadita, en la fruta que le guste o en la menestra que le guste...” (P2 Personal de Salud CRED SCD)

Otro tema de orientación, corresponde a las **estrategias** que la cuidadora principal, puede poner en práctica, ante el rechazo del niño o de la niña; así por ejemplo, se explica que si se trata de niños más grandes, a partir del año, sería aconsejable, evitar que éstos vean cómo se agrega el MMN a la comida,

“Algunos que otros (...) manifiestan (...) “no, que no lo quiere consumir mi niño”, pero le digo, si el niño tiene un año, 2 años, por ejemplo, si te ve preparar la Chispita, de pronto, va a pensar que le estás dando otra cosa. O sea, son cosas manejables, digamos, ¿no? les decimos, “tienes que prepararle, cuando no te vea y... porque no tiene sabor ni olor nada. Entonces te dicen... “ya sí, lo voy a poner en práctica” (P2 Personal de Salud CRED SCD)

Asimismo, se orienta a las cuidadoras principales, sobre la necesidad de **dar continuidad al consumo diario del MMN**; pues no se estaría ofreciendo de manera regular los fines de semana, en el caso de los niños que acuden a los Centros de Cuidado Diurno,

“Y sábados y domingos no consume la Chispita el niño, porque la caja toda completa le dan a la (Madre) Cuidadora (...). A la mamá cuando viene, se le dice pues, tiene que dejar dos para sábado y domingo (...) para que ella pueda darle en casa ¿no? Al niño y no pierda la continuidad (...) porque debe ser diario el consumo (...) se les explica el por qué, el motivo y todo para que ellas se sensibilicen y tomen importancia...” (P2 Personal de Salud CRED SCD)

Otro tema fundamental, corresponde a la **insistencia en el lavado de manos** de la cuidadora principal y de los niños y las niñas, en los momentos críticos, principalmente, antes de la preparación de alimentos y de dar de comer; recomendación fundamental, pues las cuidadoras principales relacionan el consumo del MMN, con la aparición de diarreas (**P1 Personal de Salud CRED SAF; P2 Personal de Salud CRED SCD**).

➤ DIFICULTADES Y ACIERTOS EN LA PRÁCTICA DE CONSUMO DEL MMN

A través de la consejería, se manifiestan algunas de las **dificultades del consumo**, así como las prácticas inadecuadas. Esta responsable de CRED, señala por ejemplo, que algunas cuidadoras principales, *brindan en leche el MMN* – a pesar de la indicación explícita de hacerlo en preparaciones espesas – pues consideran que es más fácil su consumo - con la leche *“se lo pasan”* -.

“...les explico, mayormente, que le deben dar en las comidas espesas. Ahí les deben dar las Chispitas (...) es el ideal. ¿Y qué crees que pasa cuando se lo quieren dar en la leche? (...) No pues, ya pierde totalmente ahí. Pero igual las madres, a veces, se lo dan en...Igual se lo dan en la leche ellas, “ahí se la pasan” me dicen” (P1 Personal de Salud CRED SAF)

La aplicación del criterio de **consistencia**, constituye al parecer, un aspecto crítico, dadas las prácticas cotidianas de alimentación; tal como señala la entrevistada, la preparación prioritaria de sopas, llevaría a algunas cuidadoras principales, a no ofrecer el MMN, dada la indicación de hacerlo en comidas espesas; o combinar el MMN, en esta preparación líquida,

“...el problema es que la mayoría o algunas hacen sus sopas, hacen su aguadito. ¿Y le dan las Chispitas en el aguadito? Ajá (...) de pronto, le puede echar sí. En algunos, cuando uno les pregunta, dicen, “no, es que no le doy” (...) ¿por qué no le has dado?”, “no, es que...”. El hecho pues, es que si voy a la semana a preparar más sopa que segundo, obviamente, dicen “no, porque he hecho (sopa)”...hacen su sopa y como le hemos dicho que es en sólido, entonces, es por eso que no le dan” (P2 Personal de Salud CRED SCD)

En aquellos casos en los cuáles se plantea un rechazo – si se quiere rotundo – a seguir recibiendo el MMN, pues se aduce provocaría diarreas o el sabor es muy desagradable, se ha optado por cambiar la suplementación por Sulfato Ferroso,

“A veces no las quieren recibir, por su mal sabor que tienen (...) les producen diarreas, ellas no las quieren recibir. En ese caso, yo tengo que ver pues (...) tengo que cambiarles mejor, porque... no puedo dejarles de darles Sulfato, ¿dí?...mejor les paso a Sulfato” (P1 Personal de Salud CRED SAF)

➤ SOBRE LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS EDUCATIVOS DURANTE LA CONSEJERÍA

Durante la atención, el **enfoque metodológico** es en general, expositivo; el uso de materiales educativos se reduce, en un caso, a la utilización de un rotafolio, en la experiencia de atención del responsable CRED en el ámbito del SAF-Ayabaca. El desarrollo de *Sesiones Demostrativas*, en las cuáles se pone en práctica, el conjunto de criterios de preparación del MMN, constituye una de las estrategias metodológicas, desplegadas por el personal de salud.

(b) Características que debería tener la consejería desde la perspectiva del Responsable de CRED

➤ ASEGURAR LA COMPRENSIÓN Y EL SEGUIMIENTO DE LAS ORIENTACIONES

La responsable CRED llama la atención en la importancia de cerciorarse, *si la cuidadora principal tiene alguna duda o preocupación*, respecto a las indicaciones brindadas, pues podrían aplicarse inadecuadamente (no obstante, las cuidadoras principales, no siempre muestran disposición a extender el tiempo de la atención),

“... algunas (cuidadoras principales) sí se confunden. Por eso, es importante (...) preguntarles, si han entendido, si hay alguna duda. Claro, como le digo, también hay algunas que por el apuro, que ya quieren irse ya, ya...sí, sí, sí se van y están con dudas después” (P2 Personal de Salud CRED SCD)

Se han identificado algunas dificultades que enfrenta la propia Consejería. La necesidad de brindar una explicación amplia en algunos casos - por ejemplo, a aquellas cuidadoras principales que inician la Alimentación Complementaria y el consumo del MMN – y con ello, abarcar un mayor tiempo de atención, no siempre es bien entendido por las usuarias que demandan ser atendidas rápidamente,

“Es un tiempito que se invierte y a veces, se molestan las mamás, “tanto demoran, avancen (...) apúrense pues, demoran mucho...” (P2 Personal de Salud CRED SCD)

Al presentar los temas y ejes de orientación sobre el MMN, durante la atención CRED, se han señalado algunas estrategias que las cuidadoras principales pueden poner en práctica, dadas las dificultades que manifiestan en relación al consumo. Sin duda, tales estrategias y la adaptación de las indicaciones (como por ejemplo, ofrecer en fruta picada o en aquellos alimentos que el niño prefiere – respetando siempre el criterio de brindar en preparaciones espesas -) se plantean principalmente, a partir de *dar espacio* y posibilidad de expresión a las dificultades que enfrentan las cuidadoras principales.

La otra dimensión fundamental, lo constituye, **realizar el seguimiento** respectivo; rastrear si se han puesto en práctica las indicaciones y con qué resultados, así como las posibles dificultades o facilidades encontradas,

“...te dicen...“ya sí, lo voy a poner en práctica”, la consejería que le damos o la indicación y ya la próxima que viene “¿cómo te fue?” – “sí, ya no hay problema, ya lo consume”, ya pues, algo así, ¿no?” (P2 Personal de Salud CRED SCD)

(3) Región Ucayali

(a) Orientaciones que se brindan sobre el MMN durante la atención

➤ HABLANDO DEL MMN: ¿QUÉ SE DICE? ¿CÓMO SE DICE?

Frente a la extensión de los problemas de aceptación y continuidad del consumo del MMN; se insiste en su **importancia y beneficios**. La expectativa de logro y éxito escolar de sus niños, tan estimada por las cuidadoras principales, se convierte en una de las líneas de motivación, que este responsable de CRED introduce, al destacar el **desarrollo cognitivo** que posibilita el MMN. Esta noción - ampliamente, presente, en diversos ámbitos, tal como la experiencia en otras Regiones apunta - tiene la virtud de conectar o proyectar los efectos de la práctica en un mediano y largo plazo,

“...señora, si tú quieres que tu hijito sea mejor, más inteligente, sea competente con sus compañeros de salón, tú quieres que esté entre los primeros puestos, entonces, aprovechemos ahora, cuando tenga cuatro o cinco años y tenga que ir a estudiar, ¿qué vas a decir? ¿Que tu hijito es bruto? No, no puedes culpar a tu niño; entonces, ¿quién tiene la culpa? Usted, por no haberse preparado antes. Tu hijo no te va a ganar, el primer año, el niño ni siquiera tiene la dieta completada, como para decirles que a los 6 meses no le gusta, está empezando a conocer los sabores, no me vas a sorprender” (U1 Personal de Salud CRED SCD)

La **prevención de la anemia**, constituye otro de los beneficios más destacados del consumo, asimismo se informa que con el consumo del MMN, el niño o la niña tendrá **mayor apetito** y que será **más inteligente**. Así, si se evita y combate la anemia, el niño se podrá desarrollar física y cognitivamente, en mejores condiciones. Tal como se indica, se destaca el nexo entre la anemia y su incidencia negativa en el desarrollo cognitivo,

“...para que me puedan entender principalmente, les digo que esta vitamina, es especialmente, para prevenir y curar la anemia (...) “aparte de eso, a tu niñito, le va a ayudar a tener más apetito, más hambre va a tener, le va a ayudar a crecer, a engordar, y sobre todo, le va a hacer que el niño sea inteligente. Más adelante, tu niño va a ser un niño inteligente, te va a traer buenas notas, va a aprender con facilidad, porque la anemia, es una enfermedad, que afecta principalmente, su cerebritito. Entonces, cuando le digo, la mamá presta atención. La importancia, tratar de concientizar para qué es realmente, la vitamina a la mamá, lo importante que es” (U2 Personal de Salud CRED SCD)

Evitar la desnutrición, conformaría otro de los beneficios que se resalta.

Desde la perspectiva de las **cuidadoras principales**, éstas van a distinguir como los principales beneficios del consumo, la **protección que brinda contra la anemia**; su acción en el crecimiento y desarrollo integral de los niños y de las niñas, asimismo, enriquecería la dieta cotidiana, dado su reconocimiento como un **“alimento que tiene vitaminas”**.

Otro tema corresponde a la **preparación del MMN**, para lo cual, se recomienda **separar dos o tres cucharas** de comida y mezclar bien el sobrecito del MMN. Esta porción mezclada, es la que debe brindarse en primera instancia. Asimismo, se informa sobre la **dosis diaria a administrar**.

La posibilidad de acceder a **diferentes opciones o alternativas de preparación**, que favorezcan el consumo, ha sido un aspecto destacado por las Madres Cuidadoras, conformando otra línea tratada en la consejería,

“Opciones nos dan en cantidad en la Posta, cuando le llevas a su control, ahí la Licenciada te da un montón de opciones, como para que tú le puedas dar en la comida, no necesariamente en la comida, puede ser en la ensalada (de frutas, porque es espeso y lo puedes aplastar), en mazamorra morada, en arroz con leche (...) las madres pueden entrar en razón, darles las Chispitas, darle en su mazamorra, hay varias opciones” (U2 GF Madres Cuidadoras SCD2)

La consejería se conceptualiza como un trabajo que rinde frutos, en la medida que se trabaja de manera persistente con las cuidadoras principales, brindando orientación permanente y respondiendo a sus dudas y dificultades. Un desafío en esa línea, lo constituyó la tarea de convencer de los beneficios del MMN y de la seguridad de su consumo, pues en la localidad, se comentaba que tenía efectos perjudiciales en el desarrollo cognitivo de los niños. Por ello, una información que se considera central, por este responsable de CRED, es la de **informar sobre los efectos secundarios** que ocasionaría el MMN, pues señala que si la cuidadora principal los desconoce, puede ponerse en riesgo el consumo regular,

“...sobre todo, ahí tengo que orientar las posibles reacciones normales, que puede presentar el niño. Las reacciones adversas que se dicen, porque si no sabe la mamá, no lo va a seguir dando” (U1 Personal de Salud CRED SCD)

➤ SOBRE LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS EDUCATIVOS DURANTE LA CONSEJERÍA

No se utiliza ningún recurso metodológico que ilustre y facilite la comprensión de las indicaciones que se brindan; éstas son básicamente, verbales.

(b) Características que debería tener la consejería desde la perspectiva del Responsable de CRED

➤ RETOMANDO LA PERSPECTIVA DE LA CUIDADORA PRINCIPAL: LA INDAGACIÓN EN TORNO AL CONSUMO, SUS DIFICULTADES Y ACIERTOS

Un objetivo central para esta entrevistada consiste en determinar por qué las cuidadoras principales señalan que sus niños o niñas *no quieren recibir el MMN*, situación que podría deberse a múltiples factores que precisan definirse, planteando posteriormente, una línea de acción posible y adecuada, es decir, no se procede a priori, indicando *lo que la cuidadora principal tiene que hacer* (sin indagación, la indicación resulta inespecífica y de poca ayuda, aumentando la frustración de la cuidadora principal, además de profundizar su sentido de ineficacia),

*“...acá le detectamos, si nos dicen, “no quiere”. Y primero, lo que yo hago, es indagar por qué no quiere. Tal vez, le está dando en mucha comida y la comida, ya como demoró, ya adquirió el mal sabor; o de repente, la mamá le está dando, de repente, en cosas líquidas, o sea, indago el por qué no está queriendo comer el bebe. **Una vez que se indaga, allí se les da la alternativa**” (U2 Personal de Salud CRED SCD; subrayado nuestro)*

La entrevistada constata por ejemplo, que las cuidadoras principales dan el MMN, *sólo en segundos “e insisten en el segundo”*, dado que la recomendación se presentó como único parámetro. Se abren así, diversas posibilidades y alternativas de preparación,

“Muchas mamás le daban sólo en segundo e insisten con el segundo, pero nunca habían probado con una mazamorra morada, nunca habían probado en una gelatina o en un maduro ¿no? un madurito, cuando una seda lo machacas, es un puré pues (...) y te dicen “¿qué, en eso también se puede dar?”, “sí señora”, “es que el anterior enfermero no me dijo”, “entonces, ahora intentas eso, ya la próxima me cuentas cómo te va”. Y la próxima le pregunto “y ¿qué tal?”, “ahora sí lo está comiendo” (...) “¿con qué lo come?”, “con su maduro, con eso le gusta, está muy bien”, “así vas a seguir ya” (U2 Personal de Salud CRED SCD)

Como podemos observar, las dificultades del consumo, pueden explicarse también, por la información muy reducida o inadecuada, que se brinda. En esta visión, el consumo del MMN, incluye en la ecuación de manera decidida, la actuación y desempeño del personal de salud; además del peso que usualmente se descarga sólo en la cuidadora principal. La secuencia de consejería, comprende entonces, *escuchar qué dice la cuidadora principal sobre el consumo; caracterizar en qué consiste el problema; debatir qué se podría hacer y definir la alternativa o recomendaciones posibles; realizar el seguimiento de la aplicación de las recomendaciones y sus resultados en el consumo* -.

➤ LA IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO EN LA CONSEJERÍA: “...MES A MES INDAGAMOS”

El seguimiento e *indagación* constante “*mes a mes*”, resultaría crucial; en este ejercicio es posible *detectar* la aplicación inadecuada de las diversas recomendaciones. En este ejemplo, la cuidadora principal plantea que su niño come muy poco, comienza con un par de cucharadas y luego no vuelve a aceptar la comida, pues “*huele feo*” y “*ya no quiere*”. Al *indagar* más detalladamente, es posible determinar que la cuidadora estaría *combinando el MMN en toda la comida*. Se explica que si la comida, combinada con el MMN, no es consumida rápidamente, adquirirá una coloración oscura; por ello, se ha recomendado separar sólo un par de cucharas y allí mezclar el MMN; será esta porción la que deberá comerse en primer lugar y lo más rápido posible (de esta manera, si el niño demora en comer la totalidad de la comida, no habrá problemas en cuanto a sabor, olor y apariencia de la comida). Esta explicación fundamentando las razones del procedimiento a seguir en la preparación del MMN, es esencial para la continuidad del consumo. Reparemos que *sin indagación y sin la respectiva retroalimentación*, el adecuado consumo del MMN, se pone en riesgo (U1 Personal de Salud CRED SCD).

Como bien señala esta entrevistada, existe todo un conjunto de aspectos vinculados al consumo, que aún requieren ser explorados e investigados; en suma, se *problematiza*, señal que no se cumple meramente, con la transmisión de información. Así por ejemplo, al no evidenciarse cambios o mejoría en algunos niños y niñas, la entrevistada plantea,

“...en ellos digo yo, está fallando, bien la mamá me está mintiendo ¿no? o no lo está consumiendo adecuadamente, o le estará dando en cosas líquidas, o de repente, de lo que prepara, come un poco y el resto lo está botando. No sé, puede haber muchas cosas, que todavía, no se está investigando pues, (el) por qué” (U2 Personal de Salud CRED SCD)

A través de la consejería pueden recogerse igualmente, no sólo los problemas y las dudas de la cuidadora principal, sino también su experiencia concreta alrededor del consumo, conociendo de esta manera, los *diversos ensayos que realizan*, para lograr que el niño o la niña, acepte el MMN. Es interesante el caso que la entrevistada expone, en donde la cuidadora principal, ha conseguido que su niño reciba con gusto el MMN, preparándoselo en gelatina. El caso se presenta como una recreación de la recomendación de brindar el MMN, en preparaciones sólidas o espesas (el ejemplo muestra que la cuidadora principal tiene que manejar el *criterio básico* y ser capaz de *generalizarlo*),

“¿Cómo se acostumbra, dar de comer los MMN a los niños, de lo que usted ha escuchado (...)? Ah...lo que la mayoría le da, yo veo más que le dan con el almuerzo, con segundo. Pero hay muchas mamás, que antes no podían darle con el segundo, ahora le dan con la mazamorra, incluso, una mamá me dijo, “señorita, tú me has dicho con toda cosa espesa, yo le estoy dando con la gelatina, que yo mismo le preparo, con ninguna cosa lo quiere, pero con la gelatina, olvídate, ni cuenta se da”. Y le da una gelatina espesa, que ella misma prepara, eso cuando le corta en trocitos, la gelatina es dura ¿no?. Ahí todavía le echa y todo se lo come, más todavía pide” (U2 Personal de Salud CRED SCD)

Lo central de esta experiencia que ha probado ser exitosa, lo constituye las posibilidades de su **intercambio y difusión** con otras cuidadoras principales, que pueden estar refiriendo problemas respecto al consumo. El rol de *intermediación* que asume la entrevistada, resulta crucial; éste no podría realizarse si no propiciara un espacio de diálogo con las cuidadoras principales,

*“Ese es un método que le ha funcionado (se refiere a la combinación del MMN en la gelatina) A raíz de eso, cuando otras mamás me dicen, “no quiere señorita, ya lo he probado en sopas, mazamoras, en su fruta”, “¿con gelatina?” “no he intentado”, “¿le gusta la gelatina?”, “uy, le encanta”, “a ver, dale con eso”. Y la próxima, me dijeron “ahí sí señorita, con eso come”. **El caso exitoso...**Que me contó la mamá, yo también lo voy...**Lo va difundiendo. Claro” (U2 Personal de Salud CRED SCD)***

➤ COMUNICAR A LAS CUIDADORAS PRINCIPALES, EL VALOR DE SU PRÁCTICA Y EMPEÑO

Una dimensión escasamente, presente, en las observaciones durante la atención CRED, lo ha constituido el *felicitar a la cuidadora principal*, ante la evolución positiva del crecimiento de sus niños o frente a los aciertos de su práctica de consumo del MMN. Al felicitar, se refuerza el sentido de *autoeficacia* de la cuidadora principal, motivando la continuidad de la práctica; además, se comunica el valor que se atribuye a su esfuerzo y empeño. Es precisamente, esta dimensión, que estos responsables de CRED subrayan. Si bien reconoce, no es posible dar premios materiales a las cuidadoras principales, que cumplen con celo la suplementación, se busca posibles estímulos a partir del servicio que se brinda, además de seguir brindando la información. Notemos que el reconocimiento del esfuerzo que se hace de las cuidadoras principales, se vuelve un reconocimiento indirecto del propio trabajo de orientación que el personal de salud brinda,

“A las mamás, quisimos darle premio, nosotros no teníamos esa oportunidad y solamente pues, continuamos darle su información, pasándole a todas las áreas nuevamente, como para que tengan un beneficio por el odontólogo, le decía, “por favor, tienes que darle una charla magistral, para que ellas se sientan halagadas, son las únicas que han completado, no sé qué harás” (...) son madres que han puesto bastante su esfuerzo. A mi punto de vista, más que cualquier otra cosa, ha sido el empeño de ellas mismas, por la orientación que han recibido” (U1 Personal de Salud CRED SCD)

“Yo veo que las mamás que le dan continuamente, lo que les anima es que el niño tiene más apetito, que el niño cada vez que viene (...) se gana su felicitación. Otro, que no se enferman continuamente (...) eso es lo que les anima. Me dicen, “sí señorita, está bien, voy a venir, voy a hacer”, también nos satisface a nosotros” (U2 Personal de Salud CRED SCD)

El empeño que se advierte en las cuidadoras principales, se manifiesta en la gran motivación que muestran, al solicitar el MMN (*“ya ni siquiera le dices, que le vas a dar, “no te vas a olvidar de darme su vitamina” (...) “sin eso no puede comer mi hijo” dicen”*).

C) La experiencia de atención desde la perspectiva de las cuidadoras principales

A continuación, presentamos la perspectiva de las cuidadoras principales, respecto a su experiencia en la relación de consejería. Si bien se tiende a amplificar un conjunto de aspectos críticos que dan marco a dicha experiencia, éstos permitirían reparar más claramente, en las demandas de una consejería, más centrada en la comprensión de las necesidades de orientación de las cuidadoras principales.

(1) Región Huancavelica

El personal de salud, representa un referente ineludible de información y orientación; reconocido como tal, por las cuidadoras principales **usuarias y no usuarias** de los servicios del PNCM,

“¿A quién le pregunta si se le presenta alguna duda? Lo único, a las enfermeras, porque más que nada, ellas nos atienden, aparte de las enfermeras, no hay otras personas pues, solamente, son ellas” (H1 cuidadora principal no usuaria SCD3)

“Póngase que le está dando Chispita y su niño, se pone mal, ¿le seguiría dando Chispitas? Iría a preguntarle a la enfermera, por qué está así, qué está pasando...” (H2 cuidadora principal SAF3)

“Cuando tiene dudas de las Chispitas ¿a quién le pregunta? A la señorita R y F (personal de salud)” (H1 cuidadora principal SAF2.1)

Su presencia resulta aún más gravitante, sobre todo, en el caso de las *no usuarias*, quiénes no cuentan con el acompañamiento de las Madres Cuidadoras o de las Facilitadoras. El único momento de orientación disponible, ocurre con la asistencia al establecimiento de salud, al realizar los controles periódicos de sus hijos e hijas,

“¿Y quiénes o quién le pregunta, si su niño está recibiendo las Chispitas, si lo está comiendo? No, nadie nos pregunta, las enfermeras nos dicen, “ya, dale todos los días”, pero aparte en nuestras casas, no nos visita nadie, no nos pregunta nadie (...) las enfermeras nos dicen, “¿ha tomado Chispita?” “sí señorita” le digo, “ah ya, entonces, te vamos a dar, otro más, para todo el mes, ya de ahí vienes a tal fecha y vamos a darte otro. ¿Y en qué momento les dicen eso, las enfermeras? Solamente, cuando llevamos a nuestros hijos, para el Centro de Salud, si no, no” (H1 cuidadora principal usuaria SCD3)

“En Posta nomás hablaban de Chispitas (...) Y aparte... ¿alguien la ha visitado en su casa y le han hablado sobre Chispitas? No” (H1 cuidadora principal no usuaria SAF3)

A pesar de este reconocimiento, no siempre se exponen las dudas que guardan las cuidadoras principales, tal como se presentará a continuación.

(a) Las dudas y preguntas que se formulan las cuidadoras principales: “...si no te explican bien, no sabes si te hace bien o no”

Presentaremos las dudas y preguntas que formulan las cuidadoras principales en torno al MMN y su consumo (sean usuarias y no usuarias); con el fin de examinar en qué medida son absueltas o encaminadas.

Las dudas y suspicacias florecen, al no contar con referentes de explicación, que brinden espacios en los cuales, éstas puedan ser expuestas, discutidas y aclaradas. Estas dudas se hayan distribuidas entre las cuidadoras principales, pero tal como se indica, no es posible muchas veces, absolverlas, a pesar de su carácter crítico. La posibilidad de pedir información y orientación, también se enfrenta a la dinámica de atención del establecimiento de salud, muchas veces, con una carga de pacientes que no permite un intercambio más amplio, inhibiendo en cierta forma, el planteamiento de preguntas y la

demanda de una explicación más exhaustiva. A pesar del reconocimiento de estas *condiciones* de atención, es necesario advertir igualmente, que *desde la consejería*, que se brinda, no siempre se propicia la participación activa de la cuidadora principal, si nos remitimos a las observaciones de CRED,

“¿Y entre quiénes más, se dan esas dudas (sobre el MMN)? Más que nada, entre las mamás, como a veces, vamos a la Posta, una vez al mes, casi no es mucho, porque a veces, hay bastantes pacientes, no podemos hacer muchas preguntas, no podemos decir nada, porque atienden a cada uno y no se abastecen” (H1 cuidadora principal no usuaria SCD3)

“¿...a la enfermera, ha pedido que le explique mejor? Nunca. ¿por qué no ha pedido? Nunca le he pedido, porque hay paciente y a veces, nos atiende poco rato” (H2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

“...no nos han explicado bien. ¿Cuándo no ha entendido ustedes preguntan? No. ¿Por qué no preguntan? A veces no hay tiempo para preguntar” (H2 cuidadora principal usuaria SAF2)

Se presenta una demanda clara de ampliar la explicación, la cual brinde a la cuidadora principal, seguridad respecto al consumo del MMN, así como indicaciones claras para su preparación y administración,

“Y por ejemplo, una mamita que no desea Chispitas, que no quiere (...) ¿Qué cree usted, que cosa cree que sería necesario que esa mamá sepa? A las mamás, a algunas falta explicación, por eso no comprende algunos, por eso no recibe también. ¿Y qué explicación sería necesaria? Sobre el Chispita (...) ¿Como qué cosas tienen que explicarle a esa mamita? Cómo va a comer, qué tiene la Chispita, hierro, todo eso” (H2 cuidadora principal no usuaria SCD1)

Las dudas se concentran sobre todo, alrededor del **contenido** del sobrecito del MMN. *“¿Qué cosa le han puesto ahí?”* pregunta que condensa con claridad, la necesidad de conocer qué se está consumiendo y brindando a los niños,

“Que nos diga qué cosa contiene, por ejemplo, qué vitaminas o qué cosa le han puesto ahí...” (H1 cuidadora principal no usuaria SCD3)

“De qué está hecho la Chispita, quiero saber” (H1 cuidadora principal no usuaria SAF3)

“¿Le han dicho para qué sirven las Chispitas? Sí, tienen vitaminas, pero yo no creo. ¿Quién le ha dicho que tiene vitaminas? La señorita (se refiere al personal de salud) ¿Y por qué no le cree? Porque mucho huele, otra forma, ¿de qué lo harán? Para hacernos comer” (H2 cuidadora principal usuaria SAF2)

¿Cómo entender este tipo de medidas – que se presenta como algo nuevo – y aún más, dirigidas a los niños específicamente? Representaría otra interrogante,

“¿Y qué dudas tiene usted...que se presentan en la misma población, respecto a las Chispitas? Más que nada, nos capacitarían sobre eso, ¿no? o sea, para saber más, porque anteriormente, nunca había nada de eso acá y ahora viene, “¿y por qué para los niños nomás?” (H1 cuidadora principal no usuaria SCD3)

Esta cuidadora principal articula un conjunto de interrogantes fundamentales, desea determinar **por qué se produce el rechazo del MMN**, por parte de su niña; habría podido establecer que se debería a su *sabor desagradable* (el cual ha experimentado directamente) pero requiere una aclaración al respecto. Esta pregunta, se convierte en un espacio privilegiado para indagar en posibles explicaciones, que den cuenta de la emergencia de este sabor desagradable (¿cómo se prepara el MMN? ¿con qué se prepara? ¿Cómo se da de comer?...). La misma entrevistada formula preguntas acerca de los criterios adecuados, para su preparación. Otra duda gira alrededor de los **posibles efectos negativos** del consumo. Por último, una pregunta central, se dirige a la **eficacia del MMN**, es decir, qué indicadores pueden ir dando cuenta de los beneficios de su consumo,

“Póngase en el caso que estuviera con el personal de salud (...) ¿Qué le preguntaría? Primero que le preguntaría, ¿Por qué no le gusta a mi niña? ¿a qué se debe que no le puede gustar las Chispitas?. Y segundo sería, que si puede causar algún mal, algún daño. El tercero, ¿Cómo es correcto para utilizar? ¿en qué momento o cómo puede ser la comida, caliente, tibia? No sé. ¿Qué más le

preguntaría? *Eso sí, en caso le hago consumir correctamente, qué efectos le causaría o cómo puedo darle cuenta, que está mejorando (...) mi hija*” (H2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

(b) La búsqueda de orientación, la posibilidad de plantear dudas y hallar retroinformación

Notemos que respecto al consumo, pareciera que la indagación del personal de salud, queda circunscrita a la espera de una respuesta principalmente, positiva o negativa, pues no se encuentra dirigida a recoger los problemas que se presentan en el consumo o los aciertos y posibles innovaciones introducidas por las propias cuidadoras principales y que podrían ser objeto de intercambio y difusión en otros casos similares. En las ocasiones que la cuidadora principal se pronuncia y expone alguna dificultad – principalmente, al relatar que el niño o la niña, rechaza el MMN o lo come de manera incompleta – se tiende a indicar que el MMN *debe* ser consumido en su totalidad,

“Al otro mes cuando vamos a la Posta, nos preguntan qué tal está, ¿ha comido la Chispita? nos dicen así. ¿Ustedes que le dicen? Más o menos está comiendo pero a veces mi hijito poquito nomás come cuando le echo a segundo se da cuenta creo y poquito nomás come. ¿Eso le explica a...? Sí, “tiene que comer todo” me dice la señorita. ¿Pero usted le dice que ya no quiere comer? ¿le explica cómo debe darle de comer? (...) “Poco a poco, tiene que aprender a comer” (H1 ES SCD2)

Esta cuidadora principal, ofrece de manera irregular el MMN, tal como ha indicado, administra un sobrecito o dos, sin embargo, esta información – importante para el consumo – se encuentra fuera del radar del personal de salud, concentrado sólo en *confirmar* si se consume o no. Las prácticas inadecuadas, vinculadas con el consumo del MMN, permanecen de este modo, sin determinarse (por tanto, se cancela la posibilidad de retroinformación),

“¿Le dice a la enfermera que le da dos sobrecitos? Un sobrecito, a veces dos, depende. ¿Le dice a la enfermera? No, no le digo (...) ¿Qué le pregunta, “señora usted ha consumido”? Sí, me preguntan, pero no le digo, “le estoy dando” nomás” (H1 cuidadora principal usuaria SCD1)

Anotamos otro ejemplo, en donde a pesar que la cuidadora principal, expresa sus dificultades respecto al consumo, se le responde que debe perseverar e insistir, para evitar que su niño enferme o se debilite. Ante la situación concreta que la madre plantea y que apunta al corazón de la aceptación del niño (*“poco come, no quiere comer”*) se responde, incentivando la práctica, dados los beneficios del consumo, sin embargo, no se profundiza en aspectos que pudieran dar luces sobre la conducta del bebé o la práctica de la madre, que pudieran explicar los problemas de aceptación; menos aún, se alcanzan posibles vías alternativas (más allá de un modelo de orientación un tanto rígido, que se brinda en torno al MMN),

“Y cuando le dice, esos problemas que está señalando, que su niño no quiere comer o cuando le echan las Chispitas, come muy poco, ¿Qué le dice la enfermera? “Tienes que tratar de darle, porque tu hijo va a bajar de peso, se va a enfermar más” me dice, “como sea, tienes que tratar de dar” (H2 cuidadora principal no usuaria SCD3)

En la misma línea, presentamos la experiencia de una cuidadora principal, que si bien hace referencia a la atención en EsSalud, nos permite reparar con claridad, en la importancia que adquiere, **la calidad de la interacción y su relación con el consumo del MMN**. La entrevistada muestra respecto a la atención CRED, la carencia de un espacio propicio para el diálogo y la exposición de dudas y dificultades. De manera similar a los casos, en donde se presentan problemas en el consumo, las características de la atención parecen repetirse: dificultades en el trato, las cuáles se amplifican con rasgos de carácter del personal de salud, que impiden un acercamiento más afable con el usuario; comunicación unidireccional y directiva, sin ofrecer alternativas de acción. La incomunicación queda bien retratada, pero sobre todo, la imposibilidad de *recuperar o encaminar el consumo* (*“ya no le digo nada, aunque termine o no termine”*),

“...tanto no explican tampoco, como está en Lircay, tanto no me dice, porque en EsSalud está. A veces, aquí yo le hago atender, cuando no estaba su papá en su trabajo, en Pircapahuana nomás, me explicaba más, porque la doctora era bien buena, pero en Lircay, “tienes que acabar de dar estas Chispitas, tienes que darle” dice nomás, “ya doctora” le digo nomás, ya tanto no me pregunta, porque es renegona (...) ya no le pregunto. Por eso no le pregunta. “no quiere comer”, así nomás le digo. Por

*ejemplo, acá sí me atendía, le preguntaba y bien buena era la doctora de acá (PS del MINSA). Cuando me ha pasado a EsSalud, ya no le preguntaba, por eso ni termina. Yo le decía a esta doctora (se refiere al PS) “no termina” o “mi hijo no quiere comer”, pero en EsSalud me dio renegona así, **ya no le digo nada, aunque termine o no termine...**” (H2 cuidadora principal no usuaria SCD3; subrayado nuestro)*

Una experiencia en gran medida extrema, se evidencia en el caso de esta No usuaria que No da el MMN, quién indica que no se le interroga por el consumo del MMN. Es interesante destacar, que sería precisamente, esta muestra de interés del personal de salud, aquello que podría motivar o incentivar el consumo, a decir de la entrevistada,

*“**¿Le controlan si consume verdaderamente, las Chispitas?** No controlan **¿Qué les dicen?** Porque nosotros vamos y dan eso, es todo. No nos controlan, al menos, podríamos usar si nos controlara (...) **le han dado la cajita este mes, va al siguiente, la enfermera en la Posta, ¿Qué le dice?** Me sigue dando, por más que no le doy, me sigue dando. **¿Y no le dijo “yo no le doy Chispitas”?** Sí le he dicho una vez, que a mi hija no le gustaba, pero me siguen dando” (H2 cuidadora principal no usuaria SCD2)*

Tal vez el *sinsentido* del intercambio, entre el personal de salud y la cuidadora principal, se condense en la entrega y recepción puntual del MMN, a pesar que éste no se consume (es decir, se puede cumplir con la información sobre el MMN, y sin embargo, *no informar*, sobre lo que requiere en términos de orientación la cuidadora principal). Cumplir con la entrega, pareciera constituir el núcleo de la atención, fuera de este marco, las dudas, las preguntas, las dificultades que pueda presentar la cuidadora principal, quedan fuera de juego. Una cuidadora principal retrata claramente, esta actitud del personal de salud, al señalar que la explicación necesaria, se reduciría a un simple trámite, a pesar de constituir el centro de la interacción,

“...había otra enfermera (...) te explica por explicar, por cumplir y ya está” (H2 ES SAF2)

De manera recíproca, las propias cuidadoras principales, se inhiben de exponer su decisión de no continuar con el consumo, para evitar posibles recriminaciones,

*“Cuando le llevaba a su peso, talla (...) **¿Le estás dando?**” me decía, “si le estoy dando”, mentira le decía, para que no me pregunte más (...) **cuando usted ya dejó de recibir Chispitas, porque ya no estaba yendo a la Posta (...) ¿vinieron a buscarla, le dijeron?** Si venían a buscarme (...) **¿Qué le decían?** “Tienes que llevarlo” me decían (...). “Tienes que traer” me decía, así una enfermera me ha gritado, de ahí ya no, “tienes que traer, tienes que traer, una malagradecida eres tú” (H2 cuidadora principal usuaria SAF1)*

*“**¿Y en el C.S. usted le ha dicho, que ya no va a dar Chispita?** No. Y esos días que no le dio Chispita, **¿les contó a los de la Posta?** No le he dicho nada” (H1 cuidadora principal usuaria SAF2.1)*

(c) El énfasis expositivo en las orientaciones

Un aspecto que juega en contra de la comprensión más clara de las indicaciones que se brindan (notemos que las cuidadoras principales deben procesar y articular un conjunto de criterios en torno a la administración y preparación del MMN) lo constituye la carencia **de materiales educativos o estrategias metodológicas** que permitan la aplicación concreta de tales criterios e indicaciones, aumentando la confianza de las cuidadoras principales, para ponerlas en práctica. Las explicaciones seguirían una línea básicamente, expositiva. A esta ausencia de materiales y ejercicios de aplicación, se sumaría el no manejo del quechua,

*“**¿Y qué le parece esa forma de explicar?** Yo sí, pero hay mamás que no entienden. **¿Por qué no entienden?** Ellas quieren que les hablen en quechua, no entienden mayoría de las mamás (...). Yo lo entiendo de tanto a tanto, sólo basta que me expliquen. **¿Cómo le hubiera gustado la explicación, le gusta así o de otras formas?** No, me hubiese gustado, como dices, en fotos o imágenes que nos hagan ver o ella misma que vengan a las casas y nos haga ver” (H2 ES SAF2)*

En aquellos casos, en donde el personal de salud domina el idioma, la *confianza* tiende a iluminarse en la relación, abriendo la posibilidad de una participación más activa de la cuidadora principal,

“Padre: Mejor si nos enseñan figuras para entender, para saber cómo alimentar mejor a nuestros hijos, que nos den para la casa, para recordarnos, porque a veces tantas cosas, nos olvidamos (...)

¿En qué idioma les gustaría que les expliquen, para que se entienda mejor?

Madre: En quechua señorita

Padre: En quechua y castellano, porque usted sabe que la gente aquí, más habla quechua y se entiende mejor. Muchas mujeres pueden entender español, pero sería más comprensión, si se hablara en quechua. Por eso, a mí me ha gusta que la enfermera F. nos explique en quechua todo, así tenemos más confianza. Al principio, no entendimos bien cómo darle las Chispitas, pero vinimos aquí y ella nos dijo cómo hacerlo...” (H1 ES SAF2)

(d) La continuidad del consumo y la consejería: experiencias positivas

Luego de este escenario, es vital presentar un contrapeso, pues la **importancia de la consejería** se ilumina, revelando su carácter crucial **en la continuidad del consumo**; contar con un espacio en el cual se puedan exponer dudas, preguntas, demanda de sugerencias y retroinformación, define en gran medida el sostenimiento de la práctica. Reparemos en el diálogo que se entabla entre el personal de salud y la madre; se interroga por los recursos propios de la madre, en cuanto a alternativas; el conocimiento de los gustos del niño y se proponen algunas tácticas, como distribuir la dosis en varias tomas a lo largo del día. Asimismo, se apoya, el consumo del MMN, en mazamoras,

“Si no lo asimila (no lo come) “a ver, ¿Cómo tú le puedes dar?” a mí me ha preguntado (el personal de salud) “si como yo te estoy explicando, tu hijo no lo asimila, ¿cómo le puedes dar?”, “en una mazamorra le doy, así come” ¿Qué le dijo? “Ya, pero que lo acabe todo”, me dijo así, como a él le gusta, que le dé, pero que lo acabe todo. Pero más recomendable, es que le debe dar, en una comida espesa” (H1 cuidadora principal usuaria CD2)

“Luego de ese tramo que no le dio, ¿Cómo decidió darle las Chispitas? Es que la enfermera, justo le había comentado y me dijo que tienes que darle, entonces, yo dije “estoy haciendo mal de mi parte, tengo que darle entonces, nuevamente”; le he vuelto a dar, “poquito a poquito, le voy a dar, como me ha explicado la señorita, ha dicho un sobre en un día; a veces, en medio día, lo acaba y normal el niño, pero no lo hacía ver (...). La enfermera que me ha tocado ese día, era buena, me ha explicado, “mira hijita, así, así, con tal que tu hijito lo asimile”, bueno, seguí los pasos y mi hijito está bien” (H1 cuidadora principal usuaria CD2)

Deseamos destacar la apreciación que la cuidadora principal, manifiesta sobre la responsable CRED, que le brinda la atención; ésta se caracteriza como *“buena”*, en el sentido, de acoger sus dudas y preocupaciones. Resulta capital **abrir un espacio de confianza en el cual, la cuidadora principal, pueda expresarse.**

El **recordatorio y refuerzo constante de las indicaciones**, constituye también, un aspecto reconocido en la consejería,

“...siempre nos explican (se refiere a la preparación del MMN) (...) siempre nos hacen recordar, cuando nos dan las Chispitas” (H2 cuidadora principal usuaria SAF3)

Las **alternativas o sugerencias** que se brindan o se construyen con la usuaria, deberían conformar parte del desarrollo esencial de la consejería. Veamos el valor de hallar respuesta, a inquietudes y problemas que presenta la cuidadora principal y que le permiten seguir persistiendo en la práctica de consumo,

“...si no termina la Chispita, puedo darle dos veces a la mitad (...). En la mañana, la mitad (del sobre) en segundo y al medio día, termina la otra mitad que queda (...). ¿...usted preguntó sobre las Chispitas a la enfermera? Claro, pregunté cómo podemos dar Chispitas, por eso me han dicho, partiendo lo podemos dar, porque falta su talla, peso” (H1 ES SAF2)

Otra práctica a alentar en el desarrollo de la atención en CRED, lo constituye reforzar los logros de las cuidadoras principales, **felicitando y destacando los efectos positivos** que se observan en la salud y el crecimiento de sus niños (las observaciones realizadas en CRED, recogen precisamente, la escasez de estas manifestaciones). Veamos en la siguiente cita, cómo la responsable CRED, subraya los logros obtenidos con el consumo del MMN (los cuáles se visualizan sobre todo, en el cambio del indicador de talla). **Lo central es sellar el vínculo entre la práctica de la madre** (aumentando igualmente, su sentido de autoeficacia) **y el fortalecimiento de la salud de sus niños,**

“¿Quién le pregunta a usted, si su niña está recibiendo Chispitas, si está comiendo? Abajo (se refiere al establecimiento de salud) cuando le llevo a su talla, ahí me preguntan. ¿Qué le preguntan? “¿Le estás dando Chispita o no?” diciendo. “Sí le doy”, le digo, “Y por eso, en su talla está completo” (...) en menos talla estaba mi hija y ahora ya está completo, ya está bien” (H2 cuidadora principal usuaria SCD4.2; subrayado nuestro)

(2) Región Piura

Las cuidadoras principales dan cuenta de una diversidad de experiencias – entre positivas y críticas - durante la atención que reciben en el establecimiento de salud.

(a) Dudas y problemas que experimentan las cuidadoras principales, respecto al MMN

¿En qué medida, el personal de salud, conoce las dudas o cuestionamientos que se concentran alrededor del MMN? ¿en qué medida se promueve la expresión de las cuidadoras principales o se brinda un espacio en el cual fluyan sus temores, interrogantes y dificultades?. Encontramos un conjunto de dudas, que no siempre se exponen de manera explícita durante la consejería, así por ejemplo, los **posibles efectos perjudiciales**, atribuidos al MMN, generarían aprensión y rechazo,

“...la verdad, yo le doy, pero a veces, porque me da miedo, que vaya a hacer mal. ¿Alguna vez le ha hecho mal? No, es que diario me dicen, pues” (P2 ES SCD1)

“Yo le digo a la enfermera, si me vuelve a dar (el MMN) yo se las dejo en la mesa, yo le digo, “no, ¿sabe qué enfermera? Disculpe, pero yo no quiero esto, porque no quiero enfermar del estómago a mi hija” (P1 cuidadora principal no usuaria SAF1)

Notemos que la **administración diaria del MMN**, lleva a temer y proyectar algún tipo de reacción negativa a futuro. ¿Qué implica en términos de la consejería? Si consideramos que su consumo diario, se prolongará durante un año, resulta importante, sustentar tal esquema de administración. Si la cuidadora principal, piensa que la dosis diaria, podría ser contraproducente, tal vez, la administre con otra frecuencia o de manera irregular. Se requiere asimismo, brindar una explicación amplia sobre los efectos probables del consumo y cómo deberían ser tratados.

Otro tema gravitante para el consumo, lo constituye la **atribución de un sabor desagradable al MMN** (ya sea porque se ha experimentado directamente o por referencia de otros). El tema del sabor, como factor de rechazo del MMN, pareciera amplificarse, siendo necesario, establecer estrategias que permitan al personal de salud, determinar qué estaría sucediendo o provocando la emergencia del sabor,

“...tiene sabor, pero nos dicen que no tiene sabor (...) yo me lo he comido y sí tiene sabor” (P2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

“¿Qué dudas tienes sobre las Chispitas? Ah, en el sabor nada más pues, en el sabor, ¿qué sabor tendrá, no, para que no lo pueda comer?” (P2 cuidadora principal usuaria SCD2)

Es de vital importancia **resolver el problema del sabor**, pues en muchos casos, el no consumo, no se asienta en razones de fondo, es decir, que cuestionen su seguridad o su eficacia, por el contrario, se valora sus beneficios; sin embargo, algunas cuidadoras principales, hallan difícil remontar o superar el rechazo de sus niños (la cita a continuación, corresponde a una entrevistada que ha señalado como virtudes del MMN, su acción sobre el desarrollo y crecimiento y en la *hemoglobina*; el caso se hace aún más crítico, si consideramos que sus niñas – ambas debiendo consumir el MMN – han sido diagnosticadas con anemia),

“Entonces, a ti ¿no hay nada que te convenza para darles (el MMN)? Sí, sí me convence, pero a veces, bueno, yo le doy, pero no quieren, ¿Qué puedo hacer?” (P2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

Otro caso similar – de una cuidadora principal, que tiene a su niño con anemia y que no consume el MMN – vuelve a destacar que no se trata de un rechazo radical al MMN, pues se considera que

contribuye al buen desarrollo de los niños y en la *hemoglobina*; sino de falta de recursos y estrategias que le permitan quebrar la barrera atribuida al sabor del MMN,

“...para ti es difícil convencerte. Sí, porque no...me imagino yo, que él tomará ese sabor al fierro, que dicen las mamás (...) como ahorita ya también está grande, ya sabe ya y cuando no quiere, no quiere ya él...” (P2 cuidadora principal usuaria SCD2)

El **contenido** del sobrecito del MMN, conforma otra de las dudas; reparemos nuevamente, en la falta de información y explicación sobre el tema,

“¿Qué otras dudas tienes que te gustaría saber? Qué es lo que contiene, porque no nos han explicado” (P2 cuidadora principal usuaria SCD2)

El **propósito del consumo**, se convierte en otra interrogante básica,

“¿Qué pensaba usted? Yo lo que decía es ¿por qué tengo que darle esto a mi niño, no? porque cualquier madre se pregunta (...) pero ya me explicaron (...) hay muchas personas que no saben, para qué sirven los micronutrientes” (P2 ES SCD2)

Un tema central sobre el MMN, reside en su asociación crítica con la *anemia*, si bien en general, las cuidadoras principales, suelen establecer dicha relación, no siempre se traduce en un conocimiento que explique en qué consiste tal dolencia ni sus implicancias en el desarrollo de los niños y de las niñas, lo cual alerte sobre su gravedad,

“Siempre escuchas sobre la anemia, pero no sabes muy bien, de qué se trata. Sí, yo digo, qué será tanto de la anemia. ¿Y no le preguntaste a A (personal de salud)? No, no le pregunté, en eso llegaron a interrumpir (se refiere a la atención CRED) y ahí nomás quedó” (P2 cuidadora principal usuaria SCD4)

(b) La necesidad de reforzar de manera permanente las indicaciones

A la carencia de indagación detallada sobre la práctica concreta de consumo del MMN, se agregaría que no siempre se refuerzan las indicaciones en torno al MMN, es decir, *no se vuelven a repetir* o incidir en las recomendaciones,

“Cuando vuelves a pedir las Chispitas, ¿te vuelven a explicar o sólo pides? Ya me lo dan y firmo nomás (...) ¿ya no te vuelven a explicar? No” (P1 cuidadora principal usuaria SAF3)

El tiempo de espera, que en ocasiones se prolonga para las usuarias, lleva a reclamar una atención rápida, sin mayores detalles, limitando el trabajo de orientación del personal de salud. La cuidadora principal – apurada y urgida por otras responsabilidades y actividades – no recibiría de esta manera, información más completa y que le permitiría aplicar más adecuadamente, las diversas indicaciones (más aún, cuando se trata de la articulación de un gran número de criterios a tener en cuenta, en la preparación y administración del MMN),

“De la cantidad, ¿le dijo con cuánta cantidad, mezclarlo o no? No, eso no me dijo tampoco, no me dijo qué tanto (...) ¿o cada cuánto tiempo se tiene que tomar...? Ay, no me acuerdo, porque a veces, los churros se enfadan y uno tenía que salir para afuera y ya se estaba pasando la explicación (...) porque se aburren tenerlos marcados (en brazos) y por eso, yo no he escuchado, cosas he escuchado, algunas cosas” (P1 cuidadora principal no usuaria SAF1)

(c) Las relaciones de confianza entre cuidadora principal y personal de salud, base para brindar una orientación efectiva

El tono recriminatorio que se dirige a la cuidadora principal, o que ésta anticipa, la desalienta a explayarse y exponer sus dificultades de consumo, menos aún, a confiar que no se ofrece o se ha suspendido el MMN. Así, la cuidadora principal, que no logra cumplir objetivos, desde la perspectiva del personal de salud, evitaría comunicar que no se está produciendo el consumo. Esta entrevistada, plantea inicialmente, al personal de salud, el problema de rechazo de su niño, respecto al MMN, mas se le indica que *debe seguir insistiendo*, dada su *responsabilidad* (en esta línea, no deja de culpabilizarse a la cuidadora principal). *Insistir, obligar* que el niño o la niña reciba el MMN, se convierte en una de las respuestas que se transmite, en aquellos casos en donde se exponen los

problemas de aceptación, sin llegar a caracterizarlos en qué consisten y así articular opciones que ayuden a superarlos,

“¿...les has dicho a los del C.S. que tus hijitas rechazan las...? Sí, ya les he dicho, me dicen pues, que tengo que obligarles, porque están bajas de hemoglobina” (P2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

“...cuando le decimos que no le estamos dando, ahí es cuando se enojan pues (...) comienzan a gritarnos, que sí tenemos que darle, que insistirle y todo (...) solamente, así nos dice, que insistamos, insistamos, que es para la anemia (...) no me explican, más que todo, cómo le podría dar pues, ellos se cierran, en que “inténtale, inténtale”, pero no dice “cámbiale o dale en otra o en tal, en tal comida, no encuentran sabor” (P2 cuidadora principal usuaria SCD2)

Este desarrollo de la consejería, se grafica claramente, en la apreciación de esta cuidadora principal, quien resalta cómo la orientación necesaria se desnaturaliza, al reducirse a un mero trámite de entrega del MMN; siendo el centro, el objetivo común – tanto del personal de salud como de la cuidadora principal – lograr el consumo del MMN por el niño o la niña; requiriendo para ello, orientación e información, en suma, un mayor y mejor *acompañamiento*,

“...explicarnos bien ¿no? Sólo ellas piensan que su trabajo es darnos y ya y tenemos que hacer lo posible, pero nosotros ¿dónde sacamos información para darle? (...) no nos dan solución” (P2 cuidadora principal usuaria SCD2)

En este panorama, *se recibe el MMN*, sabiendo como afirma la entrevistada, que no se hará el intento de ofrecerlo; sólo para eludir la crítica y la recriminación.

“¿Cómo te riñen, qué te dicen? o sea, me empiezan a decir que sí, que tenemos que darle, porque es nuestra responsabilidad darle para la hemoglobina. Que debemos insistir, que seguramente, no lo sabemos preparar y ya pues (...) ya mejor, ya no les empecé a decir, primerito sí le dije, cuando le dejé de dar, pero después, ya mejor empecé a recibirlo normal, pero igual, no le intentaba dar” (P2 cuidadora principal usuaria SCD2)

En este marco, es interesante hallar cuidadoras principales, que se conducen asertivamente, demandando mayor información y explicación,

“Cuando te explicó la enfermera, la parte de la preparación, ¿...entendiste todo lo que te dijo o te quedó alguna duda? No, si le entendía porque yo le pedí que me volviera a explicar ahí en el rato mismo” (P1 cuidadora principal usuaria SAF3)

(d) La continuidad del consumo y la consejería: experiencias positivas

No obstante, encontramos cuidadoras principales, que refieren intercambios positivos con el personal de salud, en los cuáles se declara recibir explicaciones que consideran detalladas, así como retroinformación; reconociendo asimismo, su valor de referentes ante cualquier duda o consulta necesaria,

“...en la Posta nos hacen declarar pues, cómo les damos, nos explican cómo les damos (...). Por ejemplo, van al control y le dice...Cómo está, ahí van viendo pues (...) cómo va el niño y cómo va creciendo (...) ahí ven. Y ¿la enfermera le pregunta cómo, con qué comiditas le da? Sí, eso sí, ella nos explica con qué le damos. Les explica, pero además, ¿les pregunta con qué comida le ha dado? Sí, ahí le decimos, cómo le estamos dando (...) “está bien” dice” (P1 cuidadora principal no usuaria SAF3)

“Y si tuviera algún problema, ¿a quién le puede preguntar, a quién le puede consultar? A la enfermera (...) la enfermera puede decirme, qué solución me da pues” (P1 cuidadora principal no usuaria SAF3)

Este tipo de experiencias, en donde las explicaciones se brindan con mayor amplitud, abordando por ejemplo, temas sensibles como los posibles efectos que podrían presentarse y cómo proceder, a partir del consumo, aumentan la confianza de las cuidadoras principales, así como su práctica,

“...me dijeron que de aquí, iba a tener estreñimiento o...a veces, simplemente, les causaba una diarrea, pero Z., sí tuvo tres días que empezó con estreñimiento, pero de ahí, tanto que yo le iba ayudando, le

*pasó, empezó con la rutina normal (...). Y ya, hasta el día de hoy (...) no le da ningún problema al comer sus Chispitas (...) **estuvo unos tres días con estreñimiento y de ahí ya le pasó.** Sí, claro, de ahí siguiendo con lo que me dijo el doctor, que le siga yo dando su juguito de naranja, ya le iba a pasar” (P2 cuidadora principal usuaria SCD1)*

“A usted le pasó, que se estriñó y le dio jugo de naranja. Sí, porque la enfermera dijo, que si se estreñían, le dé jugo de naranja o un poquito de agüita con limón” (P1 cuidadora principal no usuaria SAF3)

(3) Región Ucayali

(a) Un espacio – no siempre abierto - para exponer interrogantes y dudas y hallar retroinformación y sugerencias

Durante el desarrollo de las entrevistas, las cuidadoras principales, suelen referir algunas de las *dificultades* que encuentran en el consumo, las cuáles no siempre se comunican durante la *consejería* o si se exponen, no encuentran rutas alternativas más allá de la sugerencia de perseverar,

“...me dices que no te lo quiere comer, eso de que no sabes si darlo en la mazamorra, ¿alguna vez lo has dicho en el control? Sí. ¿Qué te dijeron? Me dijeron que tengo que tratar de darle pues (...) “tienes que darle en cualquier cosa, menos en leche”, yo le digo “¿en mazamorra?”, “no”, me dice, “no puede ser en mazamorra ni en leche, solamente, en la comida o sea, sequita” (U2 cuidadora principal usuaria SCD2)

Asimismo, la *consejería* no se convierte en un espacio que apoye precisamente, la continuidad del consumo, pues algunas cuidadoras principales desisten de la práctica – situación que no se comunica y que por tanto, el personal de salud desconoce – no obstante, se sigue produciendo la entrega regular del MMN (esta situación hiere el sentido de la *consejería*, orientada a motivar, promover y sostener la práctica; las deserciones, al parecer se producen muy tempranamente, es decir, luego de algunos pocos intentos. La *consejería* ha de estar preparada para encaminar estas experiencias),

“Entonces, como usted vio que ya no quería, dijo, “mejor ya no le doy” y le seguía recibiendo usted las cajas, pero no le daba. No le daba. Y le preguntaba el enfermero (...) “¿usted le está dando?” ¿qué le respondía ahí, cuando iba al control? Sí. Le decía, “sí, sí le estoy dando...” Sí, o a veces, lo engañaba a la enfermera” (U1 cuidadora principal no usuaria SCD1.2)

(b) La ausencia de seguimiento de las sugerencias e indicaciones y la persistencia de problemas en el consumo

Es interesante constatar cómo el criterio de autoridad, juega a favor de la decisión de ofrecer el MMN,

“La primera vez que le diste, ¿Qué te animó a darle? Que a veces la enfermera dice, “dale pues” y tienes que hacer caso a la enfermera (...)...pero de ahí, ya dejaste de darle ¿no? Sí” (U2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

Sin embargo, éste por sí solo no basta, si no se sigue el proceso o la práctica de consumo de la cuidadora principal; brindando sugerencias ante los problemas que se reportan y el seguimiento correspondiente a su aplicación y resultados. Si bien la entrevistada señala que se le sugirió brindar el MMN, en sopas (anteriormente, había indicado la recomendación del personal de salud, de no dar el MMN en preparaciones líquidas) dado que su niña no lo recibía en preparaciones espesas, no lo puso en práctica. Más allá de lo que se refiere respecto a la sugerencia, aparentemente, propuesta por el personal de salud, interesa destacar que se desiste del consumo,

“En la Posta, ¿te preguntan si le das? Sí me preguntan, si le doy. ¿Y qué les dices? “Le doy, pero a veces” le digo, porque a veces, no quiere comer, quiere comer así nomás solo (...) Cuando dejaste de dárselo, le retomas así de vez en cuando. Ajá. ¿Le dijiste en la Posta, que ya no le ibas a dar? Sí. ¿Y qué te dijeron? “Tienes que darle (...) les refuerza” (...). ¿Qué te dijeron cuando les dijiste “no me recibe el sequito”? ¿qué te dijeron, cómo se lo podías dar? Ah sí, “en sopita mézclale”. ¿Y lo probaste en sopita? No” (U2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

Algunas cuidadoras principales, comunican sus dificultades para lograr el consumo del MMN, siendo esencial cómo se responde a tal situación.

(c) La necesidad de reforzar de manera permanente las indicaciones

A la carencia de un enfoque que indague y caracterice la aplicación práctica de las recomendaciones que se brindan en la consejería, identificando los aciertos así como las dificultades que enfrentan las cuidadoras principales; no se suelen reforzar las indicaciones, aprovechando las oportunidades de atención. Si consideramos los diversos criterios a seguir, en la preparación y administración del MMN, resulta importante, realizar recordatorios constantes de los mismos, además de indagar en su aplicación y en el consumo de los niños y de las niñas,

“¿Te dijeron por qué era importante darles, que ellos consumieran? Sí...no recuerdo (...) te hablan, te dicen, de todo te hablan (...). Me has dicho que te han explicado, por qué es importante, pero no recuerdas...No, te explican pues, la primera vez que dan, pero después no. De ahí, mes a mes, sólo te entregan la cajita, ya no te explican o te siguen explicando. Ya no” (U2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

Para ilustrar la importancia de cerciorarse, sobre la comprensión adecuada de las indicaciones, estas Madres Cuidadoras relatan cómo una orientación en torno a la administración de la dosis requerida del MMN, se aplica inadecuadamente, pues la cuidadora principal realiza una interpretación inadecuada,

“Las Madres Cuidadoras, comentan que una recomendación que las madres (CCPP) recibieron (por los vecinos) fue que cuando les hiciera mal a sus niños, un sobrecito, lo repartieran en tres comidas, pero ellas entendieron mal y les daban tres sobres al día y por eso, les caía muy mal y así ya no les daban. La recomendación en la Pota fue, que le den en dos partes, para poder empezar y se adapte su estómago” (U1 GF Madre Cuidadora SCD1)

(d) El énfasis expositivo de las orientaciones

En general, la consejería se desarrolla sin apoyo de materiales educativos o de actividades de aplicación práctica,

“¿Cómo fue la primera vez que te explicó? (...) Conversando” (U2 ES SCD1)

“Cuando te explicaron la primera vez, ¿te dijeron así como estamos hablando o te explicaron con alguna lámina o te hicieron ver cómo se preparaba? (...) me hablaban nomás” (U1 cuidadora principal no usuaria SCD3)

2. SÍNTESIS DE LOS HALLAZGOS EN LAS TRES REGIONES

A) Sobre las observaciones

Teniendo como base, las observaciones realizadas a la atención que se brinda durante la atención CRED y considerando el conjunto de indicaciones que brinda el personal de salud, notamos el **peso puesto en lo que ha de hacer la cuidadora principal**, no obstante, el gran vacío que se revela es el **plano del consumo del niño o de la niña** (¿acepta o no el MMN? ¿cuánto come? ¿qué dificultades se encuentran? ¿cómo se han resuelto? ¿con qué resultados?) por tanto, quedan fuera de línea, las posibles dificultades que la cuidadora principal enfrenta y que requieren ser atendidos (en ninguna observación se parte de conocer, cómo le ha ido a la cuidadora principal, con el MMN). La consejería no se sitúa de esta manera en un plano dinámico; el niño o la niña, quedan fuera de la ecuación. El problema del consumo, pareciera plantearse unilateralmente, sólo como un problema que residiría en la cuidadora principal; en la aplicación adecuada de los criterios de preparación y en la **voluntad** de seguir insistiendo que el niño coma, lo cual grafica un escenario vacío de alternativas. Cuando la cuidadora principal expone algún tipo de problema vinculado al consumo, no se extiende la indagación, con el fin de determinar aquellos aspectos que podrían estar incidiendo en el problema y por tanto, en las posibles soluciones. Las recomendaciones muestran así, un carácter general e inespecífico, puesto que no se caracteriza el caso concreto.

Otro aspecto crítico, lo constituye, la **cantidad de información a procesar** por la cuidadora principal, la cual es bastante amplia; más aún si se presentan a modo de enumeración y en forma meramente, expositiva, no utilizándose ningún recurso o material didáctico. Esta diversidad de información

referente al consumo del MMN, adquiere gran confusión, pues no sólo se enumera sino que se trata en ocasiones de manera dispersa a lo largo de otros temas igualmente, tratados durante la atención, como vacunas o la evaluación del desarrollo del niño. Muchos de los contenidos son procedimentales y requieren como tales, una aproximación práctica. No obstante y sin mayor variación, en todas las observaciones realizadas, y tal como los propios Responsables de CRED informan, **la presentación de las indicaciones es básicamente, verbal**; no se cuenta o utiliza materiales educativos o actividades de orden práctico, que aseguren una cabal comprensión de las pautas que recibe la CP, asegurando de alguna manera que podrá llevar a la práctica, las indicaciones planteadas. Esta situación se complica, si consideramos la **ausencia de preguntas de chequeo que confirmen si se comprendió o no; o si se mantiene alguna duda**, a pesar del volumen de información que se requiere procesar. Las preguntas que se suelen formular (siempre llevando la batuta el personal de salud) son de tipo dicotómico o buscan sólo algún tipo de confirmación; no se plantean con el objetivo de recuperar la perspectiva y práctica de la cuidadora principal. Asimismo, no se explora ni se indaga en la posibilidad concreta de llevar a la práctica las indicaciones, por parte de la cuidadora principal (así por ejemplo, preguntar, “¿cómo lo va a preparar mañana? ¿qué alimentos podría emplear? ¿en qué preparación?).

La **calidad de la relación**, marco fundamental de desarrollo de la consejería, resulta igualmente, crítica; predominando la voz del personal de salud, no se dialoga con la cuidadora principal y por tanto, su experiencia y práctica, no se incorporan como parte del diagnóstico, ni en la búsqueda de alternativas viables a los problemas que enfrenta. Según lo observado, la cuidadora principal mantiene una actitud pasiva, no incentivándose su participación; responde muy escuetamente o permanece en silencio, ante las preguntas que se le formulan (no siempre orientadas a recoger la perspectiva de la cuidadora principal, sino confirmar una información). Del conjunto de observaciones, resalta por su singularidad, el caso de un Responsable CRED, el cual incorpora aspectos altamente, positivos como **felicitar** a la CP por un acierto o logro alcanzado; asimismo, **se interroga por dudas o posibles interrogantes**, además de **agradecer** su asistencia al control CRED.

En cuanto a la **consejería a los niños que inician la Alimentación complementaria y el consumo del MMN**, se habla de la **importancia y beneficios del MMN**, planteando en primer lugar que aporta en la ganancia de peso, además de prevenir contra la anemia (aquí sin embargo, no se brinda explicación sobre dicha condición, en qué consiste, las causas asociadas y sus repercusiones) proteger contra las enfermedades, impulsar el crecimiento y desarrollo y aumentar el apetito. Si bien se menciona el otro eje crucial, correspondiente a la **preparación del MMN**, no se articulan todas las indicaciones necesarias y menos el sentido de las mismas.

B) Sobre la información que se brinda respecto al MMN, desde la perspectiva del personal de salud

En lo que concierne a la consejería que se brinda, desde la perspectiva del personal de salud, se identificarán los principales aspectos que se abordan sobre el MMN; la utilización de recursos metodológicos y de manera central aquellos componentes que se consideran cruciales, en la configuración de la consejería.

Desde la perspectiva del personal de salud, la consejería haría énfasis en todos los aspectos centrales del consumo del MMN. Va a destacarse en primer lugar, la presentación de la **importancia y beneficios** del MMN; las orientaciones para su **preparación y administración** y en algunos casos, la centralidad de prácticas de higiene como el **lavado de manos**. En este marco, destaca por su ausencia, la escasa información respecto a los probables **efectos secundarios** del MMN y su tratamiento correspondiente (tema que ha probado ser crítico, para el consumo).

En cuanto a la **importancia** del MMN; va a destacarse en lugar principal, su aporte en el desarrollo cognitivo (se reconoce en este tema, el gran valor de motivación que guarda para las cuidadoras principales, dada su conexión con expectativas de éxito escolar de sus hijos); asimismo, se destaca su contribución en el crecimiento y desarrollo. Otro beneficio que se comunica, lo conformaría su acción de prevención de la anemia; evitar la desnutrición, conformaría otra de sus virtudes.

Al lado de la **importancia**, otro núcleo prioritario se articula alrededor de las indicaciones **sobre la preparación del MMN**. En algunos casos, las recomendaciones se inician con el **lavado de manos**.

La indicación más extendida y predominante, hace referencia a la **separación de una porción de la comida** (usualmente, la indicación de dos cucharas, para todos los casos) en la cual se combinará el MMN; debiendo estar la comida **tibia**. Se halla presente, la sugerencia de **comer con rapidez la porción de la comida mezclada** (no siempre se indica el período de 20 minutos, tal como la norma indica) con el fin de evitar el sabor y la coloración oscura de la comida. Otra indicación lo constituye su preparación en comidas de **consistencia espesa**. El **consumo de un sobrecito diario** del MMN, constituye otra de las indicaciones que se refuerza de manera constante, a las cuidadoras principales. Se alcanzan igualmente, posibles **estrategias que podrían facilitar el consumo**, como alternar la comida combinada con el MMN, con aquella que no o preparar el MMN, sin que el niño o la niña se percate.

En términos metodológicos, la consejería, es básicamente, expositiva; no se hace uso de ningún recurso material o actividad de tipo práctico. Serían las *Sesiones Demostrativas*, dirigidas ya sea por el/la Responsable de CRED o la nutricionista del establecimiento, el espacio más característico, para que las cuidadoras principales, puedan visualizar y desarrollar de manera práctica el procedimiento a seguir en la preparación del MMN y sobre todo, apreciar directamente, su consumo,

C) Sobre las características ideales de la consejería

El personal Responsable de CRED, reconstruye un conjunto de rasgos y características que definirían una *“buena consejería”* y como veremos, más centrada en la participación de la cuidadora principal; en el interés por comprender su perspectiva y su práctica; en la preocupación por la comprensión que se logre de las recomendaciones; en la importancia fundamental de anudar acuerdos y su respectivo seguimiento; en el carácter fundamental de retroinformar positivamente, a la cuidadora principal, respecto a sus logros y aciertos. Estos componentes nos devuelven una imagen divergente respecto a las *observaciones* (en las cuales estos lineamientos, simplemente, se caracterizarían por su ausencia).

- **La Consejería como espacio de diálogo**

Si durante la atención, se muestra una actitud receptiva, animando la participación de las cuidadoras principales, es posible identificar las dudas, interrogantes así como las dificultades que se experimentan, respecto al consumo. Esta aproximación, permite a la responsable de CRED, adaptar las indicaciones que se brindan, sobre la preparación y administración del MMN (aunque siempre en el marco de la norma) según el caso que se le presenta. *Escuchar con atención* lo que la cuidadora principal expone, evita brindar el tipo de recomendaciones generales y poco pertinentes a los problemas concretos que se enfrentan. La posibilidad de brindar alternativas o de construirlas de manera conjunta con la cuidadora principal, sólo fluye en aquellas condiciones en que la cuidadora principal se expresa con confianza (al respecto, la información sobre cuidadoras principales que se inhiben de plantear abiertamente, al personal de salud que no están ofreciendo el MMN, dado el temor a ser recriminadas o rechazar ese tipo de trato, cancela la *oportunidad* que esa cuidadora principal, pueda retomar el consumo).

- **Asegurar la comprensión de las orientaciones**

Otro gran contraste frente a los hallazgos de observación, se advierte al plantear la importancia de cerciorarse, *si la cuidadora principal tiene alguna duda o preocupación*, respecto a las indicaciones brindadas, pues podrían aplicarse inadecuadamente.

- **Retomando la perspectiva de la cuidadora principal: la indagación en torno al consumo, sus dificultades y aciertos**

Un objetivo central de la consejería debería consistir en determinar por qué las cuidadoras principales señalan que sus niños o niñas *no quieren recibir el MMN*, situación que podría deberse a múltiples factores que precisan definirse, planteando posteriormente, una línea de acción posible y adecuada, es decir, no se procede a priori, indicando *lo que la cuidadora principal tiene que hacer* (sin indagación, la indicación, resulta inespecífica y de poca ayuda, aumentando la frustración de la cuidadora principal, además de profundizar su sentido de ineficacia). El *no consumo se problematiza*, por ello se requiere indagación; lejos se encuentra aquella postura del personal de salud (presente en las observaciones y en la experiencia que registran la cuidadoras principales, respecto a la atención

en CRED) que ante la manifestación de no consumo del niño o de sus dificultades, plantea *seguir insistiendo*, reduciendo el problema a un tema de *voluntad* de la cuidadora principal.

- **La importancia del seguimiento en la consejería**

Rastrear si se han puesto en práctica las indicaciones y con qué resultados, así como las posibles dificultades o facilidades encontradas, representaría otro elemento crucial que debería comprender el desarrollo de la consejería. La importancia de realizar algún tipo de seguimiento a las orientaciones que se han brindado, indagando en la efectividad o no de las mismas; aportarían aprendizajes que pueden luego compartirse o alimentar el repertorio de alternativas de la consejería. Este ejercicio de seguimiento brinda la posibilidad de conocer diversas experiencias que han probado ser exitosas, convirtiéndose en materia de intercambio y difusión entre cuidadoras principales, que pudieran estar refiriendo dificultades similares relacionadas con el consumo.

- **Comunicar a las cuidadoras principales, el valor de su práctica y empeño**

Si un rasgo se caracteriza por su ausencia en las observaciones realizadas (con una notable excepción) éste hace referencia al hecho de **felicitar a la cuidadora principal**, ante los logros que obtiene en el consumo del MMN de su niño o niña y frente a sus aciertos. *Felicitar*, brindar una retroinformación positiva no hace más que afianzar el sentido de autoeficacia de la cuidadora principal, además de sellar la continuidad de la práctica.

D) Sobre la experiencia de atención desde la perspectiva de las cuidadoras principales

Presentaremos a continuación, una evaluación crítica que formulan las cuidadoras principales de la atención que se recibe durante consejería.

- **El mantenimiento de dudas y preguntas que se formulan las cuidadoras principales y la posibilidad concreta de canalizarlas**

Exponemos las dudas y preguntas que formulan las cuidadoras principales en torno al MMN y su consumo (sean usuarias y no usuarias); con el fin de examinar en qué medida son absueltas o encaminadas. Su resolución es crucial, si advertimos que pueden tornarse en fundamento de rechazo del MMN. Resulta vital para la consejería, conocer las dudas y cuestionamientos que se concentran en torno al MMN; pero principalmente, promover un espacio en el cual fluyan estos temores e interrogantes; si se tiene como objetivo lograr su consumo efectivo.

Las dudas se concentran sobre todo, alrededor del **contenido** del MMN; pues se desea conocer qué se está consumiendo y brindando a los niños; más profundamente, se trataría de una exigencia de seguridad respecto al producto (tal como se mostrará al abordar el tema de las “Opiniones sociales sobre el MMN”). Otra duda gira alrededor de los **posibles efectos negativos** del consumo, los cuales generan gran aprensión y rechazo; la **eficacia del MMN**, constituye otra línea que demanda criterios e indicadores que puedan dar cuenta de los beneficio del consumo.

La administración diaria del MMN, lleva a temer y proyectar algún tipo de reacción negativa a futuro. Si el consumo ha de prolongarse durante un año, resulta importante, sustentar tal esquema de administración. Otro tema gravitante para el consumo, lo constituye **la atribución de un sabor desagradable del MMN** (ya sea porque se ha experimentado directamente o por referencia de otros). El tema del sabor, como factor de rechazo del MMN, pareciera amplificarse, siendo necesario, establecer estrategias que permitan al personal de salud, determinar qué estaría sucediendo o provocando la emergencia del sabor.

- **El énfasis expositivo en las orientaciones**

Un aspecto que juega en contra de la comprensión más clara de las indicaciones que se brindan (notemos que las cuidadoras principales deben procesar y articular un conjunto de criterios en torno a la administración y preparación del MMN) lo constituye la carencia *de materiales educativos o estrategias metodológicas* que permitan la aplicación concreta de tales criterios e indicaciones,

aumentando la confianza de las cuidadoras principales, para ponerlas en práctica. Agudiza esta situación, el no manejo del quechua por parte del personal de salud.

- **Un espacio – no siempre abierto - para exponer interrogantes y dudas y hallar retroinformación y sugerencias**

Durante el desarrollo de las entrevistas, las cuidadoras principales, suelen referir algunas de las *dificultades* que encuentran en el consumo, las cuáles no siempre se comunican durante la consejería o si se exponen, no encuentran rutas alternativas más allá de la sugerencia de perseverar. Desde esta perspectiva, la *consejería* deja de ser una herramienta orientada a apoyar y sostener la continuidad del consumo, pues algunas cuidadoras principales desisten de la práctica – situación que no se comunica y que por tanto, el personal de salud desconoce – no obstante, se sigue produciendo la entrega regular del MMN. Esta situación hiere el sentido de la *consejería*, orientada a motivar, promover y consolidar la práctica; las deserciones, al parecer se producen muy tempranamente, es decir, luego de algunos pocos intentos. La consejería ha de estar preparada para encaminar estas experiencias.

- **La ausencia de seguimiento de las sugerencias e indicaciones y la persistencia de problemas en el consumo**

No siempre las recomendaciones y sugerencias se convierten en materia de indagación posterior, originando que en ocasiones, su aplicación inadecuada, lleve a la persistencia de los problemas del consumo. El seguimiento podría rápidamente, identificar en qué consistiría el problema y retroinformar en consonancia.

- **La necesidad de reforzar de manera permanente las indicaciones**

A la carencia de un enfoque que indague y caracterice la aplicación práctica de las recomendaciones que se brindan en la consejería, identificando los aciertos así como las dificultades que enfrentan las cuidadoras principales; no se suele reforzar las indicaciones, aprovechando las oportunidades de atención. Según la experiencia de algunas cuidadoras principales, éstas *no se vuelven a repetir*. Si consideramos la profusión de criterios a seguir, en la preparación y administración del MMN, resulta importante, realizar recordatorios constantes de los mismos, además de indagar en su aplicación y en el consumo de los niños y de las niñas.

F. ACOMPAÑAMIENTO AL PROCESO DE SUPLEMENTACIÓN

La presente dimensión aborda los “*procesos acompañamiento en relación a la recepción, condiciones previas del consumo del MMN y el consumo del MMN*”. El *acompañamiento* es entendido como un proceso en el cual se brinda *orientación* oportuna, pertinente y consistente con los problemas que se encuentran en la práctica y que permitan su resolución, fortaleciendo de esta manera las prácticas de cuidado que los Servicios plantean fundamentales, entre ellos, el consumo del MMN. Nos centraremos principalmente, en las orientaciones que brindan las colaboradoras voluntarias, directamente, encargadas de implementar las diferentes estrategias de trabajo – Madres Guías, Madres Cuidadoras y Facilitadoras – a las cuidadoras principales. Asimismo, exploraremos en el nivel de participación de los miembros del Comité de Gestión y del Consejo de Vigilancia, en actividades de orientación e información a las usuarias.

Esta dimensión se ha organizado en torno a dos **escenarios de acompañamiento** – el Servicio de Cuidado Diurno y el Servicio de Acompañamiento a Familias. Para el ámbito del **Servicio de Cuidado Diurno**, seguimos las siguientes sub-dimensiones: (a) el rol de acompañamiento de la Acompañante Técnica; (b) el papel central de la Madre Guía brindando orientación; (c) las Madres Cuidadoras y su relación fundamental con las cuidadoras principales y (d) la participación de los miembros del Comité de Gestión y del Consejo de Vigilancia. En lo que atañe al **Servicio de Acompañamiento a Familias**, la estructura distingue: (a) El rol de Acompañamiento del Acompañante Técnico y Comunitario; (b) las Facilitadoras y su relación con las cuidadoras principales; (c) las observaciones realizadas durante el desarrollo de las visitas domiciliarias, realizadas por las Facilitadoras y (d) la participación de los miembros del Comité de Gestión y del Consejo de Vigilancia.

Para la revisión de esta dimensión, nos basamos en las **entrevistas en profundidad** a cuidadoras principales, personal técnico de los Servicios (tanto a nivel de los Comités de Gestión estudiados como del nivel regional) y en los **Grupos Focales** realizados a Facilitadoras y Madres Cuidadoras; otra fuente de referencia y análisis, lo constituyen las observaciones realizadas al desarrollo de las **visitas domiciliarias**, responsabilidad de las **Facilitadoras**.

El tema del *Acompañamiento* tiene la virtud de dislocar el acento que se coloca sólo en la práctica o en la responsabilidad de la cuidadora principal en el logro del consumo, para plantear en qué medida se responde a sus necesidades de orientación específica, dadas las dificultades que enfrentan. En este proceso, se distingue la intervención de diversos actores, quiénes mantienen relaciones de mayor o menor cercanía, con la cuidadora principal y la familia, respecto al consumo del MMN. En esta línea, trataremos de determinar qué actores resultan significativos cumpliendo roles de acompañamiento en lo que atañe principalmente, a la recepción y al consumo del MMN; las actividades que articulan; así como los aspectos del proceso de suplementación que suelen ser enfatizados en las actividades de acompañamiento. Otro aspecto a abordar lo constituye, el carácter de la relación que se establece entre la cuidadora principal y los actores que brindan acompañamiento.

1. Análisis Regional

A) Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno

(1) Sub-dimensión: El rol de acompañamiento de las Acompañantes Técnicas

A continuación presentaremos, las tareas de acompañamiento y asistencia técnica que llevan a cabo los Acompañantes Técnicos; esta responsabilidad se extiende al trabajo, que realizan Madres Cuidadoras, Madres Guías, además de los miembros de los Comités de Gestión y del Consejo de Vigilancia. Asimismo, realizan labores de sensibilización y orientación a las familias usuarias del Servicio. Examinaremos principalmente, el acompañamiento que realizan a esta diversidad de actores, en lo que atañe a los aspectos vinculados a la entrega y consumo del MMN.

(a) **Región Huancavelica**

➤ **EL ACOMPAÑAMIENTO A LAS MADRES CUIDADORAS**

Las Madres Cuidadoras, cuentan con el *acompañamiento* y capacitación permanente de la **Acompañante Técnica** y de los diversos Especialistas del Servicio, respecto a sus actividades de cuidado y atención (en esta línea es importante incluir igualmente, la participación de las Madres Guías). Las visitas regulares al conjunto de Módulos, que realiza la Acompañante Técnica, le permite retroinformar oportunamente, a las Madres Cuidadoras, sobre las actividades educativas, de cuidado y alimentación que desarrollan. De igual modo, estas visitas posibilitan el contacto con las usuarias del Servicio; aprovechándose dicha oportunidad, para insistir en la *asistencia puntual al control CRED, la entrega del MMN al CCD y su consumo en el hogar*,

“Y cuando haces las visitas cronogramadas (a los CCD) ¿qué aspectos ves del trabajo de las Madres Cuidadoras? Su desempeño, o sea, hago el Acompañamiento Técnico, según el momento en que ellas se encuentren (...) dar recomendaciones. De repente, un día estoy más en lo que es “Juego Libre”, en el lavado de manos, si llego a las doce, tengo que estar ahí, en el momento de la alimentación con ella, con los niños, cómo está practicando la alimentación interactiva, cómo está preparando las Chispitas, tengo que observar, si el niño está consumiendo todo el almuerzo, no lo está consumiendo...” (H1 Acompañante Técnica SCD)

“...hago seguimiento por ejemplo, que cumplan sus “rutinas”, porque se les capacita a las Madres Cuidadoras”, también veo si están haciendo terminar el refrigerio (...) si están haciendo cumplir o está cumpliendo la Madre Cuidadora, dando las Chispitas (...) ven digamos, la propuesta educativa y también el área de...Alimentación, nutrición (...) ¿hay otro aspecto que también priorizas en estas visitas? Sí sí, porque aprovecho las mamás, cuando hacen visita, o cuando traen a los niños o cuando recogen, aprovecho que las mamás deben traer las tarjetas mensualmente y de repente, también les digo, que deben traerme las Chispitas, para que aquí, las MMCC les den a los niños” (H2 Acompañante Técnica SCD)

Más específicamente, respecto al consumo del MMN en el CCD; se observan principalmente, las condiciones de entrega del MMN, por las familias; el procedimiento de preparación del MMN y su administración por parte de la Madre Cuidadora; así como el consumo del niño o de la niña.

“¿...qué mensajes quieres que ellas (las MMCC) tengan bien fuerte, en torno a las Chispitas? (...) que pidan las Chispitas pues ¿no? y que den en forma adecuada. ¿Haces por ejemplo, repasos de cómo se tiene que preparar, cómo se tiene que dar? sí sí, hacemos repasos en esas reuniones de cómo se preparan, “no se olviden, dan y registrar”, se les dice también igual, porque siempre ¿no? hay que estar recordando; a las señoras, no les puedes dar una capacitación y ya luego dejarle” (H1 Acompañante Técnica SCD)

“...en relación al seguimiento, de lo que es el consumo de las Chispitas por los niños, ¿Qué aspectos se están priorizando en ese seguimiento? (...) Que el niño termine todo lo preparado, que la familia usuaria traiga, la manera cómo prepara la Cuidadora, cómo le está dando de consumir al niño, el registro, esos aspectos más que nada. ¿Y quiénes son las personas que se encargan de hacer ese tipo de seguimiento? Nosotras (...) con apoyo de las Guías” (H1 Acompañante Técnica SCD)

La observación directa del consumo del MMN, que pudiera realizar la Acompañante Técnica, dependerá si su visita al CCD, coincide con el almuerzo de los niños y las niñas, momento en que se administra el MMN (es importante considerar el número de CCD a visitar, además de las diversas actividades que la AT debe igualmente, realizar),

“Nosotros llegamos a veces, en el momento de la alimentación, así como usted ha llegado, en el momento de la alimentación habrá observado, que el niño está consumiendo, cómo le está entregando la Cuidadora, según mi cronograma, yo también llego, no puedo llegar todos los días (...) en los momentos del almuerzo, no puedo estar...” (H1 Acompañante Técnica SCD)

“...lo que yo sí hago, en las reuniones que tengo con las Mamás (Cuidadoras), es de repente, hacer una pequeña reunión de socialización del consumo de las Chispitas o también cuando vamos a las visitas a los Hogares, a los acompañamientos técnicos, también igualito ¿no? sobre la alimentación interactiva; la alimentación con el consumo de los micronutrientes, en el momento si llegamos ¿no?, porque si llego pues de 9 a 11, ya son otras actividades o si llego de repente, de 2 a 4, ya sé que de las 2, no le va a dar Chispitas ¿no?, sino a las 12, entonces, ya se trata de otros temas...” (H1 Acompañante Técnica SCD)

Las reuniones periódicas de carácter quincenal, se tornan en espacios de capacitación, reflexión y evaluación de la práctica, para las Madres Cuidadoras, momento propicio para que la Acompañante Técnica informe a partir de sus observaciones en cada CCD. Tal como indica la Acompañante Técnica, en las reuniones se evalúa el avance de los niños y de las niñas; el desempeño durante las actividades de atención y cuidado; identificándose igualmente, los aspectos que requieren aún fortalecerse y mejorar, asimismo, se abordan aspectos relacionados con la puntualidad en el trabajo y el desarrollo de actividades de mantenimiento adecuado del local y su equipamiento. Estas reuniones se reconocen como espacios de aprendizaje, desde la perspectiva de las Madres Cuidadoras,

“¿En qué momento se reúne con otras Madres Cuidadoras? Cuando tenemos capacitación (...) toditos vamos un día, hacemos capacitación, nos hacen recordar, a veces, nos olvidamos, para acordarse, ellos nos preguntan lo que hacemos y nos corrigen en qué estamos fallando y nos hacen acordar. Y lo que ustedes trabajan de alimentación, ¿también les hacen ahí algún recuerdo, cuando se juntan todas? Sí señorita, “cómo están dando la comida”(…) algunos están con Chispitas, sus mamás nos traen y le damos...” (H2 Madre Cuidadora 1.1)

“¿Y qué conversan cuando se reúnen ustedes? Ahí nosotras conversamos, cómo se está tratando al niño, ¿Cómo están?, si están haciendo limpieza o no están haciendo limpieza, ¿qué hora salen? O ¿A qué hora están cerrando o a qué hora abren? “Tienen que abrir en su hora y en su hora tienen que cerrar”, pero si señorita es pa’ nuestro bien, ¿por qué nos vamos a amargar?, más bien enseñar más y gracias señorita, para aprender más, la señorita (AT) nos enseña bien; Madre Guía también, a veces, cuando no podemos... nos apoyan, pa’ que vamos a decir que no, bacán señorita trabajamos” (H1 Madre Cuidadora 1.1)

En este marco, se incide en la importancia de solicitar a las cuidadoras principales, la entrega del MMN, para ser administrado en el CCD; recomendación habitual de la Acompañante Técnica,

“Y a usted ¿Qué le dice la AT sobre las Chispitas? Me dice “tiene que pedir pa’ que le den sus Chispitas”, es necesario señorita... y eso es lo que le dije... “es necesario para que sus cuerpecitos, pa’ que más proteja” ajá... todo eso dice” (H1 Madre Cuidadora 1.1)

“La señorita (AT) nos habla de cómo cuidar a los niños, de cómo debemos, hacer todo eso (...). Y la señorita les explica (...) ¡Ajá! nos explica de cómo debemos lavarle su mano, todo eso, cómo debemos desinfectar el baño, todo eso. ¿Y qué le dicen de las Chispitas cuando tienen esas reuniones? De las Chispitas... nos dicen “que deben traer las mamás, sí o sí deben de traer las Chispitas, para darles de comer” (H1 Madre Cuidadora 2.1)

Otro tema de refuerzo continuo, alude a la *preparación* adecuada del MMN, lo cual brinda las bases para sustentar el sentido de las indicaciones, así por ejemplo, se insiste en la necesidad de brindar el MMN en preparaciones espesas y no aguadas. Asimismo, destacar la *importancia del consumo*, se convierte en tema de recordación constante,

“La señorita (AT) nos ha explicado “no le vas a dar en eso” (se refiere a preparaciones aguadas, tales como sopas, quaker) “Que en eso no sirve para nada”. En espeso se da, porque pesa más. Y en carnecito (sic) más que nada debemos de echar, carnecito (sic) le debemos hacer comer, así ha dicho la señorita (AT). Por eso una mamá le digo “¿le estás dando Chispitas?” “si le estoy dando en leche” “¿Cómo le vas a dar ahí?” Más que nada en el segundito... otras mamás ya saben eso. Si, le dan en segundito” (H1 Madre Cuidadora 1.1)

“Nos enseñan cómo vamos a preparar” (H2 Madre Cuidadora 1.2)

“Sobre las Chispitas nos capacitan, nos dicen “que es bueno para la anemia, para esas cosas” (...) ¿Y qué le dijeron ahí, cuando hablaron de Chispitas? Nos ha dicho “que tenemos que darles pe”, así en una comidita, las Chispitas a los niños (...) y en una comidita de tres cucharas y más o menos que esté caliente la comida pe”. Nos han dicho que no tiene sabor” (H1 Madre Cuidadora 2.1)

El consumo del MMN es registrado por la Madre Cuidadora, en la Ficha de Asistencia diaria,

“...tenemos en cada Hogar de Cuidado Diurno, la Ficha de Asistencia, ahí es donde registran las (Madres) Cuidadoras (el consumo del MMN, de cada niño)” (H1 Acompañante Técnica SCD)

Las Acompañantes Técnicas van a destacar, que las Madres Cuidadoras dominan el tema de la preparación del MMN, es decir, aplican con seguridad y destreza las diferentes indicaciones, pues recibirían refuerzo permanente,

“...ha sido aceptado por las Madres Cuidadoras también, porque no es difícil pues, es una cosa bien fácil, agarrar el sobrecito, diluir en dos cucharitas, también se les ha capacitado muchas veces, de cómo es el consumo y cómo se debe dar al niño, en qué condiciones y todo eso (...) han sido capacitadas por la Especialista, sobre el consumo de las Chispitas” (H1 Acompañante Técnica SCD)

Dado que las Madres Cuidadoras se vinculan directamente, con las cuidadoras principales, requieren ser fortalecidas con argumentos para orientar y motivar a las familias, respecto al consumo del MMN (más allá de las indicaciones que pueden ofrecer, respecto a su preparación adecuada, dado su dominio del tema; las cuidadoras principales, plantean también, dudas y cuestionamientos sobre la acción del MMN, sobre todo, cuando asocian efectos no deseados con su consumo, área en la cual se requiere orientación, entre otros),

“...las Mamás Cuidadoras, también necesitaban como tú, conocer esa importancia (del consumo del MMN) Sí, ambos. Si yo conozco y mis Mamás (Cuidadoras) no conocen, entonces, nada; porque ella tiene que conocer, mayormente, ella está con el niño y también con la familia usuaria, más constante, tal vez (...) hacerles conocer la importancia (...) para que ellas digan de esa manera, a las familias usuarias” (H2 Acompañante Técnica SCD)

La Acompañante Técnica realiza igualmente, la asistencia técnica a la Tercera Guía (o Madre Guía 3) en sus labores de seguimiento más cercano a las familias de niños en riesgo; identificando a las familias y evaluando la evolución que se observa en los niños y las niñas. Asimismo, realiza las visitas domiciliarias,

“...hacemos visitas con la Tercera Guía, ella es mi mano derecha (...) en nuestro cronograma, siempre a la semana, una o dos veces, visitamos a las familias a conversar” (H2 Acompañante Técnica SCD)

➤ LAS REUNIONES DE TRABAJO Y CAPACITACIÓN CON LAS FAMILIAS

Otro espacio importante de capacitación y orientación, en el marco del SCD, gira alrededor de las **reuniones** que convocan a las cuidadoras principales y en las cuáles se abordan diversos temas, relacionados con el cuidado y la salud de los niños y de las niñas. Encontramos dos tipos de reuniones, una primera que responde a los problemas concretos o coyunturales, observados en determinado CCD, por lo cual pueden organizarse de manera rápida y flexible,

“Tenemos otro tipo de reuniones, que hacemos con las familias, de acuerdo (...) a las necesidades (...) de repente, hay un local, donde las familias pues, no están cumpliendo con sus deberes como familias, entonces, las citamos y ahí pues, tratamos de sensibilizar, conversar, llegar a acuerdos, compromisos con la familia ¿no? Entonces, es una parte cotidiana de nuestro trabajo, dependiendo de las necesidades de cada local” (H1 Acompañante Técnica SCD)

“...(están) también las reuniones individuales, grupales, según las necesidades de cada Hogar de Cuidado Diurno. De repente, en un Hogar, hay incumplimiento de la mayoría de familias, de que no están trayendo las “Chispitas” o no están cumpliendo de repente, con traer al niño, se está suscitando algún problema con la familia, inmediatamente, la Madre Cuidadora nos comunica y llamamos a una reunión, para sensibilizar a esta familia (...) digamos un ejemplo, en “Los Cangrejitos” no están trayendo las Chispitas, entonces, eso amerita que haya una reunión ¿no?. Entonces, se cita y se conversa con la Cuidadora, para que invite a estas familias y ya pues, podemos sensibilizarlas, referente a ese punto, ¿no? del consumo de Chispitas, la importancia, el por qué traerlo al HCD” (H1 Acompañante Técnica SCD)

Otro tipo de reunión, corresponde a las sesiones de *interaprendizaje* - evento de mayor escala y con presupuesto asignado, pues congrega a cuidadoras principales de varios CCD – y en las cuáles, se tratan temas de carácter transversal, como las prácticas de cuidado que el Servicio promueve. Este tipo de reuniones se programan tres o cuatro veces por año, como informa la Acompañante Técnica,

“Nosotros trabajamos con familias, tenemos “Trabajo con familias”, el componente (...) por ejemplo, para la semana que viene, tenemos planificado unas sesiones de interaprendizaje con las familias, en la cual reunimos por grupos de 20 personas, de repente, de dos, tres Hogares, para realizar esta socialización en un determinado tema y ahí de repente, también resaltar algunos puntos débiles, en los cuales la familia no está cumpliendo ¿no?” (H1 Acompañante Técnica SCD)

“¿qué se podría hacer, para que todas las familias usuarias, entreguen las Chispitas? sensibilizarlas más. ¿pero ahí cómo podrías, qué tipo de trabajo, qué tipo de actividades podrías hacer? Reuniones de socialización ¿no? con las familias, con las que estamos teniendo ¿no? la otra semana también, vamos a tener reunión de socialización. Y bueno, darles a conocer sobre la importancia, la preparación, el por qué sus niños tienen que consumir las Chispitas ¿no? entonces, a la familia no es con una nada más, que se le hace, sino de muchas y muchas veces que se le hace esta sensibilización, se les visita en el hogar, entonces, de esa manera pues ¿no?” (H1 Acompañante Técnica SCD)

Estas reuniones periódicas de información y sensibilización con las familias, resultan fundamentales, para apuntalar la importancia del cuidado de la salud y la alimentación de los niños y en donde el consumo del MMN, alcanza papel protagónico. La Acompañante Técnica no deja de remarcar, los beneficios que se alcanzan con su consumo, además de tratar sobre su preparación,

“...ahora yo veo que las mamás por ejemplo, anteriormente, teníamos que rogarle para que nos den las Chispitas, o teníamos que ir al C.S. para que nos den directamente (...) para hacer efectivo el consumo de las Chispitas. Entonces, como estamos dando charlas (...) también sí está dando resultado (...) cuando le hablamos, como es su lengua materna quechua, yo sé manejar quechua, entonces, yo hablo con ellas directamente, les explico “¿qué es?”, “¿cómo es?” “¿para qué es?”, entonces, yo veo ahora sí, los niñitos consumen, las mamás, las que están en nuestro Programa, al menos con los niños que yo trabajo, sí tienen ese conocimiento” (H2 Acompañante Técnica SCD)

“...cuando hacemos nuestras sesiones, les explicamos cómo deberían dar las Chispitas, a las familias usuarias” (H2 Acompañante Técnica SCD)

Estas reuniones sirven igualmente, para identificar y absolver las preguntas y dudas de las cuidadoras principales (en este caso, dirigidas al sentido y propósito de la medida de suplementación),

“¿Qué te dicen, qué te preguntan o qué dudas también, tienen las familias, cuando tú te reúnes con ellas? Sí, te preguntan, “¿para qué? ¿por qué señorita?” yo le digo ¿no? “porque esto de repente, el Gobierno da gratis, puesto que nuestros niños a nivel del Perú, estamos bajos en lo que es de aprendizaje de lógico-matemático y comprensión lectora. Entonces, el Gobierno está dando mucho por nuestros hijos...” (H2 Acompañante Técnica SCD)

(b) Región Piura

➤ EL ACOMPAÑAMIENTO A LAS MADRES CUIDADORAS

Una de las funciones centrales de la Acompañante Técnica, consiste en brindar capacitación constante a las Madres Cuidadoras, a través de la revisión y análisis de áreas o aspectos que aún se evalúan como débiles en el trabajo de cuidado que se desarrolla de manera cotidiana,

“...brindamos también (en tanto AT) sesiones de inter aprendizaje, que mayormente, constan de una hora, que puede ser un día lunes por la tarde, una hora donde capacitamos, sobre temas puntuales, donde vemos que las cuidadoras, de repente, están flaqueando o es un punto débil para ellas, tratamos de fortalecerles” (P2 Acompañante Técnica SCD)

A través de las visitas de seguimiento permanente, que se realizan a los diversos CCD, se ofrece igualmente, retroinformación puntual sobre el desempeño, permitiendo a la Madre Cuidadora reparar en la manera adecuada de proceder o realizar las diversas actividades bajo su responsabilidad,

“Me encargo de hacer un acompañamiento, se puede decir, que es nuestra función principal, un acompañamiento técnico a las Madres Cuidadoras, visitando los locales, acompañándolas, brindándoles de repente, personalmente, en algunos casos, cuáles son sus funciones o cómo ellas deben desarrollar ciertas actividades, ya sea un cambiado de pañal adecuado, un lavado de manos, un cepillado de dientes, todo lo que ellas desarrollan las ocho horas que están en el Servicio” (P2 Acompañante Técnica SCD)

. ¿Y cada cuánto tiempo, es esa visita a los Centros? Normalmente, cuando no hemos estado aplicando la lista de cotejo (...) han sido nuestras visitas diarias, todos los días venimos a los Comités, salvo capacitaciones que tengamos, que sí nos suspenden, salvo elaboración de las actividades de

aprendizaje que sí nos dan un día o dos días, para poder sentarnos en un lugar y después, todo el tiempo, paramos en los Comités...” (P2 Acompañante Técnica SCD)

Asimismo, se organizan reuniones mensuales, en las cuáles participan las Madres Cuidadoras y la Acompañante Técnica, con el fin de examinar y evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños y de las niñas; así como su alimentación y consumo del MMN. Estas reuniones, permiten identificar a los niños que no muestran cambios positivos en los indicadores de peso y talla; de tal manera que la Madre Cuidadora, incida con mayor énfasis en el seguimiento de su alimentación, asimismo, recomiende a la cuidadora principal, incorporar en la dieta del niño o de la niña, alimentos de origen animal (entre ellos, sangrecita, hígado, pescado) principalmente, durante los fines de semana (**P2 GF Madres Cuidadoras SCD1**)

Es sumamente interesante, la reflexión que realiza esta Acompañante Técnica, a partir de la constitución de nuevos Comités; en los cuáles las Madres Cuidadoras deben en cierta medida, *alejarse de una forma cotidiana de cuidado del niño y la niña, en tanto cuidadoras principales*, produciéndose una ruptura cognitiva; para adoptar e incorporar nuevas prácticas y rutinas, por lo cual la tarea de acompañamiento se torna fundamental, en este proceso de aprendizaje,

“...este Comité es nuevo (...) las Madres Cuidadoras son nuevas, antes no han tenido conocimiento; más bien, en las capacitaciones, cambiamos ciertas estructuras cotidianas que tienen ellas en sus hogares, a implantar nuevas cosas, un lavado antes y después de la comida, un cepillado tres veces, en las tres comidas que damos (...). Si hay más trabajo, porque venimos de un conocimiento cero de Madres Cuidadoras a ir impartiendo poco a poco, conocimientos (...) si no se hace una capacitación continua, las Madres (Cuidadoras) lo olvidan y vuelven ellas a como trabajaban ellas en sus hogares. Mientras no haya un fortalecimiento, sostenible de esas capacidades, las Mamás (Cuidadoras) lo van a olvidar” (P2 Acompañante Técnica SCD)

En esta perspectiva y dada la fase formativa en que se encuentran las Madres Cuidadoras, el acompañamiento sostenido constituiría, base de su fortalecimiento. Una figura que reluce en este proceso y que la Acompañante Técnica identifica relevante, es lo que denomina una *“Madre (Cuidadora) fortaleza”*, es aquella que se distingue por su participación activa en las actividades de capacitación, la que organiza y dirige a las otras Madres Cuidadoras, orientando y planteando pautas de trabajo. La Acompañante Técnica señala que este tipo de Madre Cuidadora contribuye igualmente, en el fortalecimiento de capacidades, de *sus pares*,

“...en cada local, siempre hay una Madre fortaleza, que es la que capta más, la que sabe cómo son (...) ella es la que se encarga de a las Mamás (Cuidadoras), corregirlas, “haz esto, haz lo otro”; a pesar que las otras siempre me dan las quejas de que “ella es la que nos quiere mandar, ella es la que nos corrige” (...) ella es mi cabeza del local, ella es la que me va a dar cuentas del local. ¿Cómo te das cuenta que es la Madre (...)? Porque cuando voy, es la que más participa, la que en las capacitaciones, “señorita, pero también pasa esto...” te manifiesta pues los casos (...). Entonces, ahí se va identificando estas Madres fortaleza, les llamo yo; las que pueden ocasionar que otras también puedan adquirir e ir fortaleciendo sus conocimientos” (P2 Acompañante Técnica SCD)

En lo que concierne al trabajo con el MMN; antes de solicitar a las cuidadoras principales, la entrega del MMN al CCD; las Madres Cuidadoras fueron capacitadas, respecto a su importancia y administración; asimismo, se les indicó cómo deben proceder respecto a la solicitud de entrega. Las Madres Cuidadoras han de pedir autorización firmada, a las cuidadoras principales, permitiendo el consumo del MMN, de su niño o niña, en el CCD (desde la perspectiva de la entrega del MMN al CCD, pueden encontrarse así, diversas situaciones: cuidadoras principales que no entregan el MMN y prefieren ofrecerlo directamente, a sus niños; cuidadoras principales que no entregan el MMN al CCD, pero que tampoco lo brindan a sus niños (sea porque ya completaron la dosis o porque no se desean ofrecerlo) y aquellas que entregan el MMN al CCD). La recomendación permanente a la Madre Cuidadora, es la de promover entre las cuidadoras principales, la entrega oportuna del MMN y subrayar la importancia de su consumo,

“...cada vez que vamos a las capacitaciones, (nos dicen) tratar de decirle a las familias que tienen que darle, que contiene micronutrientes, siempre nos están diciendo (...) que digamos a las madres que por favor, traieran sus Chispitas” (P2 Madre Cuidadora SCD2.1)

En lo que respecta al consumo, la orientación a la Madre Cuidadora es que prepare el MMN y se cerciore que el niño o la niña, coma la totalidad de la porción combinada; una vez terminada, pasar al

siguiente niño o niña y repetir el procedimiento (esta consigna tiene como fin, garantizar que el niño reciba la totalidad del MMN y evitar que el tiempo transcurrido entre la preparación y el consumo, se alargue y aparezca un sabor desagradable). El *consumo del MMN en el CCD*, se registra en la *Ficha de Asistencia*; en ésta se consigna si el niño consumió o no el MMN, durante la jornada diaria. La responsabilidad de registrar dicha información, corresponde a la Madre Cuidadora. No existe otro mecanismo que permita confirmar el consumo efectivo del niño o de la niña. Tal como señala la AT, la única manera sería observar directamente, durante el momento del almuerzo, si el niño o la niña recibe y consume todo el MMN,

“¿Cómo se da el seguimiento y el acompañamiento, en cuanto al consumo del MMN? Sólo comentarle a las señoras (se refiere a las MMCC) cómo les explicaron, quedamos ahí y ver si ellas lo están dando realmente. ¿Pero no tienen un formato que evalúe eso? No, manejamos de repente, algo interno, para ver qué niños consumen (...). Y en la asistencia, también hay un rubro que se marca (...) si el niño está consumiendo o no el MMN ese día. El formato de asistencia, lo tenemos ahí (...) pero eso lo llenan las Madres Cuidadoras. Algo que registre más a fondo, en qué se le da, no existe todavía. No (...) que den un formato para hacerles seguimiento, tendría que ser alguien que esté en ese momento de la comida, verificando si realmente, lo dan (...) porque ellas pueden poner que sí les dan a todos” (P2 Acompañante Técnica SCD)

“...en una Ficha (...) registramos si consumió o no consumió (el MMN)” (P2 Madre Cuidadora SCD2.2)

La AT señala que en las ocasiones en que ha podido observar el proceso de preparación y consumo, es posible apreciar el dominio que muestran las MMCC, pero también se producirían situaciones de olvido, es decir, de no administración del MMN. La AT explica que tal vez su presencia, podría generar nerviosismo entre las MMCC, llevando al olvido; por ello, sugiere que quién debe cumplir el rol de verificar el consumo, debería ser alguien externo al Servicio, probablemente, un poblador o pobladora. El objetivo que cumpliría no sería sólo verificar que el niño o la niña reciba el MMN, sino también el consumo de la ración correspondiente,

“...cuando yo voy y veo ahí, veo realmente, quién está dando, a veces, el modo es que ellas vayan, cojan el taper, saben de qué niño (...) y comienzan a dar, porque ya saben qué niños consumen (...). A veces, en que veo que no se están acercando a coger y les digo, “¿y las Chispitas?”, “uy, verdad señorita”. A veces, cuando hay alguien ahí, como que se ponen nerviosas y como que no les dan. Sí, pero si es que hay alguien, tendría que ser alguien ajeno, de repente, alguien de la zona, que se comprometa específicamente, para que verifique si es que se está aplicando (...). ¿Crees que sería útil hacer el seguimiento (...) o estamos bien así? No, yo creo que sería útil, como te digo, otra persona que lo pueda hacer, sería útil, porque ella podría repartirse pues y nos daría un punto a favor, para que verifique si el niño se come toda la ración (...). La comida se la sirven, de acuerdo al niño, entonces, esa comida tiene que ser acabada en su totalidad, eso es lo que también nos puede apoyar la persona, que veo eso del multi” (P2 Acompañante Técnica SCD)

Para finalizar con el tema de la suplementación en el CCD, un aspecto sobre el cual llama la atención la Acompañante Técnica, hace referencia a las diferentes recomendaciones que suelen navegar entre el personal de salud y las disposiciones a nivel de los CCD y con ello, la necesidad de consistencia, pues podría ser materia de confusión, en relación al consumo del MMN; así por ejemplo, se comenta que el personal de salud habría indicado a las Madres Cuidadoras que es posible preparar el MMN en *mazamoras*; orientación que la Acompañante Técnica consideraría inadecuada y contraria a lo dispuesto por el SCD, pues sostiene que es una preparación líquida (notemos, no obstante, que la mazamorra, tiene una consistencia semi espesa y que ya la norma la incluye como posible preparación) y que como tal, tiende a “*esparcir*” el MMN, además, terminar de consumir la preparación, sobrepasaría los cinco minutos, momento en que aparecería el sabor,

“Y las (Madres) Cuidadoras, sí tenían un poco la dificultad por lo que les habían comentado el C.S. que podían darlo en la mazamorra y es un poco más líquida y los niños lo podían consumir más rápido. Cosa que no, se les ha dicho que no, porque en lo líquido se esparce y pasa unos cinco minutos y coge otro sabor la comida con este MMN. Se les ha recomendado y se les ha fortalecido y ya lo están haciendo en el almuerzo, sólo en el almuerzo, sólo en la menestra” (P2 Acompañante Técnica SCD)

La Madre Guía, directamente, abocada al seguimiento de familias de niños en riesgo; goza igualmente, de la asistencia técnica de la AT; evaluando en conjunto, a las familias que requieren un acompañamiento más cercano; el desarrollo de las visitas que se realizan, así como la evolución de los niños y niñas,

“También una parte de mis funciones es apoyar a la Guía de riesgo (...) con ella pues, realizamos lo que es el control de las familias, identificamos las familias que necesitaban estas visitas (...). Se hacen visitas domiciliarias con Alicia (se refiere a la Guía de riesgo) (...). Otra de mis funciones con Alicia, a la par, es actualizar el panel de talla, para ver pues cómo va la evolución del niño, si está subiendo su talla, si está bajando, eso también nos encargamos de registrar” (P2 Acompañante Técnica SCD)

➤ LAS REUNIONES DE TRABAJO Y CAPACITACIÓN CON LAS FAMILIAS

En el marco del CCD, se llevan a cabo reuniones convocando la participación de las cuidadoras principales, con el fin de tratar temas propios de la marcha y funcionamiento del Servicio, pero también para abordar temas vinculados con la alimentación y el cuidado de los niños y de las niñas,

*“El martes van a tener una reunión (...) el martes tenemos que estar puntual allá y vamos a tener charlas (...) de cómo alimentamos a los niños; si nos parece que se quede en Cuna Más, todo eso. **Ah ya, ¿y qué te parecen esas reuniones?** Yo estoy puntual. **Sí vas...** dicen que va a haber juegos, que tienes que jugar con tus hijos...” (P2 cuidadora principal usuaria SCD4)*

(c) Región Ucayali

➤ EL ACOMPAÑAMIENTO A LAS MADRES CUIDADORAS

La Acompañante Técnica, suele visitar una o dos veces por semana, los CCD, que conforman el Comité de Gestión, con el fin de brindar asesoría necesaria a las Madres Cuidadoras y realizar el seguimiento del Servicio; igualmente, se coordina con los miembros del Comité de Gestión, para determinar los requerimientos materiales de los diversos locales de atención,

*“**Y usted visita, al menos, una vez a la semana cada uno (se refiere a cada uno de los tres CCD) Sí, una vez a la semana o a algunos, a veces, llego dos veces a la semana” (U1 Acompañante Técnica SCD)***

En la relación constante, que la AT mantiene con las Madres Cuidadoras, refuerza de manera permanente, las actitudes y prácticas que deben primar en su desempeño; así por ejemplo, la relevancia del juego como metodología de aprendizaje y vínculo con el niño y la niña; además de la búsqueda y desarrollo de comunicación con los cuidadores principales,

“...les hago ver a las Madres Cuidadoras, converso con ellas, les digo, “ustedes tienen que poner, ustedes son compañeras de juego y mediante el juego, el niño aprende” (...) que debe haber más comunicación con los padres, con los niños, para que se puedan desarrollar” (U1 Acompañante Técnica SCD)

Las Madres Cuidadoras de los diferentes CCD, que conforman el Comité de Gestión, mantienen reuniones periódicas de carácter quincenal, bajo la conducción de la Acompañante Técnica. Este espacio de trabajo sirve para capacitarse y reforzar temas vinculados a las tareas de cuidado cotidiano de los niños y de las niñas. Ante las posibles dificultades que pudieran presentarse, en la atención que se brinda en el CCD, las Madres Cuidadoras, reconocen como referentes en primera línea, a las Madres Guía y a la Acompañante Técnica,

*“**(cuando) se reúnen sólo las Madres Cuidadoras, ¿de qué conversan?** (...) dan charlas de cómo tratar a los niños, cómo hacer sobre su alimentación, lavado de manos, higiene personal...nos dicen cómo es hacerle a los niños, para que puedan escribir, a enseñarles, a motivarles (...) la importancia de la alimentación de los niños...” (U1 Madre Cuidadora SCD1)*

En cuanto a capacitación específica sobre el MMN, se comunica que tanto las Madres Cuidadoras como los miembros del CG y del CV fueron capacitados respecto al MMN. La capacitación estuvo a cargo del Especialista de Nutrición, realizándose en uno de los CCD del Comité de Gestión. Los temas trabajados incluyeron la importancia de difundir y promover los beneficios del consumo entre los cuidadores principales; el contenido del MMN y la forma de preparación. Es interesante resaltar que tras la capacitación, algunos participantes señalaron que escuchaban acerca del MMN, y sin embargo, no tenían mayores conocimientos; lo cual revela la urgencia y relevancia de difundir a los diversos actores involucrados en el Servicio, información más detallada y sostenida en el tiempo sobre la suplementación (U1 Acompañante Técnica SCD)

En cuanto al MMN, se enfatiza su **importancia**, respecto a la prevención de la anemia y el crecimiento saludable de los niños y de las niñas. Asimismo, la orientación permanente, se dirige al **consumo** del MMN. La Acompañante Técnica se informa así, por el status de cada niño, respecto al consumo del MMN, recomendando a las Madres Cuidadoras, indaguen las razones en caso de no entrega, motivando a las cuidadoras principales sobre los beneficios de brindar la suplementación,

“¿Y con quien comparte la información si el niño está consumiendo o no está consumiendo las Chispitas? Entre compañeras, el Acompañante Técnico del Cuna Más que viene. ¿Y qué hacen si el niño no está consumiendo las Chispitas? (...) cuando viene el Acompañante Técnico (...) nos pregunta del tal niño y por qué, que tiene que hablar con la mamá, por qué motivo no le dan a su niño, conversarle o decirle, que se anime ¿no?, que debe comer sus Chispitas” (U2 GF Madre Cuidadora SCD2)

Se insiste en que las Madres Cuidadoras se aseguren de dar directamente, al niño o a la niña, la porción combinada con el MMN,

“...les digo siempre, “esas dos cucharadas de comida, rapidito hay que darle al niño y ustedes mismas, ¿no? entregarle al niño...” (U1 Acompañante Técnica SCD)

El registro del consumo del MMN, se consigna en la Ficha de Asistencia; indicando la Madre Cuidadora si el niño o la niña lo ha consumido,

“En la Asistencia, en la Ficha 9 que nosotros tenemos, ahí es donde ellos (se refiere a las MMCC) todos los días tienen que registrar, en lapicero rojito, quiénes han consumido las Chispitas” (U1 Acompañante Técnica SCD)

El consumo efectivo, constituye materia de preocupación permanente, respecto al desempeño de las Madres Cuidadoras. Tal como la Coordinadora manifiesta, aún es posible advertir *debilidades en la administración del MMN*. Como bien señala, el proceso de entrega y recepción del MMN, puede darse con fluidez; la preparación del mismo, realizarse adecuadamente, pero se requiere sobre todo, garantizar su consumo total por el niño o la niña, es decir, la totalidad de la porción combinada con el MMN. Reforzar la *importancia del consumo* a las Madres Cuidadoras, se torna así esencial,

“...aún sigue siendo nuestra debilidad la administración, porque cuando se pregunta a la (Madre) Cuidadora, ella siempre te va a decir que sí, que “sí le estamos dando” (...) uno cuando monitorea, le veo que prepara en la mezcla, pero si nos quedamos, seguro un poco más, a veces, no está comiendo las dos cucharaditas. Ahí es donde volvemos a reforzar, por qué hay que dar, no solamente, es decir, “he preparado”, ¿pero lo ha consumido? ¿por qué tenemos tan fuerte la anemia? Asegurar que el niño coma toda la porción. Exactamente, entonces, por eso es que es paciencia, vuelvo a repetirlo, es un procedimiento de paciencia y porque atender a ocho niños, para una (Madre) Cuidadora no es fácil” (U JUT-U Coordinadora SCD)

El olvido de la administración, representaría igualmente, un aspecto sobre el cual se requiere seguir insistiendo entre las Madres Cuidadoras,

“...pedirles ¿no? (...) que no se olviden de darle todos los días. Usted tiene que estar recordándoles, entonces. Sí, exactamente, de eso siempre. A veces, cuando vamos al Centro, estoy mirando, entonces de ahí recién, “sí, ay señó, disculpe” y ya” (U1 Acompañante Técnica SCD)

Otro tema de preocupación, lo constituye aún el bajo consumo del MMN en el CCD; tal como comunica la AT (no se llegaría ni al 25% de consumo, pues las cuidadoras principales, no entregan el MMN y declaran ofrecerlos en el hogar),

“...no están consumiendo todos al 100%, porque nosotros tenemos unas autorizaciones que sólo los niños que...el padre te firma pues ¿no? Si el padre dice “no”, tampoco no le podemos exigir (...) como te digo, el 100% de nuestros niños, no consumen en los CCD (...). Y ahorita estamos, te soy sincera, con un porcentaje muy bajo del consumo de las Chispitas (...) del 100% , estaremos pues con un 15% nomás, que están consumiendo en los Centros (...) 15% o más, algo de 25% (...) nos dicen que consumen en su casa, pero yo les digo, “¿a qué hora? Si ellos están en su hora de almuerzo” (U1 Acompañante Técnica SCD)

Las principales razones de no entrega del MMN al CCD, se vincularían al temor o convencimiento de las cuidadoras principales que el MMN, ocasionaría efectos perjudiciales en los niños y las niñas (diarreas); con el fin de desbaratar tal certeza se organizan sesiones de trabajo con las familias.

➤ LAS REUNIONES DE TRABAJO Y CAPACITACIÓN CON LAS FAMILIAS USUARIAS

Con el propósito de impulsar especialmente, el consumo del MMN, se organizaron reuniones con las familias usuarias, bajo el impulso y conducción del Especialista de Salud; realizándose Sesiones Demostrativas, además de visitas a los hogares, con participación de las Madres Guía,

“¿Qué actividades se pusieron en marcha, para que el tema de las Chispitas entre en el CCD? Se hizo la socialización constante de las Especialistas de Salud, también vinieron, bajaron a cada (...) acá vinieron, antes que yo entre (la AT tiene aproximadamente, cuatro meses en el cargo) vinieron ellos, porque ya estaban los niños consumiendo. Y constantemente, hace poco han venido en el mes de octubre (hace dos meses, respecto al momento de la entrevista) ¿Y qué hicieron allí (...)? Hicieron demostrativas, conversaron con las familias, hicieron también, visitas con las Guías” (U1 Acompañante Técnica SCD)

Dentro de la marcha cotidiana del Servicio, se organizan igualmente, reuniones mensuales que convocan a las usuarias y en las cuáles se tratan temas como el consumo del MMN, además de otros asociados al cuidado de la salud y la alimentación de los niños y de las niñas. En estas reuniones participarían la Acompañante Técnica, las Madres Cuidadoras y los miembros de la organización,

“...¿has visto alguna demostración que hayan hecho? Yo he cocinado (...). Yo he hecho, ahí en la Cuna (...) han traído alimentos y yo he preparado. Ah mira, qué bueno y ¿qué te hicieron preparar esa vez? Papillas. ¿Cada cuánto tiempo o fue la primera vez? Hacen reuniones, siempre hacen reuniones, hacen para ver cómo están los niños, todo eso. ¿Pero eso de preparar, una vez has ido o más de una vez? Varias veces lo han hecho, pero yo ese día me he ido. A veces cuando no tengo tiempo, no voy (...) ¿Y ahí pusieron las Chispitas? Sí me han puesto ahí (...) También te dijeron...” señora póngale su Chispita”. “Tú vas a hacer” y me han puesto varias alternativas “tú vas a ver y le preparas y cuando está listo le echas su Chispita y le das”. ¿Para tu niño? Ajá, le preparas sus Chispitas” (U1 cuidadora principal usuaria SCD4)

“...las Madres Cuidadoras nos reunimos casi como cada quince días, puras Madres Cuidadoras, pero así madres que sean usuarias, al mes” (U1 Madre Cuidadora SCD1).

La importancia y beneficios que aporta el consumo del MMN, constituye materia de refuerzo, contrarrestando los cuestionamientos que circulan sobre el MMN y sus efectos perjudiciales,

“En las reuniones que realizan con las familias usuarias, tengo entendido que se aborda el tema también, de informar lo importante de los multimicronutrientes y por qué el niño debe consumirlo, a pesar que de repente, la que no quiera es la familia usuaria, pero sí se hace hincapié en el tema” (U-Especialista de Gestión comunitaria SCD)

Estas reuniones no sólo sirven para difundir información, sino también, como espacios privilegiados para conocer más profundamente, las representaciones de las cuidadoras principales sobre el MMN,

“Y aparte, no se dé donde han sacado, un día que estábamos en la socialización, había comentado una señora “yo no quiero que le den, porque dice han traído de otro país (...) pa que los niños no aprendan nada” me dice” (U1 Acompañante Técnica SCD)

Además, el tema de la importancia del consumo del MMN, conformaría otra línea constante de trabajo con las usuarias, tal como releva este Especialista entrevistado,

“En las reuniones que realizan con familias usuarias, tengo entendido que se aborda el tema también, de informar lo importante de los multimicronutrientes y por qué el niño debe consumirlo, a pesar de que de repente, la que no quiera, es la familia usuaria, pero sí se hace hincapié en el tema” (UE Comité de Gestión SCD)

Como ya se ha mencionado, el temor de posibles efectos no deseados, a partir del consumo del MMN, lleva a la cuidadora principal a no entregarlo al CCD, para su administración; con el fin de revertir esta situación de no consumo, se realizan diversas reuniones con las usuarias del Servicio; contando con el apoyo del personal de salud. En tales encuentros, se da énfasis a la explicación sobre los efectos que provocaría el MMN y cómo deben ser interpretados. Sin embargo, a pesar de

esta explicación, algunas cuidadoras principales, se muestran bastante reacias, llegando a condicionar la participación de sus niños o niñas en el Servicio. Estas opiniones en torno al MMN, plantean grandes desafíos para el logro del consumo del MMN, no sólo en el CCD,

*“...les expliqué, “señora, efectivamente, le va a dar diarrea, será pues dos o tres días, hasta que el cuerpo asimile, porque usted sabe, eso es importante para prevenir la anemia. Yo les explicaba, que contiene hierro, calcio, ácido fólico, vitamina A, “tú sabes que los tres primeros años de vida, es lo que tenemos (...) que darle lo máximo a tu niño”, pero hay algunas mamás, como te digo, se cierran, te dicen, “no señorita, no no no, entonces, ya no lo mando”. **Ya no mandan al niño.** No le mandaban al niño, de verdad, hay algunos que de verdad se habían cumplido, de algunos no, pues” (U1 Acompañante Técnica SCD)*

(2) Sub-dimensión: El papel central de la Madre Guía brindando orientación

(a) Región Huancavelica

Existen tres *Madres Guía*, quiénes brindan asesoría y apoyo al trabajo de las Madres Cuidadoras, así como a las familias usuarias. Las Madres Guías 1 y 2, anteriormente, Madres Cuidadoras, cuentan con gran experiencia y conocimiento del funcionamiento y conducción de los CCD. Estas Madres Guía, suelen reemplazar a las Madres Cuidadoras, que pudieran ausentarse por algún motivo; acompañan el proceso de inserción y aprendizaje de Madres Cuidadoras nuevas, además de orientar y retroinformar a las Madres Cuidadoras, durante el desarrollo de las actividades cotidianas en los CCD.

La creación de la figura de la Madre Guía 3 – se informa – resulta posterior, cumpliendo funciones centrales, tales como realizar *visitas a las familias, de los niños menores de dos años, que se encuentran en riesgo nutricional*. Durante las visitas, se lleva a cabo la consejería, sobre diversos temas relacionados con el cuidado y la alimentación de los niños y de las niñas, apoyando de esta manera, que los niños superen su condición de riesgo,

“La señora Angélica (Madre Guía 3) se encarga de realizar las visitas a hogares de niños en riesgo, generalmente, en riesgo nutricional, priorizando a los niños menores de dos años ¿no? Entonces, su trabajo de ella, es hacer esas visitas, las consejerías a las familias y que los niños salgan de ese riesgo (...) allí ella trata temas de alimentación, prácticas de higiene y de esta manera, que el niño salga del riesgo nutricional donde se encuentra” (H1 Acompañante Técnica SCD)

Las Madres Guías 1 y 2, cumplen también con la realización de visitas a las familias – al igual que la Madre Guía 3 – sin embargo, tienen bajo su responsabilidad una menor cantidad de niños y niñas,

“...también ellas (Madres Guía 2 y 3) cogen una cierta cantidad de niños, de repente, acá en Capillapata, tenemos 50 niños con riesgo, entonces la señora Angélica, que es la Guía 3, coge a los 30 niños menores de 2 años, y el restante, cogen las otras dos, para que también hagan sus visitas” (H1 Acompañante Técnica SCD)

La Acompañante Técnica toma igualmente, un número muy reducido de familias, bajo su responsabilidad, con el fin de apoyar el trabajo de acompañamiento,

“...la Acompañante Técnica puede coger dos o tres (familias) y hacer sus visitas” (H1 Acompañante Técnica SCD)

➤ EL TRABAJO DE APOYO Y ORIENTACIÓN A LAS MADRES CUIDADORAS

El vínculo que las Madres Guía establecen con las **Madres Cuidadoras**, es la de orientación sobre sus actividades de cuidado y sobre la marcha en general del CCD; en esta perspectiva, la asesoría que brindan, alcanza a la relación que se ha de establecer con las cuidadoras principales y las familias,

*“¿Ha escuchado alguna duda? Alguna duda, así de la diarrea (...) “tienen diarrea los niñitos”, así dicen” (...) dos sobres, así le habrá dado. **¿Solamente, eso de la diarrea o alguna otra cosa ha escuchado?** No, eso nomás de la diarrea, o de repente, ¿qué será? En primeriza le chocará (...) por*

eso, yo quisiera que traigan a las Madres Guía, para que nos vean constante, cómo estamos...” (H1 Madre Cuidadora SCD1.1)

“En esos locales Familiares (CCD conducidos por una Madre Cuidadora) lo que hacemos es que la Guía, está más permanente ahí también, o mi persona también está visitando más constantemente, para que la (Madre) Cuidadora también pueda ejecutar sus experiencias de aprendizaje (...). Aunque hay Cuidadoras que son muy buenas, se organizan muy bien” (H1 Acompañante Técnica SCD)

Durante las observaciones en el CCD, en las cuáles se ha encontrado presente la Madre Guía, se ha podido constatar, el apoyo que brindan a las Madres Cuidadoras, en las actividades cotidianas, pero también orientando y señalando las áreas que precisan reforzarse. La **capacitación** de las Madres Cuidadoras, constituye otra de las responsabilidades de las Madres Guía, siendo vital su aporte no sólo en las orientaciones de cómo proceder con la preparación del MMN, sino haciendo el respectivo seguimiento del desempeño de las Madres Cuidadoras, en lo que concierne a las actividades de enseñanza-aprendizaje que desarrollan con los niños y las niñas,

“...en ese campo señorita, nos ha capacitado (se hace referencia al personal de salud) tanto a las Guías y a las Madres Cuidadoras, y a las Guías nos han capacitado como refuerzo, para nosotros, poder a ellas, hacer el seguimiento en el Cuna, si están cumpliendo, con lo que se les ha dicho o no” (comunicación personal Madre Guía; SCD-Yauli)

“En esos locales familiares (se refiere a los Hogares de Cuidado Diurno, atendidos sólo por una MC) lo que hacemos es que la Guía esté más permanente ahí también o mi persona también está visitando, más constantemente, para que la (Madre) Cuidadora también pueda ejecutar sus experiencias de aprendizaje, de acuerdo a las debilidades; aunque hay Cuidadoras que son muy buenas, se organizan muy bien” (H1 Acompañante Técnica SCD)

➤ EL TRABAJO CON LAS FAMILIAS USUARIAS

En lo que concierne al **trabajo con las familias usuarias**, el rol de la Madre Guía 3, resulta altamente, significativo en la **experiencia de las cuidadoras principales**. Destaca por su presencia en los hogares - en contraste con el personal de salud - y a través de las orientaciones que imparten sobre el cuidado del niño y de la niña,

“¿Alguna vez han ido a su casa y le han explicado o le han hablado sobre Chispitas? (...) la señora, Madre Guía nomás (...) viene a nuestra casa ella” (H2 cuidadora principal usuaria SCD4.1)

“Y a su casa, ¿vienen, le preguntan si su hijo consume las Chispitas, cómo le está dando? Bueno, la señora E (Madre Guía) nomás” (H1 cuidadora principal usuaria SCD2)

“...aparte del enfermero, ¿había otra persona que te decía si le estás dando Chispita a tu bebito, le preguntaba? De la Cuna, de Madre Guía 3, me decía” (H2 cuidadora principal usuaria SCD1)

Su figura es realmente, crucial, pues se le reconoce como referente de orientación, a la par que el personal de salud,

“Y si tiene, por ejemplo, usted algún problema, ¿no?, acerca de lo que está comiendo Chispitas con su niño. Que no quiere comer, que de repente, está viendo que le da náuseas o vomita. ¿A quién consulta usted acerca de eso? (...) Ah. Madres Guías, a ellas, a Posta llevamos” (H2 cuidadora principal SCD4.1)

“¿Y ha escuchado quizás, a algunas mamitas que tengan dudas sobre las Chispitas? Por ejemplo, que de repente, no saben cómo se prepara, no saben cuántas cucharitas separar, para mezclarlos (...). Sí, una mamá habló, “yo quiero que me visite la Madre Guía 3, para que me explique cuántas cucharadas voy a separar, cuántas cucharadas voy a hacer comer a mi bebé”, así dice ella a la Madre Guía 3” (H2 cuidadora principal usuaria SCD1)

Así, las visitas periódicas que realiza principalmente, la Madre Guía, constituyen espacios privilegiados de indagación y orientación más cercana, sobre diversos aspectos relacionados con el MMN, entre ellos su recepción oportuna en los controles CRED y su consumo. La Madre Guía, instruye y brinda información sobre diversas prácticas de alimentación y en lo que concierne al MMN, alienta su consumo y da indicaciones sobre su preparación adecuada. Asimismo, se interesa y brinda información sobre el cuidado y la salud en general, de los niños y de las niñas,

“...nos visita la señora E (Madre Guía) ¿cada cuánto tiempo? (...) siempre viene a revisar la tarjeta de control, siempre está anotando cómo estás el niño, cómo está yendo, o sea, cómo está el avance” (H1 cuidadora principal SCD2)

“¿A usted le preguntan si esta su niño consumiendo las Chispitas? Si (...) ¿Quién le pregunta? Acá del Cuna Más, hay una señora que viene y está al tanto, cómo está la alimentación de los niños y nosotros con ella conversamos y nos explican cómo hacer. ¿Y cómo se llama? La señora E (Madre Guía). ¿Ella es la que les explica? Sí” (H1 cuidadora principal SCD2)

“¿Y qué le ha dicho la señora B (Madre Guía)? “En su almuerzo le das, en su segundo, así separando y le haces comer”, me dijo” (H2 cuidadora principal SCD4.2)

En este escenario, resplandece igualmente, la figura de la **Acompañante Técnica**, interesándose por la práctica de consumo de la cuidadora principal,

“¿Y alguien más le pregunta (...) si está comiendo (el MMN) aparte del doctor de la Posta (...)? Aquí también nos dice pues, señorita. ¿Y quién le dice eso? En Wawa Wasi los que trabajan, la señora T (Acompañante Técnica), también está preguntando. Y ¿qué cosa le pregunta a ella, qué le dice? “¿Le estás dando o no?” me ha dicho” (H2 cuidadora principal SCD4.2)

“...no tomaban importancia (se refiere a las CCP, respecto al MMN) entonces, nosotras, como íbamos cada una en su casa, a las familias usuarias, ya podíamos explicarles “por qué debíamos de consumir y para qué” (H2 Acompañante Técnica SCD)

La proyección de la Madre Guía – en virtud de su conocimiento y cercanía con las familias – se extiende más allá del ámbito de atención del CCD, alentando la participación de aquellas que aún no se incorporan al Programa, así como el consumo del MMN,

“Y me decía que a veces, también la Madre Guía venía a preguntarle ¿cada cuánto tiempo venía ella a preguntarle? Cada un mes (...) la Madre Guía ¿qué cosa le ha dicho? ¿Por qué no está recibiendo Chispitas? ¿Le ha preguntado? Sí. La Madre Guía 3, me dice, habla, “llévale a la Cuna, para que reciba su Chispita”. Claro, porque su bebido todavía no es usuario ¿no? Ujum” (H2 cuidadora principal SCD1)

Dada su labor de seguimiento de las familias, conoce de manera cercana si éstas reciben o no el MMN; así por ejemplo, al constatar que el establecimiento de salud, no lo entrega a una determinada familia, que lo requiere, se acerca e indaga las razones y promueve su pronta entrega. Asimismo, coordina visitas domiciliarias con el personal de salud, apoyando y facilitando la comunicación con las familias, dado su dominio del quechua,

“...mi Tercera Guía, constantemente, está yendo (al establecimiento de salud) para ver control, peso y talla, para conversar acerca de las Chispitas (...) ¿qué cosa es lo que ella va a conversar? Con el doctor conversa (...) “doctor, este niño no recupera, ¿estás dando Chispitas a su mamá? No estás dando” (...) le dice, “¿estás dándole o no le estás dándole doctor?”, entonces, viene acá “señorita, tal persona no recibe o no pide, o no va”. Entonces, justamente, había hecho su cronograma, “señorita, tenga mi cronograma, voy a salir con el doctor, para ir a hacer peso, talla a sus casas” (H2 Acompañante Técnica SCD)

(b) Región Piura

➤ EL TRABAJO CON LAS FAMILIAS USUARIAS

El rol de orientación y acompañamiento a las familias, representaría una de las funciones más significativas y reconocidas de la Madre Guía, por el conjunto de actores,

“Y los niños, por ejemplo, que tienen bajo peso, ¿Cómo hacen con ellos? (...) hay una Guía que visita a las familias, contacta con la familia (...) y le dice, “señora, quiero hablar con usted, su niño está en bajo peso, está en riesgo” (P2 Comité de Gestión SCD)

“La Madre Guía es la encargada de visitar a las familias y ver a los niños” (P2 Madre Cuidadora SCD2.1)

“Está la Madre Guía, cuando los niños están en riesgo, ella va y se les hace visita...” (P2 cuidadora principal SCD3)

El acceso a una fuente de referencia y orientación cercana, revela la importancia de la figura de la Madre Guía; abre un espacio u oportunidad para la formulación de preguntas, muchas veces fundamentales, que en otros ámbitos no siempre se encuentran,

“Yo nunca le he preguntado nada, más bien, ella me decía (se refiere a la Madre Guía) que las Chispitas se las diera (...). Ella me decía, “vente para explicarte”, y ya en eso, yo me preguntaba, por qué será tanto eso de las Chispitas, “porque es importante” me decían, “le abre el apetito a comer” (P2 cuidadora principal SCD4)

En esta cita, se articulan aspectos fundamentales sobre la calidad, metodología y contenido del acompañamiento. Se nos revela su carácter crucial y determinante en el proceso de consumo. En primer lugar, notemos que la Madre Guía ayuda a resolver un problema presentado por la cuidadora principal; ésta ha recibido como indicación que el MMN, debe ser consumido con menestras, sin embargo, su niña no recibía las menestras, planteándose para la madre, una primera valla a remontar, si sigue la indicación de no preparar el MMN, en comidas de consistencia aguada, como las sopas. Al exponer sus dificultades a la Madre Guía, ésta le proporciona varias orientaciones estratégicas que le permiten superar el rechazo a cierto tipo de alimentos por parte de la niña, pero sobre todo, destaca la importancia y el sentido del consumo del MMN,

“...me dijeron que en la sopa no se lo eche, sino en la menestra, pero ella primerito (se refiere a su hijita) no me comía las menestras. Ahí me dicen que le explique qué comida están comiendo, tengo que decirles, “ahí estás comiendo menestra, arroz, sopa, fideos”, todo eso y me dijeron que tengo que explicarle a mi niña, “tienes que explicarle, para que ella aprenda qué está comiendo”, eso es lo que dice la Madre Líder, que tengo que dar las Chispitas, porque es importante para la anemia”, en todo que le comience a dar, los hígados, el bazo, todo eso me dijo” (P2 cuidadora principal SCD4)

Es evidente que contar con un referente con el cual se establecen relaciones de apertura y confianza, preparado para dar recomendaciones específicas, se convierte en mejor garantía, para sostener una práctica, que requiere lidiar con diferentes niveles de dificultad, entre ellas, la articulación de prácticas previas de alimentación de la madre y la necesidad de introducir cambios para el consumo del MMN – en ocasiones, divergentes, requiriendo un mayor esfuerzo de la madre y la adaptación del niño o de la niña.

Diversos aspectos son materia de seguimiento y orientación, de la Madre Guía, entre ellos, indagar sobre la asistencia a los controles CRED, promoviendo su cumplimiento y puntualidad, apreciándose igualmente, el carácter sistemático de las visitas,

“¿Cada cuánto tiempo viene ella? Casi viene, más seguro, cuando estoy ya yendo a mis controles y ya ella me dice, “si estás yendo a tus controles” y yo le digo que “sí” (P2 cuidadora principal SCD4)

Si bien el cuidado de los niños y las niñas, se encuentra en general, en el centro de la preocupación, especial atención se dirige a la alimentación y al seguimiento del consumo del MMN,

“¿...y acá te vienen a ver (...) si estás dándole? Ella, la Madre Guía (...) me pregunta si le estoy dando las Chispitas, ya me dice pues, que le dé bastante fruta (...) que le dé hígado de vaca, hígado de chivo que le dé...” (P2 cuidadora principal usuaria SCD4)

“¿a quién le avisan, cómo hacen en esos casos en que el niño deja de consumir? Bueno, en mi caso todavía no dejan de consumir pero...sí se deja de consumir (...) en ese caso, primero le preguntaríamos a la mamá por qué. ¿Por qué dejó? Claro. Claro. Y... en ese caso ya le comunicaríamos a la Madre Guía que lo registra... las fichas, nos pide los carnets de vacunas y ya le comunicaríamos a ella” (P2 Madre Cuidadora 2.2)

(c) Región Ucayali

➤ EL TRABAJO DE APOYO Y ORIENTACIÓN A LAS MADRES CUIDADORAS

Las Madres Guía, brindan de manera cotidiana no sólo apoyo en las tareas de cuidado, sino sobre todo, orientación a las Madres Cuidadoras, en aquellas áreas en las cuáles se requiere aún, refuerzo y se encuentran dudas y dificultades (por ejemplo, manejo y conducción de las actividades de aprendizaje). Representa el referente de orientación más cercano, para las Madres Cuidadoras,

“...más está la Madre Guía, porque ella está permanente con nosotras (...) con ella estamos casi diario”
(U1 Madre Cuidadora SCD1)

Orientan respecto a las actividades educativas, de alimentación y de cuidado, que se desarrollan en el CCD.

➤ EL TRABAJO CON LAS FAMILIAS USUARIAS

Se va a subrayar las labores de sensibilización, acompañamiento y capacitación que cumplen las Madres Guía, directamente, vinculadas con las familias usuarias, son ellas las que promueven el consumo del MMN y ayudan a esclarecer las dudas, brindando orientación, en torno a las dificultades que encuentran las cuidadoras principales. Los temas que abordan versan sobre el cuidado y la salud de los niños y de las niñas,

“...también se les capacita a las familias, las Madres Guías (...) ahí están siempre visitando, para ir sensibilizando a las mamás (...) siempre visitan, familiarizándolas (...) con lo que es Chispitas, para que no dejen de dar, porque es continuo, no tienen que recibir y guardarlo o botarlo tampoco” **(U1 Comité de Gestión SCD)**

“...las (Madres) Guías van a hacer las visitas, llevando temas, lo que es prácticas saludables, consumo de las Chispitas, para prevenir la IRA, la EDA...” **(U1 Acompañante Técnica SCD)**

Las Madres Guía trabajan de manera coordinada con las Madres Cuidadoras, quiénes están constantemente, informando qué niños no han recibido sus vacunas; cómo van evolucionando o qué problemas presentan.

Cada familia cuyo niño se encuentra en riesgo nutricional, recibe dos visitas mensuales de la Madre Guía. La Acompañante Técnica, considera no obstante, que lo ideal sería visitar al conjunto de niños usuarios y sobre todo, a aquellos niños que *no consumen el MMN*,

“...pienso que sería a todos los niños (...) para mejorar no sólo a esos treinta niños que tenemos seleccionados, sino más que todo, a los niños que no consumen (...) para mí sería, a todos los niños usuarios” **(U1 Acompañante Técnica SCD)**

Es interesante la recomendación explícita del Presidente del CG a las Madres Guía, quiénes deberían motivar a las cuidadoras principales a sincerarse respecto al consumo, *“que te digan la verdad, si no le ha dado, pues no le ha dado y si sí le ha dado, en buena hora”*. El tema del consumo efectivo, como observamos, representa un área crítica, sobre la cual, no se cuenta aún con conocimiento claro **(U2 Comité de Gestión SCD)**.

Desde la perspectiva de la cuidadora principal usuaria, se destaca sin duda, la figura y presencia de la Madre Guía en los hogares; quién se interesa por la recepción del MMN y por su consumo,

“¿Te vienen a preguntar si él consume o no lo consume? Sí. ¿Quién te viene a preguntar? La doña D. de acá (se refiere a la Madre Guía). ¿Y aparte de ellas, otra persona que venga a verlo o a fijarse? Ellos nomas vienen...” **(U1 cuidadora principal SCD1)**

“¿Acerca de las Chispitas, qué le dicen en la Cuna? ¿Cómo van? Sí, si lo estás consumiendo (...) todo eso te preguntan, cuándo visita doña E (Madre Guía)” **(U1 cuidadora principal SCD4)**

Promueve igualmente, la *importancia del consumo del MMN*,

“...¿alguien ha visitado su casa y le ha hablado sobre las Chispitas? Sí la señora D (Madre Guía) vino (...) ¿Qué le ha dicho? Ella también así me ha dicho, que también es bueno, pero no le hace a mi bebe, le da infección” **(U1 cuidadora principal usuaria SCD2.2)**

Las Madres Cuidadoras participantes en el Grupo Focal, destacan el fuerte trabajo que realizan las Madres Guía - *“andan duro”* - pues deben recorrer la mayoría de casas **(U1 GF Madre Cuidadora SCD1)**.

(3) Sub-dimensión: Las Madres Cuidadoras y su relación fundamental con las Cuidadoras Principales

En este acápite se aborda la relación que se establece entre la Madre Cuidadora y la cuidadora principal; es importante anotar que el intercambio que se establece, no se plantea dentro de un marco diseñado para brindar orientación específica. El intercambio se produce de manera informal, en los momentos de encuentro durante la jornada diaria en el CCD, siendo los momentos más propicios, al ingreso de los niños y las niñas y al finalizar la jornada, cuando las cuidadoras principales, se acercan a recogerlos. Dado que las Madres Cuidadoras conocen acerca del MMN, su importancia y beneficios; los criterios a seguir para su preparación adecuada, además de pautas para hacer del momento de la alimentación un momento de interacción satisfactoria entre cuidadora principal y niño o niña; podrían jugar un rol importante de orientación, si contaran con espacios estructurados de encuentro con las cuidadoras principales.

(a) Región Huancavelica

Los momentos más característicos de encuentro con las cuidadoras principales, se producen al dejar y recoger al niño o a la niña del CCD; momento en que se solicita y se brinda información sobre las incidencias del día. Como señalan las Madres Cuidadoras, algunas cuidadoras principales, **“todo preguntan (...) ¿ha jugado o no ha jugado? ¿ha comido?”**. Si bien no existe un espacio sistemático de información sobre el consumo de los niños y de las niñas, a las cuidadoras principales; se aprovechan los espacios cotidianos de encuentro en los CCD, para intercambiar sobre aspectos generales de alimentación y del consumo del MMN; tal como la **experiencia de las cuidadoras principales**, destaca,

“¿Y qué le dicen acá en el Wawa Wasi acerca de cómo le va a su niño con las Chispitas? Sí está bien ¿Qué le ha dicho la (Madre) Cuidadora? Si come dice. Ah, eso le ha dicho, que si come. Sí señorita. ¿Algo más le ha dicho la cuidadora? No señorita. ¿Eso no más? Que si come. Sí, si come, si termina” (H2 cuidadora principal SCD4.1)

“Y por ejemplo, cuando le dicen acá en el Wawa Wasi, usted me dice que lo ve, pero ¿la Cuidadora también le dice “E” come su chispita o no le dice nada? Sí, me dice, señorita. ¿Y cada cuánto tiempo le dice que sí está comiendo o que no está comiendo Chispitas la cuidadora? Diario. (...) Sólo le dice a usted solita o reúne a las mamitas “tu bebito sí está comiendo – tu bebito sí está comiendo”. La Cuidadora misma no reúne. Nosotros miramos a la hora de almuerzo. Yo voy y vemos quien quiere comer...” (H2 cuidadora principal SCD4.2)

El enlace con la recepción del MMN y el *consumo en casa*, resulta también un tema importante de intercambio. El interés que se muestra al preguntar si se está brindando el MMN - no ampliándose por ejemplo, a la indagación de cómo se está preparando o más profundamente, por la aceptación del bebé - comunica sin embargo, un *contexto* comprometido y orientado a promover el consumo del MMN,

“¿Y las Madres Cuidadoras también le preguntan, si te están entregando Chispita? Sí. ¿Si le están dando en su casa? Ajá” (H2 cuidadora principal SCD4.1)

El rol crucial de la Madre Cuidadora, asegurando el consumo efectivo del MMN, en el ámbito de los CCD; se plantea aún mayor, al alentar a las cuidadoras principales a mantener la regularidad de la práctica, los días en que no se brinda atención; así como a entregar con puntualidad el MMN, incentivando y recordando a las cuidadoras principales, a acudir a sus controles CRED con regularidad,

“Pa’ que le den en su casa, los sábados y domingos...le digo, “no vayas a olvidar, en dos cucharadas le tienes que dar. Deben hacerle comer en segundo, en sopa no !!!”. Mi mamá (se refiere a una CP) me ha dicho, “le doy en quaker”, “no, en quaker no, hijita, en segundito !!!”. La señorita (se refiere a la AT) nos ha explicado, “no le vas a dar en eso, que en eso no sirve para nada, en espeso se da, porque pesa más” (H1 Madre Cuidadora SCD1.1)

“En tu reunión de socialización que tuviste de Chispitas con las MMCC, ¿Qué temas trabajaste con ellas? Primeramente, el preparado, cómo deben preparar y cómo deben hacer consumir a los niños las Chispitas (...) Y también (...) que las Mamás (Cuidadoras) también conversen con las familias usuarias, cómo deberían de dar las Chispitas a sus hijos, los días sábados y domingos. Claro, tenía mi

reunión con las familias usuarias, pero como diariamente, ellas están en más contacto con las mamás, entonces, ellas para que les refuercen” (H2 Acompañante Técnica SCD)

Sin embargo, la realidad del consumo durante los fines de semana y ya bajo responsabilidad de la cuidadora principal, constituye un campo sobre el cual no se puede hablar con certeza. Eventualmente, la Madre Guía 3, encargada de realizar las visitas domiciliarias, podría verificar si el niño o la niña está consumiendo, si llegara en el momento en que la cuidadora principal lo brinda (observando de esta manera, cómo se está preparando el MMN y es consumido),

“¿Y ustedes tienen algún tipo de control, en relación al consumo (los fines de semana)? Ese es el pro...o sea (...) la (Madre) Cuidadora le entrega a la familia, para que le dé sábado y domingo y le dice, “tienes que darle en el almuerzo, así como le hemos dado” (...) pero cómo saber si le ha dado o no le ha dado. También a veces, de repente, la mamá afanada en tantas cosas, o como también, hay mamás muy responsables que sí le dan, pero hay otras que de repente, en la chacra, a lavar a los hermanitos, ni le dan” (H1 Acompañante Técnica SCD)

“¿...tienen algún nivel de seguimiento, a ese consumo del sábado y domingo? ¿le preguntan algo a la mamá? Claro, los días lunes que entrega la mamá, la Cuidadora tiene que preguntar sobre el niño, cómo está ingresando, tiene que observar y preguntar también a la mamá ¿no? si ha estado enfermo (...) “¿tu niño ha estado enfermo? ¿qué ha pasado? ¿ha consumido sus Chispitas?”, pero la mamá, te puede mentir también (...) tendríamos que estar en la casa y ver lo que consume, pero ella dice pues, siempre te va a decir, “sí, sí le he dado” (H1 Acompañante Técnica SCD)

“¿Y tú sabes qué es lo que pasa, sábado y domingo en las familias usuarias (respecto al consumo)? En sí, nosotros les decimos (a las CCP) pero no sabemos en la práctica” (H2 Acompañante Técnica SCD)

Asimismo, las Madres Cuidadoras muestran de manera directa, que el niño o la niña, recibe sin mayores dificultades el MMN; esta constatación resulta fundamental, en aquellos casos en donde se hace referencia al rechazo al MMN y a las dificultades que enfrentarían las cuidadoras principales (esta comunicación muestra a la madre que es posible lograr el consumo y en este marco, la Madre Cuidadora se convierte en otra excelente guía de cómo ir superando los problemas que se plantean),

“¿Las madres les preguntan cómo están comiendo las Chispitas? Sí, “sí le come tu hijo, ustedes no quieren, pero tu hijo sí come acá”, nos dicen, “ah ya tía”. Algunos vienen a la hora del almuerzo y le miran que está comiendo (...) una mamá nos dice, “tía, así preparo y no quiere comer, me bota, nada, aquí come tranquilo” nos dice, “por eso, te estoy diciendo, tráigame para que coma”, “cuando me den, voy a traer”, nos dice” (H2 Madre Cuidadora SCD1.1)

“...recién este año de Cuna Más, tenemos que pedir Chispitas que traigan, porque tienen que comer sus niños, nos han explicado. A sus mamás les decimos, “dice que me vas a dar las Chispitas, a veces, ustedes se olvidan en sus casas, a veces, cocinaron sopitas, se olvidan, aquí como almuerzan segundo, viene para preparar. Mamás que tienen Chispitas nos dan, algunas que no reciben nomás, no nos traen” (H1 Madre Cuidadora SCD1.1)

Un aspecto que ilumina el rol capital de la Madre Cuidadora, lo constituye la cotidianeidad de la relación que se establece con los cuidadores principales (principalmente, madres y hermanos mayores de los niños a su cuidado). La cercanía y profundidad de las relaciones, establece un contexto favorable para el desarrollo de espacios más estructurados de información y orientación sobre el cuidado y la salud de los niños y las niñas. La Madre Cuidadora, maneja información central sobre el desarrollo del consumo, que debería canalizarse; pues conocen y observan los gustos y preferencias de los niños, respecto a alimentos y preparaciones que facilitarían la aceptación del MMN; muestran dominio respecto a su preparación adecuada; además, cuentan con recursos metodológicos que ayudan a hacer de la alimentación un momento agradable y de aprendizaje para el niño o la niña, los cuáles podrían ser compartidos con la cuidadora principal.

Diversos temas constituyen materia de orientación de la Madre Cuidadora; se brinda tranquilidad, en relación a las **reacciones secundarias** que provocan rechazo y temor entre las cuidadoras principales, explicando que se tratan de efectos temporales y que constituyen parte del proceso de adaptación normal del organismo. Se sugiere igualmente, cómo proceder en la **preparación del MMN**, haciendo especial énfasis en aquellos aspectos, considerados más difíciles de seguir (como la consistencia de las preparaciones),

“¿Y cómo explicó a las mamitas de los bebitos que cuidan, sobre las Chispitas? Pa’ que le den en su casa los sábados y los domingos... le digo “no vayas a olvidar. En dos cucharitas le tienes que dar. Deben hacerle comer en segundo, en sopa ¡no!...algunos le dan en sopa. Mi mamá me ha dicho... “le doy en quaker, no en quaker ¡no!, hijita... en segundito” (...) “le doy en la leche” ... “no ahí ¡no!” le he dicho. Es más que nada en el segundito...¿Eso es lo que le dicen a la mamá cuando viene? Sí, eso le digo” (H1 Madre Cuidadora SCD1.1)

Otro aspecto que conforma materia de intercambio cotidiano con la cuidadora principal, lo constituye la **importancia del consumo**.

La práctica de consumo en el hogar – durante los fines de semana – días en los cuáles no acude el niño o la niña al CCD; constituye en general, un área poco conocida, dado que no se puede afirmar con certeza que se produzca un consumo efectivo. Se conoce sin embargo, que aún persistirían dificultades en la aplicación adecuada de indicaciones de preparación del MMN,

“¿Y cómo hacen los días que no están acá los chiquitos? Para sábado y domingo, las mamás se hacen quedar, entonces nos dan hasta viernes; para sábado y domingo, ellas ya lo tienen en su casa, de vuelta para el lunes, ya nos da, hacemos así. ¿Y les darán en su casa? Qué tal señorita, no miramos pues, cómo será le dará pues, pero el chiquito me dice si hay Chispitas, como los niños ya saben que es Chispitas, pide a su mamá, como ya están acostumbrados (...). Y ¿ustedes les preguntan si les han dado sábado, domingo? Si preguntamos, le decimos “sus Chispitas, sábado y domingo, en su casa tienen que dar” eso diciendo se van, “sí vamos a dar”, pero el lunes le decimos, su mamá dice sí, ¿pero dará?, ¿Cómo será?” (H2 Madre Cuidadora 1.1)

Asimismo, es posible acercarse a las prácticas de alimentación y cuidado de las cuidadoras principales, revelando problemas relacionados con la diversidad de actividades que la cuidadora principal debe conjugar o el acceso a recursos, que retratan una suerte de discontinuidad entre prácticas de cuidado entre la familia y el CCD,

“En sus casas, a veces, las mamás no les dan, se olvidan o a veces, le dejan, a veces, su sopita nomás, hacen en la tarde, en la mañana y no le dan pues, como acá nosotros, estamos más dedicados a los niños, nomás nosotros en su almuerzo le damos, esas mamás se olvidan, apuradas en la mañana, se van con su animal, no paran en sus casas. ¿Y los chiquitos? Con sus hijitos, cuando no tenían, no había este Cuna Más, cargado a sus hijos, llevando su fiambre, eso unito nomás comía, ni comía mucha fruta, nada” (H2 Madre Cuidadora 1.1)

(b) Región Piura

Las Madres Cuidadoras suelen informar las incidencias de la jornada a la cuidadora principal, cuál ha sido por ejemplo, el comportamiento del niño o de la niña, durante las diversas actividades educativas, lúdicas y de alimentación,

“decirle (a la CP) que si comió su hijo o no quiso comer, para que ella también sepa (...) por ejemplo, yo tengo una niña que no quiere comer, hay que comunicarle a su mamá, ella ya verá lo que tiene pues. O sea, para decirle “algo raro tiene esta niña, mejor mira tú también”. Si sí, hay que informarle todo, porque no vaya a ser, que su mamá no se entere...” (P2 Madre Cuidadora SCD 2.1)

Si bien hallan resonancia, en la preocupación e interés que manifiestan las cuidadoras principales, al ser informadas; es posible encontrar algunos casos que no mostrarían mayor compromiso, con el crecimiento y desarrollo del niño o de la niña.

Entre los temas que constituyen materia de intercambio con las cuidadoras principales, encontramos que esta Madre Cuidadora alcanza algunas observaciones sobre las prácticas de alimentación que considera inadecuadas, tales como el predominio en la dieta, de sopas, además del ofrecimiento de *chicha* a los niños y a las niñas. Estas observaciones, no siempre son bien recibidas por las cuidadoras principales, tal como señala la entrevistada,

“...la sopa no es tan nutritiva para los niños (...) trato de decirles a las mamás que no es tan nutritiva, porque además, mucho lo hacen cocinar pues, ya pierde su consistencia. Me dice que a veces, ya llegan a la casa y siguen comiendo la sopa (...) Y a veces también, la costumbre, si hasta le dan chicha a los bebe y les hace daño (...) yo les digo a las mamás que no les den, pero a veces, un poco que se molestan Y ¿por qué se molestan? Es que a veces, se les enferman y luego dicen que los

alimentos de la Cuna, les había hecho daño, pero es por la chicha que toman, acá le damos su mazamorra y van y le meten algo fuerte” (P2 Madre Cuidadora2.1)

Asimismo, se anima a la cuidadora principal a mantener la regularidad en su asistencia a los controles CRED, cumpliendo así con el seguimiento del peso y talla de sus niños, la vacunación respectiva y la recepción del MMN,

“...a veces se retrasan con las vacunas de los bebés. Yo les hago acordar pues (...) porque acá hay una Madre Guía y ella va, está al tanto de los controles, qué día les toca, qué mes y todo eso (...) nosotros le hacemos recordar a la mamá, que tiene que llevar a su niño, tal día al C.S., que le toca su control CRED. A veces hay mamás que se olvidan, nosotros les hacemos recordar” (P2 Madre Cuidadora2.2)

Las Madres Cuidadoras refieren que algunas cuidadoras principales, se rehúsan a entregar el MMN en el CCD o en general, rechazan su consumo, pues le atribuyen efectos que consideran perjudiciales para sus niños o niñas; frente a esta afirmación algunas Madres Cuidadoras manifiestan que no manejan argumentos o conocimientos específicos, que podrían brindar seguridad a las cuidadoras principales. Al no tener claridad en este aspecto, resulta difícil orientar, además, existiría el temor de insistir (dada la eventualidad de algún episodio negativo y que se atribuya a la acción de la MC),

“¿Usted trabaja con las Chispitas acá? Sí, a algunos bebés, otros no les traen, otros no les traen, ¿sabes por qué?, porque dicen que no les cae bien, que les hace mal, les hace hacer diarrea (...) y no le dan” (P2 Madre Cuidadora2.2)

“...ella dice (se refiere a la CP) que en su casa (su hijita) estuvo con diarrea toda la tarde, toda la noche (...) no la trajo al siguiente día, ni al otro día y entonces, le pregunté por qué motivo, me dijo que se había enfermado y que tal vez era por las Chispitas (...) pero tú no estás convencida que sea de las Chispitas, la diarrea. No estoy convencida. Pero tampoco estás convencida que no haya sido de las Chispitas Ah (...) ¿y la chiquita sigue viniendo? Sí, pero no quiere que le de los micronutrientes (...) su mamá dice que no, que se le va a enfermar y no puedo ir contra ello (...) ¿Y puede ser por el micronutriente? Puede ser. ¿Qué piensa usted? Yo pensé que sí, porque yo le ví, al día siguiente se enfermó y de allí ya no la trajo como una semana y estuvo en doctores” (P2 Madre Cuidadora2.1)

Al parecer el tema de insistir o plantear el consumo del MMN, frente a la renuencia explícita de la cuidadora principal, podría llegar a ser materia de una reacción airada, zanjando cualquier posibilidad de diálogo,

“Si tú le preguntas a la mamá, te dice que “no”, que no le quiere dar, que no la jodas...y si le preguntas mucho, pueden decir, esa señora, es muy preguntona, hasta ve cómo va su hija, cómo viene...” (P2 Madre Cuidadora2.1)

La Acompañante Técnica, consultada sobre tales casos, recomienda aconsejar a la cuidadora principal, acuda al establecimiento de salud y se consulte sobre los efectos que se observan en los niños y se asocian con el MMN. Como podemos apreciar, no se sigue por ejemplo, una indagación sobre la forma, cómo la cuidadora principal prepara el MMN; en qué tipo de preparaciones; qué tipo de alimentos utiliza y prefiere el niño o la niña; aspectos que permitan establecer en dónde podría residir la dificultad del consumo,

“... nosotros le consultamos a la señorita L (AT) y ella nos dice, pues, que nosotras les digamos a las mamás: “si las Chispitas les caen mal” (...) les digamos a las mamás que vayan al C.S., le digan, le den a saber eso...a la enfermera, ¿no? Que lo ve en el control y de repente, le da otro suplemento” (P2 Madre Cuidadora2.2)

“¿Y qué se hace cuando estas madres no les dan a los niñitos sus Chispitas, se les habla, se les conversa con ellas? Bueno, sí le digo, le digo a las mamás, “no yo no le doy, porque le hace mal, les da diarrea” o cuando lo comen, dicen... o sea, como que les agarra que quieren arrojar. Yo les digo “pero cómo pues, consúltele a la señorita enfermera” (P2 Madre Cuidadora2.2)

Las Madres Cuidadoras entrevistadas, si bien comunican que han sido capacitadas sobre el MMN, evalúan que requieren un mayor refuerzo, base para brindar una orientación más completa y específica a la cuidadora principal,

“...a veces uno...no sabe tanto ¿no? A veces, uno no sabe pues. Quisiera pues... si hubiera una capacitación, cuánto más, más aprende uno” (P2 Madre Cuidadora 2.2)

(c) Región Ucayali

La Madre Cuidadora **promueve** en primer lugar, que la cuidadora principal, **entregue el MMN al CCD** para su consumo, tal como esta cuidadora principal señala,

“¿Qué te animó a dárselos (el MMN) allá (en el CCD)? Porque me los pidieron también. Ahí te los pidieron. Tenía que llevárselo, para que ellas le den (se refiere a las Madres Cuidadoras)” (U2 cuidadora principal SCD1)

Esta responsabilidad de promover y motivar la entrega del MMN, es señalada por este miembro del Consejo de Vigilancia,

“...cuando tú te vas a dejar a tu niño, te dicen, “sabes qué señora, ¿aparte tiene sus Chispitas? ¿le han entregado?”, “sí” (...) en cambio, cuando uno no le lleva al Centro (CCD), ya entonces sí le insiste...” (U1 Consejo de Vigilancia SCD)

En ocasiones, la entrega no se produce sin dificultades o pudiera igualmente, no producirse, pues la cuidadora principal hace referencia a los posibles efectos perjudiciales que suelen asociarse al MMN, como la presencia de diarreas o estreñimiento, por lo cual, es necesario, brindar orientación más amplia sobre la importancia que tiene respecto a la *prevención de la anemia*; como esta Especialista informa,

“De las mamás que llevan a la Cuna, ¿Cuánto porcentaje será las que entregan las Chispitas? Generalmente, tenemos todas las Chispitas nosotros (...) pero hay mamás que no nos firman la carta de autorización (...) tienen la idea que la Chispita les hace daño, les estriñe, les da diarrea, pero cuando se les orienta, se les explica (...) que solamente, es para la prevención de la anemia, como que ya se toma conciencia y sí permiten...” (U Especialista en Nutrición SCD)

Otra de las tareas que cumple la Madre Cuidadora es la de informar cómo se da el consumo de los niños y de las niñas a nivel general y respecto al MMN, tal como estas cuidadoras principales comunican,

“¿...le informan que está comiendo Chispitas (en el CCD)? Sí, sí, así cuando me voy, les pregunto y me dicen que están comiendo (...) ¿Pero no hay, la niñita no tiene ningún problema entonces, de comer las Chispitas? No, no, no, come, ajá, porque así me dice la señorita, todo me dicen, “ella come todas su comida, señora” (...) o sea le das su comida, come, no sería problema de darle su Chispita” (U2 cuidadora principal usuaria SCD4)

“¿Y él lo comía también ahí (en el CCD)? Sí lo come...me dijeron que sí lo comía, no sentía la diferencia” (U2 cuidadora principal usuaria SCD1)

Las Madres Cuidadoras van a destacar precisamente, la existencia de cuidadoras principales, que suelen mostrar gran interés por conocer cómo se ha dado la alimentación del niño o la niña, durante la jornada,

“¿Cómo son las madres que sí traen sus Chispitas? Nos preguntan, yo tengo un niño que sí su mamá, me iba dando un sobrecito diario y preguntaba si ha comido, o sea, ella está más de qué ha comido, qué no ha comido, qué ha tomado, todo (...) o si ha jugado, si ha tomado agua, igual” (U2 GF Madre Cuidadora SCD2)

Sin embargo, no siempre se produce el diálogo con las cuidadoras principales, pues como informan las Madres Cuidadoras participantes del Grupo Focal, algunas no acuden a recoger a sus niños o niñas al CCD, delegando la responsabilidad a otros familiares (U1 GF Madre Cuidadora SCD1).

La relación cercana y cotidiana con las cuidadoras principales, coloca a la Madre Cuidadora, en una posición privilegiada para incidir de manera positiva, en el **consumo del MMN**. Así por ejemplo, orientan a aquellas cuidadoras principales que se niegan a ofrecer el MMN o entregarlo al CCD, argumentando que genera malestar en sus niños o niñas. En base a su propia experiencia como cuidadora principal y con información proporcionada por el personal de salud, esta Madre Cuidadora,

aconseja persistir en la práctica, pues se estaría atravesando un período de adaptación, luego del cual, cualquier reacción negativa, desaparecería,

“...me dicen “yo le doy la vitamina, a mi hijo le hizo mal” y ya no le quieren dar. ¿Y tú les dices algo? Sí, yo le digo que eso, son sus primeras dosis, después va a pasar, se están acostumbrando a su estómago y de ahí va a pasar (...) eso es cuando le empiezas a dar recién, les digo yo, cuando recién le estás dando, o sea, la primera, la segunda dosis, va a estar con diarrea, pero después, se va a ir acostumbrando y se va a ir recuperando” (U1 Madre Cuidadora SCD1)

Esta Madre Cuidadora *motiva el consumo* - a cuidadoras principales aún renuentes - realizando un parangón entre el cuidado que requiere el crecimiento de los cultivos, a los cuáles es necesario abonar; con el cuidado de los niños y de las niñas, quienes precisan de igual manera, sus *vitaminas*, es decir, el MMN,

“...más antes (...) las plantaciones crecían así sin nada y le cultivaban, pero ahora crecen con abono, tienes que fumigarle, para que pueda crecer y si no le fumigas no le pones abono, entonces, la plantación tampoco crece; por eso es que le digo (a la cuidadora principal) (...) los alimentos tienen que acompañarle con la vitamina, que es la Chispita, los micronutrientes” (U1 Madre Cuidadora SCD2.2)

Otra estrategia de motivación es la de aludir a la propia experiencia como cuidadora principal, comparando el desarrollo de los propios hijos que no han tenido la oportunidad de consumir el MMN, con los beneficios que se advierten en aquellos que sí lo consumen,

“...yo lo he comparado con mis hijos que no han comido eso (...) y le digo que están comiendo eso que es bueno” (U1 Madre Cuidadora SCD2.1)

Un aspecto sobre el cual se realiza un nivel de seguimiento, corresponde al **consumo del MMN, durante los fines de semana** y que se da bajo la responsabilidad de la cuidadora principal. Existiría un nivel de indagación de la Madre Cuidadora sobre tal práctica, sin embargo, no se pasaría de preguntar si se brinda o no el MMN, tal como las participantes del Grupo Focal (**U2 GF Madre Cuidadora SCD2**) y esta Madre Cuidadora entrevistada expresan,

“Y de los niños cuando están en sus casas, ¿Qué sabe? (...) Sí, hay varios que le dan, me han dicho “yo le doy en mi casa”, sábado y domingo le dan” (U1 Madre Cuidadora SCD2.1)

Este entrevistado – miembro del Comité de Gestión - señala, cómo la Madre Cuidadora, recomienda el consumo el sábado y el domingo, preguntando posteriormente, cómo se ha desarrollado el mismo,

“...cuando se van a recogerlos (se refiere a los niños en el CCD) se les pregunta, “señora, su nieto ha tomado, por favor, continúale dando sábado y domingo y cuando regresan el lunes, dicen, “señora, ¿le ha dado a su niño?” “ay señorita, no le he dado, nos hemos ido de paseo, hemos comido en la calle” (U2 Comité de Gestión SCD)

En general, se alienta y motiva a la cuidadora principal, a **asistir regularmente, a los controles CRED**. Se le solicita igualmente, información sobre los indicadores de peso y talla, comunicando con ello, la importancia de su seguimiento, en el cuidado de los niños y de las niñas,

“...cuando le lleve su mamá a la Posta, ya le estamos pidiendo su peso y su talla, que traiga su carnet y lo estamos registrando...” (U1 Madre Cuidadora SCD1)

Deseamos destacar un aspecto fundamental en las actividades de acompañamiento, nos referimos a la calidad de la relación entre los actores. La relación de confianza que se establece con la cuidadora principal, favorece que ésta se exprese más abiertamente, sobre la realidad del consumo de su niño o niña (situación que suele plantearse con dificultad si existen posiciones recriminatorias). Es interesante apreciar cómo esta *cuidadora principal*, señala abiertamente, su práctica de consumo del MMN a la Madre Cuidadora, señalando que sólo ofrecería una parte de la dosis recomendada; lo cual no se comunicaría al personal de salud,

“¿Y a usted le preguntan, las Madres Cuidadoras, si usted le está dando en su casa la Chispita? Sí. ¿Y ahí qué le responde usted? Sí, le doy, pero que le doy poco. ¿Y qué le responden de eso? “Eso es importante”, me dicen. “Eso es muy importante para que le dé a su hijo”. ¿Y le dicen que está bien, aunque sea que le dé poquito? Sí. ¿Y el personal de salud, cuando les dice que le da

poquito...? No, a él no le digo eso. Ah ya, usted les dice que le da normal. Normal” (U1 cuidadora principal usuaria SCD2.1)

Sería importante sopesar esta información, ir más allá de enfatizar la importancia de su consumo e indagar en las razones, que llevan a la cuidadora principal, a utilizar sólo una parte del contenido. Desde esta perspectiva, la Madre Cuidadora debería estar en condiciones de brindar recomendaciones específicas o en todo caso, canalizarlas; aprovechar en suma, la oportunidad que se abre, más aún si esta información no se plantea al *personal de salud*; es evidente que si no se informa sobre la práctica concreta, será imposible identificar si ésta se desarrolla de manera adecuada o no.

(4) Sub-dimensión: La participación de los miembros del Comité de Gestión y del Consejo de Vigilancia

(a) Región Huancavelica

El Comité de Gestión, tiene como principal área de responsabilidad, administrar los recursos económicos, necesarios para la marcha del Servicio, como la compra de alimentos y la dotación de materiales y el equipamiento requerido por los CCD,

“...su función primordial (...) es el manejo de lo que son los bienes para el funcionamiento, todo el desembolso del dinero, para el funcionamiento de todo este Servicio, se hace a nombre de ellas. Y ellas son las que manejan las compras, por ejemplo, de los alimentos, los gastos operativos, para la funcionabilidad, ¿no? por ejemplo, si en un Hogar, de repente, faltan cepillitos, detergente, jabón líquido, ellas hacen esas compras (...) igual para el Servicio Alimentario (...) hacen un requerimiento de los alimentos, ya para el mes...” (H1 Acompañante Técnica SCD)

“Las funciones de mi Comité (...) en forma mensual ver sus alimentos de los niños, ver en cuanto a salud, comprar también su jabón líquido para los niños...todo lo que es de salud, de los botiquines implementar” (H2 Acompañante Técnica-SCD)

En lo que atañe al Consejo de Vigilancia, sus responsabilidades son las de supervisar la gestión y el manejo económico del CG. Asimismo, observan y evalúan el cumplimiento de las Madres Cuidadoras, respecto a su puntualidad y horario de trabajo; la asistencia de los niños y las niñas; el cuidado y atención que reciben; asimismo, supervisan el funcionamiento del Servicio Alimentario,

“¿Y en el caso del CV? (...) de igual manera, visita a los Hogares, verifica la gestión del CG, vigila la gestión, qué compras está realizando, cómo lo están ejecutando, revisan a veces, las rendiciones que arman los Comités de Gestión. Esa es su primordial función, del CV” (H1 Acompañante Técnica SCD)

“...miramos a los niños, cuántos niños están acá (...) alimento también, cómo están cocinando (...) después, agua está clorado o no está clorado; los niños están acabando sus comidas o no; cómo están recibiendo lo que traen alimento de proveedores, verduras, esas cosas (...) ese es nuestro deber señorita y las Madres Cuidadoras, cómo están, hasta qué hora están atendiendo, cómo están tratando a los niños” (H2 Consejo de Vigilancia SCD)

Así, entre las diferentes funciones de los miembros del Comité de Gestión y del Consejo de Vigilancia, se encuentra la supervisión del *funcionamiento y requerimientos* de los CCD y el Servicio Alimentario, al igual que el desempeño de las *Madres Cuidadoras*, trabajo que se realiza según un cronograma y siempre bajo la orientación y coordinación permanente con la Acompañante Técnica. Estas actividades no se desarrollan de manera intensiva, puesto que los miembros del CG realizan trabajo voluntario y dependen de su disponibilidad de tiempo. Las visitas a los CCD, se distribuyen entre todos los miembros de la organización,

“También visitan a los Hogares ¿no? para que vean, cómo están funcionando los Hogares, cómo está el desempeño de la Cuidadora, qué necesidades hay en los locales (...) ellas tienen ahí un calendario planificador, en donde programamos ¿no? de repente, la Presidenta, este mes va a dos locales, solamente, una vez al mes, no es diario y en el tiempo que ella pueda ir, que tiene tiempo disponible, no le podemos exigir, por eso nos planificamos; igual, la Secretaria, de repente, es la encargada de recepcionar los alimentos, para ver la calidad, cómo están llegando los alimentos, y así se distribuyen las actividades...” (H1 Acompañante Técnica SCD)

En lo que concierne al consumo del MMN, pueden eventualmente, constatar cómo se desarrolla, si sus visitas coincidieran con los momentos de alimentación; sin embargo, su nivel de incidencia y responsabilidad en el tema, escapa del núcleo de sus responsabilidades más directas,

“...cuando (los participantes del CG y del CV) tienen reuniones con los Acompañantes Técnicos, se les dice que tienen que ver estos aspectos: si el niño está bien atendido por la (Madre) Cuidadora; cómo le está atendiendo; si está consumiendo sus Chispitas; qué está faltando en los locales, así, puntos en forma general (...) saben que (los niños) tienen que consumir las Chispitas, pero así, hacerles el seguimiento tan profundamente, no...” (H1 Acompañante Técnica SCD)

A modo de ilustración, consignamos la experiencia de esta participante del CG (Tesorera), quién en una de sus visitas, observa que la Madre Cuidadora olvida dar el MMN, a uno de los niños; llamando la atención en este hecho (si bien no siempre las visitas a los CCD, ocurren durante el almuerzo, el estar conscientes de la importancia del consumo del MMN, hace que se ponga particular atención en el tema). Esta intervención, permite a la Madre Cuidadora, reparar en esta falta (la capacitación de los miembros de la organización es así básica y puede tornarse en herramienta fundamental, para la promoción y sostenimiento de la práctica; dada su posición, tiene un radio de influencia importante, pues alcanza a MMCC como CCP),

“...entonces, ¿hay Cuidadoras que no cumplen con dar las Chispitas? Algunas se olvidan así, cuando están los niños, se olvidan también (...) así se pasa también (...) se equivocan (...) Una vez, le hemos encontrado así y le hemos dicho, “que tienes que cumplirle”. Ah ya, a un niño que le toca, no le da, como usted dice, se olvida, ¿no? Ujum. ¿Y eso pasa muy seguido? No señorita, eso una vez nomás, le hemos encontrado (...) de ahí nos ha dicho, “me he olvidado”, de ahí sí, ya ahora normal está dando, le hemos dicho, “le vas a seguir dando, ¿Cómo te vas a olvidar?”, ya normal está ahora” (H2 Comité de Gestión SCD)

En cuanto a su relación con las **familias usuarias**, realizan labores principalmente, de motivación y reforzamiento de la práctica de consumo (estas orientaciones, se realizan de manera informal, es decir, no conforman parte de una estructura de seguimiento y acompañamiento, asociada a sus funciones),

“¿Y tú o los demás miembros del CV, han podido hablar con las familias de los niños sobre las Chispitas? (...). Si señorita (...) le decimos, que le den esa Chispita, porque es bueno pa’ la anemia (...) que deben hacer comer, señorita, porque otras mamás, yo he mirado, que no le hacen comer, “mentira es eso”, dicen, sí, por eso, “no, eso es bueno” decimos, señorita. Así cuando nos hacen llamar en reunión...que deben hacer comer a su niño...” (H1 Consejo de Vigilancia SCD)

“...justo yo le dije (a una CP crítica del MMN) “es bueno esas Chispitas, tienes que darle de comer, porque es bueno pa’ su anemia, pa’ que sube de peso, pa’ que no pierda, pa’ que tenga más aprendizaje en su cabecita” (H1 Comité de Gestión SCD)

(b) Región Piura

En general, los miembros de la organización y sobre todo, aquellos que conforman el Comité de Gestión, visitan los CCD con el fin de conocer los requerimientos necesarios, para el buen funcionamiento del Servicio y en tales ocasiones examinan el desenvolvimiento de las Madres Cuidadoras en sus tareas de cuidado y si se da la ocasión (pues no siempre sus recorridos coinciden con el momento de la alimentación) observan cómo se brinda el MMN y el consumo de los niños y las niñas. De igual manera, los miembros del Consejo de Vigilancia, suelen visitar los CCD y observar el desempeño de las Madres Cuidadoras; alentando el consumo del MMN,

“Yo voy la hora de los almuerzos. Y veo que la Madre Cuidadora tiene que darle el micronutriente, la Chispita al niño, yo veo que ahí les tienen su tapercito. [...] yo le digo “traten de que los niños que están por las Chispitas, que se lo traten de comer” entonces yo observo si al niño, se lo dan. Entonces sí, sí se lo dan y el niño sí lo aprecia todo y de ahí ya, bueno, la Madre Cuidadora se encarga de darle el resto de comida” (P2 Consejo de Vigilancia SCD)

“...tenía la fortaleza que tenía dos “consejos” (se refiere a los miembros del CV) que estaban muy bien empoderados, me participaban, una señora se ha retirado ya, porque no le da tiempo, como que no está muy bien de salud, pero tenemos un “consejo” que es Don Lizardo. ¿El Consejo de Vigilancia? Sí, CV, don Lizardo, él sí es muy estricto (...). Las Madres Cuidadoras “ya, ahí viene Don Lizardo” y ya están todas por ahí, recogen todo lo que no va en su lugar. Don Lizardo pues, tiene su carácter, me

manifiesta, “señorita, he encontrado esto, he encontrado lo otro” (...) él visita a todos (se refiere a los CCD)” (P2 Acompañante Técnica SCD)

Los miembros del Comité, cuentan en la actualidad con instrumentos específicos que les permiten evaluar la marcha del Servicio; avance que imprime un carácter más sistemático a sus actividades de seguimiento y evaluación (las observaciones que pudieran generarse, eran antes registradas en el *Cuaderno de Visitas*). Como señala la AT, la capacitación recibida recientemente, marca un punto de inflexión importante, en el desarrollo de estas actividades,

*“En el mes de octubre, los han capacitado ya y les han dado una Ficha, que ellos tienen que evaluar, recién en octubre. Entonces, como que ya está siendo algo más formal. **Para que no vayan y sólo vean.** Porque antes él iba (se refiere a un miembro muy activo del CV) y apuntaba en el Cuaderno de Visitas, pero ahora, ya tienen ellos algo más estructurado, tienen que ver esto, tienen que ver lo otro. Antes yo le decía, don Lizardo, “tiene que ver cuántos niños hay, vea si está limpio el local, vea si las Cuidadoras están completas, vea si está el local seguro, si no hay niños fuera, cosas así. Dentro de lo poco que yo sabía, le decía al señor Lizardo, las dirigentes igual” (P2 Acompañante Técnica SCD)*

En lo que respecta al MMN, su área de acción – más allá de observar la marcha y funcionamiento del Servicio – se dirigiría a promover su consumo, pero no de manera específica o estructurada,

*“(en relación a la incorporación del MMN, en las actividades del CCD) **El CV y el CG, ¿hubo algún cambio en sus labores, que podían interferir con el MMN?** No. **Siguieron normal.** Sí, porque los señores, sólo llegan a observar, como te digo, sólo observan, no hacen otra intervención” (P2 Acompañante Técnica SCD)*

La AT señala, que es necesario fortalecer a los miembros del Comité de Gestión y del Consejo de Vigilancia, en tanto *autoridades* frente a las Madres Cuidadoras; pues no siempre gozan de dicho reconocimiento,

“Había momentos en que las dirigentes, hacían partícipe su molestia, ya que de los Comités de Gestión, las (Madres) Cuidadoras pues, no les hacían caso, no les tomaban importancia a lo que ellas decían (...). Entonces, viendo esas cositas (...) en las reuniones iniciales, siempre manifestaba que la máxima autoridad eran las dirigentes, la Presidenta, la Secretaria, todos sus miembros y el Comité de Vigilancia, eran nuestros ojos, para ver si es que el Servicio se estaba brindando adecuadamente” (P2 Acompañante Técnica SCD)

Asimismo, el Servicio se beneficiaría si todos los miembros de la organización (CG y CV), pudieran ser capacitados - no sólo en lo que concierne a sus funciones de seguimiento y evaluación de la marcha del Servicio – sino también alrededor de las principales prácticas de cuidado, que se promueven. En la medida que el conjunto de actores se hallen alineados, manejando los mismos conceptos; se incrementarán las oportunidades de reforzar y afianzar dichas prácticas,

“...que ellos fortalezcan de repente, cómo es un correcto lavado de manos, no, porque a ellos no los integran. A ellos deberían integrarlos, porque sería una fortaleza para cuando ellos vayan a un monitoreo y vean cómo las (Madres) Cuidadoras, lavan las manos a esos niños y vean si está correcto. Entonces, si ellos saben y usan esa fortaleza, entonces, pueden corregir, pero si no pues, la (Madre) Cuidadora dice, “lo hago así, como él no sabe pues, no hay problema”. De repente, eso es lo que está fallando también, fortalecerles a ellos en eso, en cómo es realmente, toda la rutina, de toda la misión de un día en el Cuna Más, eso debería fortalecerse” (P2 Acompañante Técnica SCD)

“¿Y al CG y al CV, ¿hay algún tipo de capacitación sobre MMN o no? No, ellos no han tenido, las señoras (se refiere a las dirigentes) han podido escuchar, porque cuando tengo capacitaciones, les digo, “señoras, hay capacitación, si pueden, vengan”. Algunas asisten porque no tienen otra actividad, otras, “señorita, no puedo hoy día” (P2 Acompañante Técnica SCD)

(c) Región Ucayali

La AT informa que al asumir sus responsabilidades (no más de cuatro meses atrás), encuentra a la organización (CG y CV) en una situación de desintegración (los diferentes miembros dejaron de realizar sus funciones), por lo cual se procede con la reconstitución de una nueva Junta Directiva. Tanto el CG como el CV, realizarían labores de seguimiento, respecto al funcionamiento de los diferentes CCD; en tanto el CG se abocaría de manera más especializada, a llevar el presupuesto y determinar los requerimientos materiales de los CCD, además del Servicio Alimentario,

*“Los Consejos de Vigilancia cumplen la función de bajar a los Centros, a mirar (...) en qué mejorar y si estamos brindando una atención de calidad (...). **¿Y están funcionando bien esas visitas del CV, se dan con regularidad?** Ahorita no se están dando efectivamente, como digo. Espero que esta nueva (JD) que hemos elegido (...) haga, cumpla, como se dice, con su función; que ya se los está capacitando (...) ya se les dio la primera capacitación, cuáles van a ser sus funciones” (U1 Acompañante Técnica SCD)*

La promoción y sensibilización respecto a los beneficios del consumo del MMN, constituyen labores que los miembros del Comité de Gestión, van a asumir; enfrentándose muchas veces, a la renuencia de las cuidadoras principales, a brindar el MMN a sus hijos o hijas o a entregarlo en los CCD,

*“En relación a las Chispitas **¿Qué actividades realiza el CG?** Bueno, se promueve que de todas maneras, el niño debe recibir sus Chispitas, pero tenemos por otra parte (...) las mamás dicen que eso le está haciendo daño a su niño (...) y por ejemplo, cada mamá tiene que llevar las Chispitas, para dejarles a las (Madres) Cuidadoras ¿no es así? (...) pero ya dificultan, “no, me he olvidado” o “le hace daño”, más o menos así ¿no? Entonces, en eso también, nosotros hemos tenido que estar discutiendo, sensibilizando, que eso no le hace daño, sino es bueno, le está protegiendo a su niño de ciertas enfermedades, ciertos malestares, más o menos así ¿no?” (U1 Comité de Gestión SCD)*

Dado que los miembros del CG y del CV, suelen visitar los CCD, ya sea para supervisar las labores y el desempeño de las Madres Cuidadoras (principalmente, en términos administrativos, como la puntualidad) además de recoger las necesidades de recursos y materiales que el CCD requiere para su funcionamiento; observan - si coincide la visita – cómo se brinda el MMN y pueden eventualmente, dar alguna indicación,

*“De repente, cuando ves que están combinando las Chispitas, ¿tú le das alguna recomendación sobre esto o no? (...) No, a veces cuando dan mal uso, claro que hay que preguntarles, hay que enseñar, cómo va a hacer (...) **¿Qué suele preguntarle?** Bueno, más o menos, qué horario tienen que dar a los niños, cómo lo dan, a veces, un niño se opone, eso” (U1 Consejo de Vigilancia SCD)*

B) Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias

(1) Sub-dimensión: El rol de acompañamiento de los Acompañantes Técnico y Comunitario

(a) Región Huancavelica

➤ EL ACOMPAÑAMIENTO A LA FACILITADORA

El seguimiento a las tareas de las Facilitadoras, además de la asistencia técnica que se brinda en torno a la propuesta educativa y metodológica que se condensa en las visitas que se realizan en los hogares, constituyen funciones principales de los Acompañantes Técnicos,

*“Mis actividades diarias en el campo, y (...) es hacer el seguimiento a las Facilitadoras, pero antes de hacer seguimiento, nosotros hacemos asistencia técnica (...) se le da asistencia técnica en la parte académica (...) damos lo que es la parte estratégica (...) se le sugiere estrategias y métodos (...) se le sugiere que a partir de eso, puedan generar sus estrategias y sus métodos propios (...). **Como que ustedes les enseñan a hacer un diseño educativo Prácticamente**” (H2 Acompañante Técnico SAF)*

*“Las actividades que nosotros realizamos, es darle un acompañamiento, darle una asistencia técnica a los Facilitadores. **¿Cómo así la asistencia técnica?** Le capacitamos, hay momentos para que ellos hagan la visita, prácticamente, le damos todos los pasos, les enseñamos cómo deben hacer las visitas...” (H1 Acompañante Técnico SAF)*

Los Acompañantes Técnicos, acompañan durante las visitas que realizan las Facilitadoras, observando el desarrollo de la misma, con el fin de ofrecer retroalimentación posterior,

*“Por ejemplo, la profesora T (AT) **¿Le pregunta a usted, cómo está trabajando lo de las Chispitas?** Sí señorita, es que ella también nos explica así y nos pregunta, a ver cómo van. Un horario hay, para ir*

junto con la profesora, ella también nos ve, cómo hacemos la visita, de qué hablamos, en todo eso es, señorita” (H1 Facilitadora SAF2)

“...nosotros realizamos (...) el acompañamiento, el seguimiento, vamos con la Facilitadora – casa en casa – a veces, yo con su cronograma, no les aviso que estoy viniendo y me presento en la casa (...) veo todo su trabajo que está haciendo, desde el saludo, la hora que trabaja (...) ahí es donde evalúo y le converso qué está haciendo bien, qué está haciendo mal (...) ahí veo el desempeño si están llegando puntuales, si lo están haciendo tal como debe ser, ahí es lo que veo” (H1 Acompañante Técnica SAF)

Tal como se señala, se evalúa el desarrollo de las visitas por las Facilitadoras (pero también su preparación previa); durante la observación que realizan los Acompañantes Técnicos, es posible identificar las áreas que requieren mayor atención o refuerzo en su desempeño, según la propuesta pedagógica que guía y estructura las visitas,

“¿Cómo se da cuenta que necesitan mejorar o en qué aspecto (...)? En ese seguimiento justo, porque nosotros tenemos una Ficha de Aplicación, ahí vemos qué es lo que está faltando, en la visita tenemos cinco momentos (...) dentro de esos momentos, hay actividades que se deben realizar, a veces, ellos por la premura, no las hacen, lo que es “Vida en Familia” se pasan de frente a lo que es “Jugando Aprendo”, entonces, ahí las veo, ellas cogen su juguete y se vienen. Cuando tú no las controlas, a veces, ellas van, cogen cualquier juguete y se van, no revisan su cronograma o su planificación, qué es lo que deben llevar, hay momentos que hacen eso, y yo les pregunto, por qué lo hacen, me dicen, “no, no he tenido tiempo”, ahí es lo que veo, quién es la que responde más, todos los momentos, cómo está aplicándolo...” (H1 Acompañante Técnica SAF)

“Realizamos tres seguimientos, a cada Facilitadora, tres o dos, hasta se puede hacer cuatro seguimientos al mes (...). Ahí ves cómo están manejando toda la estrategia. Exacto, eso es lo que tengo que ver, yo le acompaño” (H2 Acompañante Técnico SAF)

Durante las reuniones periódicas con las Facilitadoras – orientadas a organizar y examinar el trabajo – y que se desarrollan con una frecuencia quincenal; se analiza y reflexiona en torno a la información que la Acompañante Técnica ha recogido durante la observación de las visitas que realiza la Facilitadora. Se evalúa el avance de los niños y las niñas; se identifican las áreas que requieren especial atención en el trabajo con las familias y se plantean estrategias; además se fortalece el manejo de la propuesta educativa y se realiza la programación respectiva (diseño de las visitas). Asimismo, se insiste en la importancia de la planificación y organización de las visitas; en la necesidad de revisar su cronograma, con el fin de estar preparadas (en términos de contenidos, materiales y recursos educativos),

“...otra actividad que hacemos, es la planificación con las Facilitadoras, tenemos una reunión quincenal con ellas, para organizar nuestro plan, ellas también hacen su cronograma, a qué familias van a ir a visitar, qué actividades van a realizar con cada niño, de acuerdo a su desarrollo, qué es lo que planificamos en cada reunión” (H1 Acompañante Técnica SAF)

“...en las reuniones quincenales (...) se rinde cuenta de todas las visitas que han hecho las Facilitadoras, ¿qué debilidades han encontrado en las casas con los niños? ¿en qué están dificultándose? Y ahí se socializa. Se socializan todas las debilidades y ahí entonces, se plantean estrategias ¿no? para poder mejorar el trabajo. Ahí justamente, se hace el análisis de los niños, cómo está su avance...” (H-Especialista de Ejecución y Seguimiento al trabajo con Familias-SAF)

Es importante destacar que en estas reuniones de trabajo, se fomenta igualmente, el intercambio de experiencias entre Facilitadoras, en donde las más experimentadas apoyan con sus orientaciones a aquellas que recién se incorporan o que se encuentran en proceso de adaptación y mejor manejo de las visitas. Así por ejemplo, el grupo se beneficia, al contar con la experiencia de Facilitadoras, que despliegan diversos recursos y estrategias metodológicas (ya probadas en campo), en el trabajo con las cuidadoras principales,

“...en la reunión quincenal, lo que se hace, es el trabajo en equipo (...) mi primer criterio de evaluación a las Facilitadoras, “tiene que tener trabajo en equipo”, no individualizado (...). Entonces, se comparten estrategias, experiencias...Sí, se comparte, en primer lugar, la primera estrategia de Ricardina (Facilitadora más experimentada) lo que hace es compartir su Cuaderno de Campo a las nuevas. Y la otra estrategia, es que las nuevas, tienen que hacer acompañamiento a las antiguas (...) entonces, ya van aprendiendo, esas estrategias van aprendiendo” (H2 Acompañante Técnico SAF)

Es necesario subrayar igualmente, el reconocimiento por parte de las Facilitadoras, del rol central del personal de salud, respecto a los conocimientos que han ido adquiriendo en torno al MMN. Destacan asimismo, las reuniones de capacitación mensual, que congregan a cuidadoras principales y Facilitadoras, en el establecimiento de salud,

*“...cada mes, nos dice la señorita F (personal de salud), nos da charla a todos. **O sea, que la señora F. siempre está repasando.** Ujum, siempre, la señorita D. (personal de salud) también, todos...” (H1 Facilitadora SAF2)*

El personal de salud, es identificado como referente significativo de orientación, se acude a éste, para realizar consultas sobre algunos de los obstáculos del consumo, que exponen las cuidadoras principales (notemos la iniciativa de la Facilitadora en la búsqueda de alternativas; a la vez, la cercanía y confianza que se experimenta en la relación con el personal de salud),

“Y por ejemplo, lo del dulce (...) ¿es por lo que se le ha ocurrido a usted o le han orientado también? Sí, le he preguntado a las señoritas, “que no quiere comer su hijito, ¿Cómo le puedo dar?” y me dijo así. ¿A qué señorita le ha preguntado? A la señorita F (personal de salud) (...). La señorita F. le dijo entonces, “si no quiere comer, dile que le dé en mazamorrita” Ajá. Eso es porque usted busca información ¿no? Sí” (H1 Facilitadora SAF2)

➤ EL TRABAJO CON LAS FAMILIAS USUARIAS

Un espacio de información y capacitación que reúne a las familias usuarias, lo constituye las sesiones de socialización mensuales (de aproximadamente, una hora de duración), bajo la conducción principal de los Acompañantes Técnicos; contando con la participación y apoyo de las Facilitadoras, así como de los miembros del Comité de Gestión y del Consejo de Vigilancia. El Acompañante Comunitario, participa igualmente - siempre que es posible - en este espacio de encuentro,

“...tenemos sesiones de socialización de manera mensual, en la cual el AT realiza sus actividades en la cual, de todas las debilidades que ha visto en las visitas al hogar, fortalece a las familias en las sesiones de socialización. Y justamente, ahí se toca pues, el consumo de las Chispitas” (H-Especialista de Ejecución y Seguimiento al trabajo con Familias-SAF)

En estas reuniones, se abordan diversos temas relacionados con el cuidado, la salud y el aprendizaje del niño y de la niña. En lo que respecta a las prácticas de cuidado, se enfatiza en la importancia de los controles CRED, en el carácter fundamental del MMN y su consumo; en las prácticas de higiene; asimismo, se abordan temas específicos que requieren apuntalarse en el trabajo con las familias, según los problemas que recogen e identifican tanto la Facilitadora como el Acompañante Técnico, durante el desarrollo de las visitas,

“Y lo que hacemos en las sesiones de socialización, si vemos mayor incidencia (de problemas asociados al consumo del MMN, reportados por la Facilitadora) que socialice, que refuerce. Primero, en qué consiste, para qué sirve, cómo se prepara, cómo se guarda, etc. Entonces, siempre, en la mayor parte de nuestra socialización, insistimos que pueden socializar el tema de la Chispitas y otros temas, por ejemplo, lavado de manos, agua segura, etc.” (H2-Acompañante Técnica-SAF)

“(dirigiéndose a las CCPP) A veces, no estamos haciendo un alimento balanceado, no estamos dando como debe ser, y nuestros hijos están con su peso muy bajo, su talla está muy baja, entonces, esta Chispita nos va a ayudar (...) a que le complementemos a su desarrollo a ese niño, ¿no? y así se les habla” (H2 Acompañante Comunitaria-SAF)

“Nosotros estamos trabajando en el marco del FED, para que de una u otra manera, todos nuestros niños Cuna Más, reciban esos micronutrientes, no solamente, reciban sino que consuman. Entonces, nosotros ya hemos trabajado temas de consumo de micronutrientes (se refiere a las sesiones de socialización) “¿cuáles son sus beneficios? ¿Qué cosa nos proporciona?” (H-Especialista de Ejecución y Seguimiento a la Gestión Comunal-SAF)

El tratamiento de problemas, que atraviesa la práctica de consumo de las cuidadoras principales, son también abordados (sin embargo, no contamos con información específica de tales dificultades ni de las orientaciones correspondientes; aunque sí se detalla que la metodología empleada en las reuniones, es básicamente, expositiva). Esta entrevistada señala que un tema fundamental, dando marco al MMN, debería consistir en abordar el tema de la anemia y sus implicancias, pues identifica

que las cuidadoras principales, no siempre conocen en qué consiste dicha condición y los estragos que provoca en la salud y desarrollo de los niños y de las niñas,

“...la mayoría no sabe qué es anemia (...) ahí tienes que indagar, “¿y tú sabes qué es?” (...) antes de dar la Chispita, me parece que deberíamos de hablar primero de la anemia, “para qué”. Entonces, eso es como ellos dicen, como una pastilla, que ya no le va a dar esa enfermedad, como una vacuna...” (H1 Acompañante Comunitaria-SAF)

“Si lo toman (el MMN) tendrían mejor resultado esos niños (...) ya no tendrían mucha anemia, no estarían con desnutrición, estarían bien en peso y talla y esa es la preocupación de nosotros, por eso, la incidencia, la sensibilización” (H2 Acompañante Comunitaria-SAF)

En las reuniones de socialización, pueden abordarse igualmente, temas de orden social y que se identifican como barreras a las prácticas de cuidado y aprendizaje, tales como la presencia del *machismo* en las relaciones familiares,

“...todavía no se ha podido erradicar lo que es el machismo (...) el papá es el que manda, él es el líder, lo que dice él vale. Entonces, no hay una participación así al 100% de alguna manera, cuando hay machismo (...) en nuestras reuniones, socializaciones que realizamos una vez al mes, se trata puntos como es el machismo (...) ahí incidimos que no debe ser así, en la equidad de género, en que ambos tenemos los mismos derechos, las mismas capacidades cognitivas” (H2 Acompañante Técnico-SAF)

Las reuniones de socialización se coordinan con el personal de salud, sobre todo, cuando los temas a abordar hacen referencia a temas de cuidado y salud; además sirven para intercambiar información relevante sobre las familias (por ejemplo, por qué no acuden a CRED o no recogen el MMN),

“...en la socialización están presentes las Familias y las Facilitadoras y como le menciono, en la socialización está el personal de salud (...). El personal de salud invitamos, un momento, un espacio le damos preliminar (...) de repente, una debilidad está en el lavado de manos, en lo que es agua segura o de repente, en las Chispitas, entonces, en ese tema, se le invita al personal de salud” (H2 Acompañante Técnico-SAF)

“Hay momentos que nosotros vamos al C.S. porque las reuniones de socialización que nosotros hacemos o las Sesiones Demostrativas que ellos hacen, las hacemos juntos ese mismo día, entonces, asisten ahí toditas las mamás y hacemos juntos. Ahí es que vemos, “tal señora no ha venido, ¿Qué ha pasado?” y ahí le decimos a la Facilitadora, “la señora, ¿Por qué ha no ha venido?”, “no, está de viaje (...)” y así conversamos” (H1 Acompañante Técnica-SAF)

(b) Región Piura

➤ EL ACOMPAÑAMIENTO A LA FACILITADORA

La Acompañante Técnica, acompaña durante las visitas a las Facilitadoras, con el fin de observar cómo se desenvuelven durante su desarrollo; si bien existe una programación que determina el número de visitas de seguimiento a cada Facilitadora, no se comunica a quién corresponde acompañar. Durante el seguimiento que se realiza, se observan los aspectos que precisan mayor refuerzo y se interviene para complementar o aclarar algún aspecto, no visto por la Facilitadora. La retroinformación se realiza inmediatamente, después de la culminación de la Visita, mas durante la reunión quincenal que convoca al conjunto de Facilitadoras, se realiza un análisis de lo observado en las visitas, ilustrando aspectos críticos, a través de ejemplos tomados de la observación. A partir de los mismos, se debate e intercambia. Estas dificultades, además de la información que la Facilitadora recoge en campo, sobre las prácticas de las cuidadoras principales, nutren las actividades de planificación educativa de las visitas. Así por ejemplo, al informar las Facilitadoras que las cuidadoras principales, suelen ofrecer el MMN, en preparaciones líquidas o de consistencia aguada, la Acompañante Técnica apoya en el diseño de estrategias a implementar durante las visitas, que permitan superar los problemas hallados,

***“¿Cómo te enterabas que le daban (el MMN) en sopa o chufla (preparación de consistencia aguada)?** A través de la AT, a través de acompañar a la Facilitadora, entonces, ella le va contando qué le dijo la familia, qué situaciones o dificultades y logros, lo que recogió de información, entonces, ahí entra el AT, donde le da la estrategia de cómo ayudar. **¿Y esas estrategias cómo las trabajan? ¿oralmente?** Al principio, si está en un acompañamiento, le va diciendo oralmente y le va explicando, pero luego se retoma en las reuniones de planificación (...) todos estos temas, dificultades que ha*

recogido (el o la AT) en cada acompañamiento, son para trabajarlos, realiza sesiones donde da orientaciones” (P-Especialista de Ejecución y Seguimiento a la Gestión Comunal SAF; Especialista de Ejecución y Seguimiento al trabajo con Familias-SAF)

En las reuniones quincenales, en que se trabaja en conjunto con las Facilitadoras, las actividades de planificación de las visitas, así como las estrategias metodológicas que faciliten la relación con la madre y el niño o la niña, se refuerza igualmente, la importancia de promover el consumo del MMN, entre las familias; asimismo, se insiste en determinar si se recibe de manera oportuna o no el suplemento (con el fin de referir dicha situación al establecimiento de salud). Asimismo, se orienta, en la comunicación y fortalecimiento de otras prácticas de cuidado y salud que el Servicio alienta, como el lavado de manos,

“...el AT, lo que hace en sus reuniones quincenales que tiene con las Facilitadoras, recordarles siempre sobre la importancia del consumo del multimicronutriente a las familias, la importancia que la Facilitadora recoja si la familia le informó que recibió o no recibió el multimicronutriente y si no lo recibió, reportar al AT” (P-Coordinador SAF)

“(Los AATT) van capacitando a las Facilitadoras sobre el consumo de las Chispitas, de cómo deben llegar a las familias (...) en las reuniones de planificación y las Facilitadoras en cada visita, van reportando esos mensajes; dejan un mensaje terminando la visita, reforzando a la mamá (...) siempre ir influyendo, a través de las prácticas de cuidado, que nosotros estamos brindando (...) “mamá, estoy sano y alegre, dame mis Chispitas” o “mami, no te olvides de darme las Chispitas, para crecer fuerte y sano” (P-Especialista de Ejecución y Seguimiento a la Gestión Comunal SAF; Especialista de Ejecución y Seguimiento al trabajo con Familias-SAF)

➤ EL TRABAJO CON LAS FAMILIAS USUARIAS

En las sesiones de socialización con las cuidadoras principales, la *importancia del MMN*, se aborda con principal énfasis; asimismo, se tratan diversos temas relacionados con las prácticas de cuidado, que el Servicio prioriza y promueve,

“...es compromiso de todos los Acompañantes, que le recuerden a la mamá, la importancia del consumo del multimicronutriente y que la Facilitadora semana a semana, le vaya preguntando sobre ello” (P-Coordinador SAF)

La *sensibilización* en torno a los beneficios del MMN, representaría una línea fundamental en el trabajo permanente del Acompañante Técnico y de las Facilitadoras – ya sea a nivel de las visitas a los hogares como en las reuniones de socialización - habida cuenta de las evidencias de casos de no consumo (los cuáles se apreciarían en las diversas muestras de oposición o rechazo de las cuidadoras principales, al plantear que su consumo tendría efectos perjudiciales en sus niños y niñas; asimismo, se hace referencia a su sabor desagradable, estas razones son objeto de una exposición más extensa en la Dimensión de “Consumo y aceptabilidad del MMN”). La confluencia de diversos actores y de diversos espacios abordando el tema del consumo, no hace más que incrementar un contexto cada vez más *sensible* al MMN,

“...cuando yo ingresé, mi P.S. no le daba el énfasis de que tenían que consumirlo, entonces, no existía una educación para las familias, pero en cambio, desde acá, ya las mismas Facilitadoras, van a las casas a recomendar cómo deben consumirlo, el por qué es importante, qué beneficio va a tener su niño, entonces, como que las familias ya están viendo ese cambio, van escuchando a otra persona, especialmente, al profesional, cuando hay reuniones de socialización, tratan siempre de incluir este mensaje, entonces por ahí, ya la población va cambiando” (P-Especialista de Ejecución y Seguimiento a la Gestión Comunal SAF; Especialista de Ejecución y Seguimiento al trabajo con Familias-SAF)

Una propuesta importante que plantea el Coordinador SAF, respecto a las sesiones de socialización, lo constituye, el intercambio de cuidadoras principales, alrededor de su experiencia de consumo del MMN. Este intercambio, podría incrementar la confianza de las madres, al constatar que otras cuidadoras han tenido buenos resultados ofreciendo el MMN a sus niños y niñas,

“En la sesión, más para intercambiar cómo les fue en el consumo a su hijito y otro (...) en el inter-aprendizaje, la mamá que tienes confianza, poder confiar en la que te dijo que no pasó nada ¿no? (...) poder escuchar experiencias diversas, para que las mamás también se vayan convenciendo” (P-Coordinador SAF)

(c) Región Ucayali

➤ EL ACOMPAÑAMIENTO A LA FACILITADORA

Este tema no ha podido ser abordado con mayor detalle, pues desde el mes de setiembre, el caso SAF estudiado, no cuenta con Acompañante Técnico (diciembre al momento de la entrevista). La información sobre el tema se reconstruye, a partir de la información que brinda la Acompañante Comunitaria, a cargo en el momento de la entrevista de 04 Comités de Gestión, cubriendo en la medida de lo posible, las responsabilidades asociadas a la Acompañante Técnica. En la actualidad, las responsabilidades diferenciadas entre Acompañantes Técnicos y Comunitarios, se encuentran en proceso de redefinición; pasando a reconstituirse un solo cargo, el de Acompañante Técnico, es decir, sólo un responsable, asumiendo los aspectos educativos y organizativos de la marcha del Servicio. Dada la reciente capacitación de funciones propias del acompañamiento técnico; la Acompañante Comunitaria, puede ya brindar la asistencia técnica a las Facilitadoras,

“...hace poco (...) con lo que se dio la capacitación para Acompañante Técnico, ya estoy capacitada, ya me siento capacitada para ir y hacer el acompañamiento y la asistencia técnica a las Facilitadoras...”
(U-Acompañante Comunitaria-SAF)

Según apreciación de la Acompañante Comunitaria, las Facilitadoras del CG-SAF estudiado (entre los 04 Comités de Gestión bajo su responsabilidad, representaría a uno de los más antiguos y mejor consolidados), se desempeñarían con solvencia, en el desarrollo de sus visitas (al igual que los miembros del CG y del CV),

“Ellos (se refiere a las Facilitadoras) ya no necesitan que el AC o el AT esté con ellos. Ellos realizan la visita igual. Sí, los miembros (se refiere al CG y al CV) están viendo, están haciendo la vigilancia, viendo que si se cumple o no se cumple la visita. Están apoyando en ese sentido (...). (Los Facilitadores) no necesitan que esté yo, están empoderados...” **(U-Acompañante Comunitaria-SAF)**

No obstante, en lo que atañe al MMN - durante las reuniones quincenales que se mantuvieron con la anterior AT (antes del cese de sus funciones) - no se habría tocado el tema del MMN, en detalle (hecho que se reflejará más claramente, en la demanda de una capacitación más amplia, de los Facilitadores entrevistados),

“R”(Facilitadora) me comentó que tenían reuniones cada quince días (...). Así es. Ya y dentro de esas reuniones ¿han tocado alguna vez el tema de estas vitaminas (se refiere al MMN)? Nunca”
(U2 Facilitador SAF1)

➤ EL TRABAJO CON LAS FAMILIAS USUARIAS

Las reuniones de socialización – de aproximadamente, una hora de duración y con una frecuencia mensual - que convoca a las familias participantes del Servicio y bajo la conducción de la Acompañante Técnica, cuenta con el apoyo de las Facilitadoras y la asistencia de los miembros del CG y del CV; se habrían desarrollado hasta el mes de setiembre, tal como se ha indicado previamente. Como informa la Acompañante Comunitaria y la Facilitadora entrevistada, durante las sesiones, la Acompañante Técnica, habría tratado de manera muy general el tema del MMN, así como diversos temas de salud y cuidado de los niños y de las niñas,

“...el AT cuando se hacen las sesiones de socialización (...). Ahí ella hacía su ponencia, de cuál es la importancia, de repente, del lavado de manos, de los alimentos, de los micronutrientes (...). Ahí es que se le invitaba al Puesto de Salud, para que nos apoye en ciertos casos” **(U-Acompañante Comunitaria-SAF)**

“...hacen reuniones. ¿cada cuánto tiempo? Cada...cada un mes nos hacen reunión (...). ¿Y qué hacen ahí, en esas reuniones? Hacemos para hacer taller, cosas pues. ¿Taller de qué? De lo que vienen, de señorita para hacer, todas las cosas para saber, ¿no?” **(U2 Cuidadora principal usuaria3.2)**

“...la profesora viene y da la charla, vienen las mamás (...) charlas ¿sobre qué hacen? Así pues, cómo atender a los niños. Ah ya siguen en el tema. Ahí hacemos con la profesora preguntas, algunas ya saben y contestan (...). Reuniones hacemos, pero acerca de esto no. ¿Han hecho

reuniones acerca de esto (se refiere al MMN) Una vez nomás, la profesora “E” (se refiere a la AT renunciante). ¿Hace cuánto tiempo que no trabaja la profesora “E” acá? Ya setiembre me parece. Más o menos, por ahí tuvieron su última reunión. Ah sí, sí” (U2 Facilitadora SAF2)

Notemos que las sesiones de socialización, cuentan con la participación del personal de salud, siendo su colaboración especialmente, gravitante, en la difusión y tratamiento de los temas vinculados con salud.

A modo de proyección, la Acompañante Comunitaria plantea que sería sumamente, beneficioso, que el tratamiento del MMN, en las sesiones de socialización, tenga un cariz práctico y demostrativo; promoviendo de esa manera, que las cuidadoras principales preparen y prueben el MMN, lo cual les animaría a implementar la práctica en sus hogares; propuesta que es también retomada por el Facilitador entrevistado,

“Y en las sesiones de socialización e interaprendizaje, ¿cree que hay algo específico que se podría mejorar sobre los micronutrientes? Podríamos nosotros hacer una Sesión Demostrativa (...) hacer que las mamás que estén ahí, que lo consuman y las demás familias, vean este ejemplo que lo están consumiendo (...). Porque en cierta forma, la demostración, le incita a las familias a realizarlo en sus casas. No lo hemos hecho hasta el momento, con el AT y deberíamos poner en nuestras prácticas eso también” (U2 Acompañante Comunitaria-SAF)

“¿Y cómo crees que se podría trabajar, dentro de las reuniones de socialización que tienen ustedes? (...) En sesiones de socialización, siempre preparamos alimento, no solamente hacemos charla, sino también preparamos alimento para todos, ahí sería bueno para enseñar ¿no?” (U2 Facilitador SAF1)

(2) Sub-dimensión: Las Facilitadoras y su relación con las Cuidadoras Principales: el trabajo en torno al MMN

El momento – según la estructura de las visitas – en el cual se suele abordar el tema del MMN, corresponde a “Vida en Familia”, que sigue inmediatamente, al “Saludo inicial” (otro momento también identificado, correspondería al momento de recapitulación de la visita, destacando las ideas, tareas o acuerdos importantes entre la CP y la Facilitadora). Es importante destacar que los aspectos relacionados con el MMN, se concentran básicamente, en una indagación sobre la *recepción del MMN* (y con ello, sobre la asistencia regular a los controles CRED) así como en el *ofrecimiento o no del MMN*. Como se podrá apreciar a lo largo de la presentación, la verificación del consumo efectivo del MMN, es decir, si es consumido por el niño o la niña; permanece en la mayoría de los casos, como información referencial de la cuidadora principal, pues no existen mecanismos de verificación u observación directa de tal práctica (se ha recomendado a las Facilitadoras, aprovechar las oportunidades en que las visitas al hogar, coincidan con los momentos de alimentación, realizar la observación directa de la preparación y el consumo, en la medida que la cuidadora principal lo permita).

(a) Región Huancavelica

El tratamiento del MMN durante las visitas, se aborda principalmente, durante los momentos relacionados al “Saludo” y a “Vida en Familia”; asimismo, a modo de recapitulación, en la “Despedida”, puede volver a retomarse (lo cual se corrobora y aprecia claramente, en las observaciones de las visitas al hogar, desarrolladas por las Facilitadoras) reforzándose igualmente, mensajes sobre las prácticas de cuidado y aprendizaje, priorizados y promovidos por el Servicio,

“(según los cinco momentos) en el momento de “Vida en Familia” o en el “Saludo” (...) las señoras (se refiere a las Facilitadoras) deben preguntar y hablarles lo que es las Chispitas (...) en cada visita que van, deben de hablarle y si llegan en el momento de la comida, observar, indicarles, cómo deben consumirlo” (H1 Acompañante Técnica-SAF)

“En los cinco momentos, se le dice (a la Facilitadora) en qué momento (...) incidir, sugerir, mencionar de las Chispitas a las familias (...) es mejor por criterio, mencionar lo que es en “Vida y Familia” y en la “Despedida”. Entonces, recordarle de la semana anterior, si ha podido tomar su Chispita, si ha podido llevar a la Posta, si ha recibido sus Chispitas, ¿no?, en “Vida en Familia”. De la misma manera, en la “Despedida”, de nuevo se insiste “no te olvides de sus vacunas, no te olvides de sus Chispitas” (H2 Acompañante Técnico-SAF)

“Al despedirse, (la Facilitadora) realiza un recuento de todas las actividades que ha realizado (...) vuelve a dar todos los mensajes, ¿no? tiene que llevar “tienes que llevar a los controles” (...) “tienes que hablar con tu hijo, tienes que contarle los cuentos” (...) “tienes que consumir agua segura”, “tienes que consumir sus Chispitas”, “ya sabes que tienes que dar las Chispitas en comidas sólidas” (H-Especialista de Ejecución y Seguimiento al trabajo con Familias-SAF)

Si bien, según la estructura y secuencia de las visitas domiciliarias, el tema del MMN, se asocia principalmente, con el momento correspondiente a “Vida en Familia”; podría ser tratado igualmente, en diferentes momentos (“Jugando Aprendo”, “Cuéntame un cuento”). Así por ejemplo, esta Facilitadora entrevistada, sugiere un conjunto de ideas, que podrían ser incorporadas en otros momentos de la visita, integrando no sólo la participación de la cuidadora principal, sino también la del niño o de la niña,

“...cuando usted hace la visita, se trabaja (sobre el MMN) en “Vida y Familia” (...) ¿cree que se podría trabajar también de otra forma, durante las visitas, para promover más fuerte, el consumo de las Chispitas? Puede ser después del trabajo ya, puede ser después de la despedida (...) cuando trata por ejemplo, “Cuéntame un cuento” ¿ahí no se podría hablar sobre las “Chispitas”? (...) también se podría hablar señorita (...). Bueno, de las Chispitas, en el “Cuéntame un cuento”, yo puedo trabajar, puedo llevar las Chispitas, con eso sí, enseñándole, haciendo un cuento o haciendo un dibujo de las Chispitas (...). ¿Y “Jugando aprendo”, cómo se podría trabajar con las Chispitas? Ahí, cómo se puede trabajar...como haciendo comer al niño, cómo preparar...” (H2 Facilitadora SAF2)

Es importante relevar que el consumo del MMN, constituye un tema de trabajo permanente en la estructura de las visitas,

“...por ejemplo, durante el tiempo que los bebítos están con Chispitas, cada vez que vas, siempre le recuerdas sobre Chispitas. Sí. ¿o en alguna visita, ya hablas sobre otra cosa? No, siempre le hablo (...) en cada visita, así ya hayas hablado antes, vuelves y vuelves a recordar. Claro pe’ para que aprendan más” (H1 Facilitadora SAF1)

Como indican las Facilitadoras, los ejes de indagación principal sobre el MMN - durante las visitas – se dirigen a determinar **si se está recibiendo el MMN o no** en el establecimiento de salud; **si se ofrece o no el MMN** y cómo se estaría preparando (notemos que el acento, no se dirige al consumo en sí o a las dificultades que podría enfrentar la cuidadora principal),

“...tengo que hablar si le están dando o no (el MMN en el establecimiento de salud); si han ido a esa fecha que le citaron o no (...) entonces, ellos me responden “sí me dieron”, otras (...) “no me dieron, me van a dar tal día, dice (...) sólo le decimos, “¿le has dado sus Chispitas?”, “sí” nos dice, “¿le has dado ayer?” “sí”, siempre estamos preguntando...” (H2 Facilitadora SAF1)

“...saludo y le pregunto (a la CP) “¿estás llevando a su control a tu hijo o no estás llevando?” (...) “¿estás dando Chispitas o no le das?”. Cuando me dice, “no doy”, le explico “así tienes que darle” (...) ¿Qué más preguntas? Por ejemplo, ¿preguntas si es que tiene alguna dificultad, para darle o solamente, si le está dando? No, no preguntas dificultades” (H1 Facilitadora SAF1; subrayado nuestro)

De manera consistente, los Acompañantes Técnicos, al realizar sus labores de seguimiento, sobre el trabajo de las Facilitadoras, inciden en la información que éstas recogen sobre el MMN y que se concentraría básicamente, en su recepción y en su ofrecimiento al niño o a la niña,

“¿Quién te pregunta, sobre cómo va el tema de las Chispitas? La profesora (se refiere a la AT) ¿Qué te pregunta sobre las Chispitas? “¿están dando o no?”, me dice. Y ¿Qué más te pregunta, aparte de si están dando o no? Eso nomás” (H1 Facilitadora SAF1)

“...el señor L (AT) la señorita L (AC), le preguntan, le consultan como para decirle cómo va el trabajo? Semanal, ellos vienen a eso. ¿Qué les pregunta sobre las Chispitas? Si hemos preguntado, “si está tomando o no, si han recibido”, “si está comiendo el niño o no”, eso nos pregunta” (H2 Facilitadora SAF1)

Como podemos apreciar, el seguimiento en torno a la suplementación – tal como se precisa – resulta sumamente, acotado, no se extiende a temas más específicos y directamente, vinculados al consumo,

“...las Fichas que ellos aplican (se refiere a las Facilitadoras) preguntan simplemente, “¿la madre recibió los micronutrientes?” ellos ponen “sí” y “no”, nada más, no están ellos vinculados a que si lo consumen o no lo consumen, simplemente, esa es la pregunta, si es que están recibiendo o no están recibiendo, pero cuando conversamos, nosotros le decimos, “deben observar y hacerles seguimiento, a que ellos deben consumirlos, ellos les hablan, pero el asunto, es que a veces, algunas familias no lo aceptan...”
(H1 Acompañante Técnica SAF)

*“(las Facilitadoras) tienen que registrar si consumen o no consumen (...) **No si está consumiendo efectivamente, o cómo lo está preparando.** No, porque de acuerdo a la Ficha, son preguntas cerradas, no son preguntas abiertas (...) “sí o no”, es cerrada, no es abierta. **Pero si reporta la Facilitadora, “la mamá está preparando en sopa”, ¿eso queda registrado? Eso queda registrado en su Cuaderno de Campo, nada más”** (H2 Acompañante Técnico SAF)*

“Solamente promovemos, nada más, les decimos a las familias, “¿has consumido?”, “sí, no”, ¿cómo está el niño?”, una encuesta verbal, no tenemos registro, no tenemos instrumento” (H-Especialista de Ejecución y Seguimiento al trabajo con Familias-SAF)

Como una forma de promover y garantizar la *recepción* oportuna del MMN, las Facilitadoras solicitan igualmente, las tarjetas de control CRED, con el fin de identificar las fechas programadas de atención y así alertar y recordar a la cuidadora principal, a acudir con puntualidad a sus citas,

***“...también verifican que se esté dando continuidad, que vayan a la Posta a recibir las Chispitas, verifican que todos los meses vayan a recogerlo** Sí, eso también hemos puesto, en la actividad de las Facilitadoras, que por lo menos, se fijen en su tarjeta de crecimiento, cuándo les toca su cita para que puedan ir, a veces, hay señoras que no leen o se olvidan, recordarle, “tal día te toca, tal día te toca, no te olvides”, hacerles recordar” (H1 Acompañante Técnica SAF)*

El consumo efectivo del MMN por el niño o la niña, constituye un aspecto, difícil de determinar con certeza, más allá de indagar si se está administrando o no. Cómo se da el consumo, es decir, si el niño lo acepta, come todo, sólo una parte; si se prepara de manera adecuada o no; si la práctica es regular y continua o por el contrario irregular, representan interrogantes, que no se resuelven aún con claridad. En este marco, una estrategia sugerida, es la recomendación a las Facilitadoras, de observar si es posible, la preparación y el consumo del MMN, durante las visitas domiciliarias que realizan (siempre y cuando, la hora programada de manera conjunta con la cuidadora principal, permita dicha observación),

***“...en relación al MMN, es básicamente, saber si reciben o no reciben** Si reciben, si le están dando o no. Como le digo, de recibir, reciben las mamás (el MMN), ahora, nuestro problema está, si lo consumen o no. **Pero en ese nivel, no hay todavía, instrumentos o estrategias para verificar.** No, como le digo, era un acuerdo que verifiquen los sobrecitos y si no, si es que llegaran en el momento de la comida” (H1 Acompañante Comunitario SAF)*

***“Para poder saber (si el niño o la niña consume o no consume) es un poco más delicado, es centrarse (...) o tener una oportunidad de poder estar en el momento del almuerzo ¿no? (...) para eso, lo que vale es generar confianza”** (H2 Acompañante Técnico SAF)*

En aquellas oportunidades, en que las visitas han coincidido con el momento de la alimentación del niño o de la niña y se ha podido observar directamente, su preparación y consumo; se brindan algunas indicaciones si fueran necesarias. Es importante señalar, que no siempre es posible realizar una observación directa, pues no siempre la cuidadora principal, ofrece las facilidades necesarias o no desea estar expuesta a dicha observación, tal como la Acompañante Técnica indica. En general, la determinación del ofrecimiento o no del MMN, sólo se basa en la *referencia* que da la cuidadora principal,

***“...quedamos con el C.S., que nosotros también hagamos ese seguimiento, veamos que consuman las Chispitas, porque como las señoras (se refiere a las Facilitadoras) van a su casa semanal, que vean que consuman, en eso habíamos quedado y las señoras (cuidadoras principales) a veces no quieren recibimos en ese momento, de lo que están en la comida, “no, estoy ocupadita”. Las Facilitadoras, a veces, tienen que sentarse, esperando una hora para que puedan entrar, se hacen rogar las señoras, no son accesibles fácilmente”** (H1 Acompañante Técnica SAF)*

*“...en algunos no te hacen ingresar (a los hogares o a los espacios en que se da la alimentación) en algunos sí no podrías ver, sino es un reporte, ahí sí es un reporte. **Un reporte hablado, nada más. Ajá, es un reporte oral**” (H2 Acompañante Técnico SAF)*

La dinámica de consumo o no consumo de las familias, es objeto de información al establecimiento de salud, tal como los Acompañantes Técnicos manifiestan, de esta manera, el personal de salud, refuerza el seguimiento correspondiente, a los casos de no consumo,

“...somos apoyo del Centro de Salud, y tratamos de observar lo que consumen o no consumen, dándole la alerta que tal familia no está consumiendo y la otra está consumiendo” (H1 Acompañante Técnica SAF)

“...si de repente, vemos una actitud algo negativa (...) nos menciona (la CP), “sí estoy consumiendo”, entonces, ¿Qué es lo que hago?, la Facilitadora nos pasa la información y mi persona o el Acompañante Comunitario, va a la Posta, “¿sabes qué? Me parece que tal familia, no está consumiendo adecuadamente, sus Chispitas, entonces, ya pues, ellos intervienen, ¿no?” (H2 Acompañante Técnico SAF)

Durante las visitas – a pesar de este marco limitado vinculado al MMN - las Facilitadoras abordarían con especial atención, el tema de la *importancia del MMN* (la experiencia personal de la Facilitadora en su condición de cuidadora principal y de manera previa a su integración como tal; permite reparar en la relevancia que alcanza contar con orientación adecuada),

“...usted no tomaba importancia de las Chispitas, para su hijito, pero cuando está en Cuna Más veía que...Sí, “¿por qué no le he dado a mi hijo?” a veces decía, ¿no? (...) Yo lo guardaba las “Chispitas”, cuando me daban de la Posta, a mi hijo no le he dado (...) porque no nos dijeron nadie nada, tampoco en la Posta (...) nos dijo que le iban a dar Chispitas, pero no nos dijeron que esto era lo más importante para los niños (...) pero ahora que ya sé, hasta yo misma en las capacitaciones que hemos recibido de las Chispitas, ya pues, Chispitas es lo más importante para los niños” (H2 Facilitadora SAF2)

Como señala el Especialista en Seguimiento a Familias, el rol central de la Facilitadora, respecto al MMN, es el de *sensibilizar* a la cuidadora principal, sobre la importancia de su consumo por el niño y la niña (en tanto, el establecimiento de salud, debe abocarse en el seguimiento del consumo),

“...lo que se tiene que hacer es – el establecimiento de salud, hacer el seguimiento y nosotros, a través de nuestras Facilitadoras, ellas promueven. Ellas van y le dicen (a la CP) “tienes que consumir”, cuán importantes son las Chispitas, pero más allá de si no lo consumieron, lo que nosotros tenemos que hacer es seguir sensibilizando” (H-Especialista de Ejecución y seguimiento al trabajo con Familias-SAF)

Asimismo, las *pautas de preparación* - separación de una porción; consistencia espesa de la preparación; uso de un sobrecito completo - conformarían líneas de reforzamiento,

“Haz de cuenta que soy una mamá y que me estás enseñando, yo no sé nada de Chispitas. Ya, Chispitas tienes que...o sea, en dos platitos, segundo, pero no en sopa, en segundo (...) le separas en un platito, dos cucharitas y le echas un sobrecito (...) ¿No le puedo echar la mitad o un poquito? (...) No, todo el sobrecito (...). Me has dicho que en segundito, que en sopa no. En sopa no. Entonces, ¿en su avena le puedo dar? No no, en su avena no, en leche no, porque es agua ¿no? no puedes dar (...) espesito espesito tiene que estar pe” (H1-Facilitadora SAF1)

“...de las Chispitas, ¿Qué es lo que tienen que hacer? (...) es comer pues, a los niñitos preparando, eso les enseñamos, “así vas a preparar, en dos cucharaditas, un sobre vas a echar en la comida y ahí le vas a hacer comer”, así le decimos señorita” (H1-Facilitadora SAF2)

Las Facilitadoras recogen igualmente, preguntas de las cuidadoras principales, quiénes suelen interrogar por el sentido e importancia de la suplementación,

“Y las que preguntan, ¿Qué dicen? Me preguntan, “¿para qué estamos dando?”, “¿para qué sirve?” y yo les digo que es bueno pa’ la anemia (...) pa’ que no agarre enfermedad” (H1 Facilitadora SAF)

Reparan asimismo, en la aplicación inadecuada de algunos criterios de preparación y administración del MMN, tal el caso, de aquellas que brindan más de un sobre al día,

“...le explico cómo tiene que dar sus Chispitas (...). A veces, mamás que no entienden bien, una fecha le había dado, una señora, al bebé que tiene siete meses, en la mañana y a la dos, en la tarde, Chispita. No es así, supuestamente, una sola vez, se le tiene que dar al día (...) ella me dice, “yo pensaba es así” (...) “es una sola vez, yo que tengo entendido, es una sola vez al día, por eso, nos dan treinta paquetitos para treinta días” (H2-Facilitadora SAF1)

Las cuidadoras principales van a referir asimismo, problemas en cuanto al consumo de sus niños y niñas (aunque una indagación explícita de las *dificultades* del consumo, no conformaría parte del protocolo usual, de las Facilitadoras); relacionados con el sabor desagradable que identificarían; comunican también, las diversas estrategias para lograr que el niño reciba el MMN (siendo fundamental, examinar si resultan adecuadas o no; ya sea para reforzarlas o reajustarlas),

“¿Y en esos casos que no lo consumen, cómo hacen las madres? Dice que le da en agua bien dulce, así hace la mamá ¿En agua lo mezcla? Sí, en agua dice, le da un vasito de agua bien dulcelcito, ahí le echa, lo mueve bien y le da y a veces, le da en yogurt” (H2-Facilitadora SAF1)

Como podemos observar, se requiere contar con un repertorio de alternativas y sugerencias, que las cuidadoras principales puedan poner en práctica. El conocimiento de las Facilitadoras, de las condiciones familiares, además de las prácticas habituales de alimentación; se convierten en recursos capitales, en la búsqueda de alternativas, que resulten pertinentes y factibles (esta posibilidad pasa en primer lugar, por el manejo claro de los criterios básicos de preparación y administración del MMN; sólo su dominio, permite adaptar las indicaciones generales). La preparación y capacitación de las Facilitadoras, representaría un aspecto central a seguir reforzando y con ello, potenciar sus actividades de orientación y acompañamiento a las cuidadoras principales. Al respecto, la Acompañante Técnica señala que no siempre las Facilitadoras se encuentran en condiciones de responder adecuadamente, y con seguridad, las diversas dudas e interrogantes de las cuidadoras principales,

“...la Facilitadora, cuando las mamitas tienen dudas, ¿Cómo hace ella para responder esas dudas (...)”? Cuando tienen dudas así, ellas no pueden responder, ellas se callan o dicen, “sí pues, yo también he escuchado” (se refiere a un caso, en que una CP pone en duda el carácter beneficioso del MMN) no les llevan la contra, simplemente, aceptan lo que las madres les dicen, nada más, no le responden otra cosa” (H1 Acompañante Técnica SAF)

➤ EL TRABAJO DE LAS FACILITADORAS EN TORNO A MMN, SEGÚN LAS CUIDADORAS PRINCIPALES

Las **cuidadoras principales** van a reconocer en la *Facilitadora*, un referente importante; los testimonios dan cuenta de la promoción constante del consumo del MMN, subrayando su importancia y beneficios; indagan en la recepción efectiva del MMN, así como en el consumo; brindan igualmente, orientaciones sobre la forma de proceder en la preparación del MMN, además de fortalecer prácticas de cuidado de los niños y de las niñas. Un primer tema general de indagación de las Facilitadoras, lo constituye, constatar que la cuidadora principal *está recibiendo el MMN*, de manera regular,

“¿Alguien le ha visitado a su casa y le ha hablado de las Chispitas? No, solamente la señora Facilitadora. Usted qué se acuerda de lo que le dijo la primera vez, la señora Facilitadora? Y las Chispitas estaba recibiendo normal de la Posta, “tienes que recibir, porque tu hijo tiene que alimentarse (...)” ¿Qué más le dijo sobre las Chispitas? “Tienes que darle a tu hijo, no vaya a ser que baje su hemoglobina, así” (H2-Cuidadora principal usuaria SAF3)

En la indagación, no deja de relevarse la importancia del consumo; motivando y promoviendo la práctica de acudir de manera puntual a los controles CRED, en el establecimiento de salud (hecho que la cuidadora principal reconoce valioso). Reparemos en el interés que se muestra, en la evolución de los indicadores de desarrollo de los niños,

“... más la Facilitadora me controla, con ella los niños se controlan más. Y usted me decía que lo que le preguntaban era “¿le estás dando o no le estás dando? ¿Qué más le preguntaban (...)”? “¿Le estás llevando a su control?” “¿Si está subiendo su peso o no, o está bajando? ¿...cómo se sentía (...) cuando le preguntaban, si le está dando o no? (...)” ¿Cómo se sentía usted cuando le preguntaban si es que estaba llevando? Me hacen recordar” ” (H1- cuidadora principal usuariaSAF2.2)

Los **beneficios del consumo del MMN**, conforman un aspecto presente, en el trabajo de promoción y orientación de la Facilitadora, quién va a subrayar, su importancia en el combate contra la anemia y su aporte en el desarrollo del cerebro, entre otros,

“¿Y qué le habla sobre las Chispitas?” *“Las Chispitas vas a hacer preparar bien rico, en comida le vas a echar, le vas a hacer comer... pa’ que no esté desnutrido, con anemia... bastante protege su cerebritito” nos dice* (H1-cuidadora principal usuaria 2.2)

“¿Y qué le anima a darle Chispita a sus bebitos? Le da ganas (...). “Para que su cabeza este bien” me explican así. ¿Quién le explica eso? Del Cuna Más también me dice y el señor de la Posta” (H1-cuidadora principal usuariaSAF2.1)

Otro eje de trabajo lo constituye, las orientaciones que se brindan respecto a la **preparación del MMN**,

“¿A qué ayuda a que haya el Cuna Más? (...) Ah ya – que nos ayuda así, a explicar a todas las otras, porque hay otras mamitas como ves, tal vez a sus hijitos no – no sé – no lo hacen comer las Chispitas, no sabe cómo preparar” (H2 cuidadora principal usuaria SAF3)

Se hace referencia igualmente, a la **consistencia** que han de tener las preparaciones,

“¿Y la Facilitadora le ha pedido que haga algo con respecto a las Chispitas? Sí (...). Que la Chispita le va hacer comer en el segundo” (H1 cuidadora principal SAF2.1)

“¿Y la comida que usted le da es más que todo tipo sopita o segundito? Tipo segundito es (...). A veces en la Posta nos dicen, hasta la Facilitadora nos dice “que no debes dar sopa, sopa... agua nomás se orina” nos dice (...) a veces, sopa nomás hago y papita le sancocho (...) su papa le aplasto y su huevo le aplasto y su leche le echo. Cuando no hay leche, materna nomás le exprimo (...) ¿y quién le enseñó a hacer así? La Posta y la Facilitadora” (H1 cuidadora principal SAF2.2)

Asimismo, se refuerza la recomendación de no combinar el MMN, en toda la comida, sino en una porción,

“¿La Facilitadora te aconseja algo, te ayuda algo? Sí, señorita. ¿Cómo te ayuda?” *“Vas a hacer comer. Vas a separar de su platito dos cucharaditas y de ahí vas a hacer comer. Aunque no quiere, también rogando también vas a hacer comer”* (H1 cuidadora principal SAF1)

Las cuidadoras principales, tienen diversas dudas, que exponen o desean exponer a las Facilitadoras. Algunas dudas tienen carácter de fondo, como la de aquella cuidadora principal que se interroga por el carácter seguro y beneficioso del MMN; otras son más específicas y relacionadas con su preparación y administración adecuada y que surgen a partir de situaciones concretas que enfrenta o podría enfrentar (dudas que alertan sobre la importancia, de estar preparados para absolverlas),

“¿Qué duda fue la que tenía sobre las Chispitas? ¿Si era bueno? Por eso no le daba tan seguido Y Por ejemplo cuando tenía esa duda ¿la Facilitadora le ayudaba? Sí. ¿Cómo así le ayudó la Facilitadora? Ah nos han explicado” (H1 cuidadora principal SAF2.2)

“Quisiera que más me hable (se refiere a la Facilitadora) algunas cosas también, si me olvido de hacerlo comer, ¿qué pasa si un día o dos días no le doy? ¿qué pasaría? Si esos dos sobres, haría comer al día siguiente, esas cosas quisiera que me expliquen también” (H2 cuidadora principal SAF3)

➤ DIFICULTADES QUE EXPERIMENTA LA FACILITADORA EN LA REALIZACIÓN DE SUS TAREAS

En general, las labores que realiza la Facilitadora, gozan de reconocimiento, por parte de las cuidadoras principales, pues amplían el horizonte de sus conocimientos,

“¿Y qué le han comentado sobre el Cuna Más, otras mamás que conoce usted, le han dicho algo? Sí, señorita, que este Cuna Más es bonito. Que iban a sus casas a visitarles, cuando tenían sus hijitos, les iba a visitar. Hay muchas cosas, que ahí se ha aprendido, señorita” (H2 cuidadora principal SAF3)

No obstante, es importante señalar, que no todas las usuarias, experimentan esta presencia fundamental y cercana, respecto a la Facilitadora,

“¿Le ha preguntado al Facilitador algo de Chispitas? No. ¿Alguna vez le ha dado usted a su niña que consume Chispitas? Sí, pero ya no quiere comer por eso no le doy (...) el hecho que no le diera ¿le consultó al Facilitador? No. ¿No le dijo en algún momento? No” (H2 cuidadora principal SAF2)

Dadas sus labores de orientación, las Facilitadoras requieren ser fortalecidas con argumentos sólidos, en torno a los diferentes aspectos del consumo del MMN; saber responder y dar seguridad con ello, a las cuidadoras principales, resulta vital (como bien se agrega, el intercambio a realizar, no sólo se circunscribe a las cuidadoras principales, debe extenderse igualmente, a los padres y a los diversos actores comunales). Las Facilitadoras entrevistadas, desean ampliar sus conocimientos sobre el MMN y conocer con mayor profundidad, su contenido,

“...yo quisiera saber otra vez ¿no? (...) qué cosas es lo que tiene adentro esas “Chispitas”, lo que contiene ¿no? (...) yo le digo (a las cuidadoras principales) “tienes que darle sus “Chispitas”, “pero, ¿qué contiene esas “Chispitas”?”, si me dice, yo no voy a poder responder, por eso yo quiero hacer sí, otra capacitación más” (H2 Facilitadora SAF2)

“...yo le digo (a la CP) “tienes que darle sus Chispitas”, pero qué contiene esas Chispitas, si me dice, yo no voy a poder responder, por eso, yo quiero hacer sí, otra capacitación más” (H2 Facilitadora SAF2)

“¿Usted considera necesaria una capacitación, para lo que desempeña sobre Chispitas? Sí, porque así vamos a poder explicar a las mamás. Así vamos a tener hasta el padre (...) los padres también nos preguntan. ¿Qué cosa preguntan los papás? Si a nosotros nos capacitan (...) y yo no tengo qué responder, porque nunca me han capacitado, desde que he entrado (...) los papás son los que preguntan, “¿qué cosa les dicen?” “¿en qué se ha capacitado?”, los papás son más activos” (H2 Facilitadora SAF1)

Es posible apreciar que no siempre, se encuentran en condiciones de dar respuesta a las dificultades y dudas de las cuidadoras principales; además de transmitir en ocasiones, indicaciones inadecuadas (como por ejemplo, brindar el MMN en preparaciones líquidas),

“...todo le explico (a la CP) “tienes que darle en el desayuno, que sea en su sopita, aunque sea en quaker”, porque hay niños que no sienten en su biberón y lo toma” (H2 Facilitadora SAF1)

“Por ejemplo, a mí me preguntan, “¿Qué cosa tiene, lo que leo nomás digo, pero de repente, hay más cosas y yo tampoco sé...” (H2 Facilitadora SAF1)

El reconocimiento y legitimidad social de la labor que realiza la Facilitadora, se plantea como otro aspecto importante a considerar, tal como plantea esta entrevistada; quién señala que las cuidadoras principales, no siempre valoran sus conocimientos o su capacidad de brindar orientación, respecto a los que se denomina como profesionales,

“Esta información (...) para solucionar que el niño consuma, usted me dice que habla con el Puesto de Salud. O sea, a ellos tendrían que ir hablar a la mamá eso, o sea comentar porque no le da o preguntar el motivo porque no le da al niño, el niño no quiere, o la mamá por un descuido no da. Siempre van hacer caso al técnico y a la enfermera de salud en cambio a nosotros, nos mira algo que nosotros no somos profesionales, no somos nada, no va ser ni caso, pero a ellos sí.” (H2 Facilitadora SAF1)

(b) Región Piura

De manera similar a la Región Huancavelica, los aspectos en los cuáles se inciden en el seguimiento sobre el MMN, durante las visitas desarrolladas por las Facilitadoras, se articulan alrededor de su recepción oportuna y de su consumo o no (de este último rubro, sólo es posible recoger la referencia de la cuidadora principal, es decir, no puede ser corroborado de manera directa),

“...la Facilitadora tiene la responsabilidad de preguntarle a la mamás dos cosas: si recibió el multimicronutriente y si le preparó el multimicronutriente a su hijo, en el día, tal como le indicó el establecimiento de salud” (P-Coordinador SAF)

“...nosotros vamos promoviendo que ellos reciban, no que consuman, porque el tema del consumo, no lo podemos asegurar nosotros como SAF, estamos vigilantes en los Comités de Gestión, que el niño reciba, mas no el consumo, este tema hará unos meses, que estamos incidiendo, porque es mucho más difícil” (P Especialista de Ejecución y Seguimiento a la Gestión Comunal; Especialista de Ejecución y Seguimiento al trabajo con Familias-SAF)

“Nosotros como Programa, debemos vigilar al menos, la dotación a las familias de multimicronutrientes (...) ¿y cómo lo vigilan? Una forma práctica es mediante la visita al hogar, la Facilitadora cuando va a hacer su visita al hogar, en su Ficha de Visita, hay un rubro que indica, “recibió o no recibió el multimicronutriente” (P-Coordinador SAF)

Como bien señala la Acompañante Comunitaria, el seguimiento del consumo, requiere un trabajo concertado con el personal de salud (el cual refuerce igualmente, la importancia del MMN) pues si bien no se cuenta con estrategias que puedan dar evidencia clara del consumo del MMN, es posible advertir indicios entre las familias, que no se estaría realizando un consumo adecuado del MMN,

“Y esta oportunidad de llegar más a las familias, al menos a las 48 ¿en qué se relaciona con las Chispitas? El hecho se les hace un seguimiento más minucioso, por eso los casos, donde una mamá nos decía, “sí le hemos dado”, pero a veces, nos dimos la vuelta por el jardincito y había sobrecitos por ahí, con algunos animalitos (...) nos percatábamos de esas situaciones al llegar a las familias y ver el tema de las Chispitas, es un seguimiento más minucioso, hay que trabajarlo de la mano con el P.S., para que ellos también les informen de lo necesario e importante que es” (P1 Acompañante Comunitaria SAF)

Con el fin de indagar en cada visita, si la cuidadora principal lo ofrece al niño o a la niña; las Facilitadoras han solicitado se guarde el sobrecito utilizado del MMN, *“para que nosotras veamos si le dio o no”*. Si bien se muestran los sobrecitos vacíos, evalúan que no siempre resultan prueba contundente de su consumo. Así por ejemplo, una Facilitadora participante del Grupo Focal, señala de manera ilustrativa, que una cuidadora principal, se refirió a dicha medida de control, como posible de falsear,

- *“Cada ocho días, le preguntamos si le está dando*
- *Nosotros le hacemos la pregunta...¿le darán o no le darán? Le pregunto si le ha dado el micronutriente. “Sí” dice, “aquí está la bolsita”. Nosotras le pedimos que guarden la bolsita vacía, para que nosotras veamos si le dio o no*
- *A mí, una señora me dijo, “yo lo puedo poner en el suelito y vaciar la bolsita” (P1 GF Facilitadoras SAF)*

Por ello, se considera que la forma más certera de establecer el consumo, se da a través del examen de los indicadores de peso y talla del niño o de la niña; así como la ausencia de anemia. Otra forma de comprobación, consiste en apelar al propio niño o niña, quién a decir de la Facilitadora, informa realmente, si se realiza o no, una actividad,

*“-Nosotras vemos su peso y talla, si no tiene anemia y está creciendo bien, ahí sabemos que está consumiendo
-Yo no estoy segura por eso. Yo estoy segura, cuando veo que el niño pide, porque el niño te dice todo. Le preguntamos, “¿han cantado?”, la mamá dice “sí” y el niño dice, “no, no me ha cantado” (P1 GF Facilitadoras SAF)*

Asimismo, las Facilitadoras señalan que no siempre encuentran una actitud receptiva por parte de las cuidadoras principales cuando abordan el tema del MMN, pues éstas remarcaban que tal tema ya ha sido tratado por el personal de salud; se da a entender que no desean se repita o trate nuevamente, la información (como ya se ha señalado, el tema del MMN, es tratado en el período inicial de la visita, pues allí se realiza una suerte de recuento de las actividades que han transcurrido durante la semana; la impaciencia también se evidenciaría en el niño o la niña, pues éstos desean pasar directamente, al momento de “Jugando aprendo”),

“Cuando le indicamos de las Chispitas, las mamás nos dicen, “ya, ya, eso ya nos dice la enfermera” (P1 GF Facilitadoras SAF)

Una estrategia que permitiría observar directamente, la preparación y el consumo del MMN, consistiría en coordinar con las cuidadoras principales, la posibilidad de llegar a la visita de manera

previa a la hora acordada (en caso la visita haya sido programada, alrededor de la hora usual de preparación de los alimentos). Sin embargo, tal como se indica, no siempre las cuidadoras principales, acceden o se muestran renuentes,

“(las Facilitadoras) les están pidiendo, especialmente, a las mamás, que van llegando digamos entre las 11 o 12 (...) ‘voy a venir media hora antes y te ayudo a preparar’, pero no son todas, hay mamás, que a veces, no quieren. Primero usaron esa estrategia, para que la mamá vea cómo se prepara, a través del juego, el niño va a comer, quizás no esté en todos los Comités, quizás en algunos y así se ha venido trabajando. ¿Y dependiendo de qué? No sólo del horario, sino de la disposición de la familia, porque si no quieren, no se les obliga...” (P Especialista de Ejecución y Seguimiento a la Gestión Comunal; Especialista de Ejecución y Seguimiento al trabajo con Familias-SAF)

Como apunta el Coordinador SAF, el consumo efectivo del MMN, por el niño o la niña, resulta un aspecto aún complejo de *medir*; pues dicho consumo no es controlado o realizado directamente, como sucede en el Servicio de Cuidado Diurno; sólo se cuenta con el reporte que brinda la cuidadora principal,

“...sigue siendo un reto, pero que no encontramos todavía el planteamiento, cómo ver, cómo garantizar, tener una garantía de que los niños consuman realmente, el multimicronutriente, eso nos gustaría saber a nosotros ¿por qué razón? Porque si yo tengo niños con anemia ahora y si esto lo veo en tres meses y el niño sigue con anemia; sin embargo, figura que el niño si recibe el multimicronutriente, pero me preocupa saber ¿lo está consumiendo? ¿no lo consume? O sea, ¿sigue con anemia a pesar que lo consume? O ¿es que sigue con anemia, porque recibe y no lo consume? Entonces, ese es un gran reto que no lo tenemos resuelto ¿no es cierto? Es hacia donde apuntamos y estamos buscando formas y maneras de sensibilizar a las familias, para que lo puedan hacer” (P-Coordinador SAF)

“...sí considero que habría que buscar un mecanismo de cómo vigilar el consumo, o sea, siga insistiendo en eso (...) yo creo que si no hay una vigilancia del consumo, la dotación no va a ayudar mucho (...) se invierte, llegan al establecimiento de salud (...) la familia lo recibe (...) la Facilitadora toma nota de si lo recibió (pero, ¿eso garantiza el consumo?” (P-Coordinador SAF)

➤ EL TRABAJO DE LAS FACILITADORAS EN TORNO AL MMN, SEGÚN LAS CUIDADORAS PRINCIPALES

Desde la perspectiva de las **cuidadoras principales**, el seguimiento en general, de prácticas de salud constantemente recomendadas (asistencia a CRED, consumo del MMN) forma parte de las visitas que realizan las Facilitadoras,

“Y aparte de las Chispitas, ¿algo más que le pidan (...) que haga? Sí (...) ‘si está bien su control, si está bien la talla’, me quita el carnet (...) y yo le digo que sí, que todo está bien, que ahí está pues, para que vea que le estoy llevando, ‘ah ya’, me dice” (P1 cuidadora principal SAF1)

“...las Facilitadoras, también vienen y preguntan si les damos (el MMN), cómo les damos (...) para ver si está subiendo de peso...” (P1 cuidadora principal SAF3)

Las **cuidadoras principales** reconocen en la Facilitadora, una fuente de orientación, pues abordan diversos temas relacionados con el cuidado y la salud de los niños y de las niñas. Motivan la asistencia puntual al establecimiento de salud, para el respectivo control CRED; promueven prácticas de higiene y alientan el consumo del MMN (notemos en la siguiente cita, el manejo de la secuencia metodológica de las visitas, que muestra la cuidadora principal, al ubicar este tipo de recomendaciones en el momento correspondiente a “Vida en Familia”),

“Y en ‘Vida en Familia’ ¿Cómo es, qué le dicen? En ‘Vida en Familia’ dicen que hay que llevarlos al C.S., hay que tener al niño bien aseadito. Ah, como que le dan recomendaciones. Ajá, me vienen a recomendar, eso es lo que me dicen (...) ¿algún otro mensaje que recuerda (...)? Ahí me dicen que le dé pues al día, las Chispitas” (P1 cuidadora principal SAF1)

“...las Facilitadoras (...) también vienen y preguntan, si les damos, cómo les damos, o sea, le demos, para ver si está subiendo de peso (...) me explican cómo debo de darle (el MMN) y eso ya es un alcance...” (P1 cuidadora principal SAF3)

Más específicamente, observan cómo se está preparando y dando el MMN, para brindar las indicaciones respectivas,

“...también me dicen que prepare, para ver cómo le estoy dando. ¿Y eso es siempre o de vez en cuando? No, siempre me han dicho eso, para ver cómo le estoy dando, si le estoy dando bien” (P1 cuidadora principal SAF3)

“...me dijo (se refiere a la Facilitadora) para que avance a comer dos cucharitas, después, ya me dijo que siga comiendo su comidita normal, ya” (P1EPFUSAF2)

“También la de Cuna Más, también nos explicó (...) que así mismo, le demos, con papillita, con comidas espesitas que le dé” (P1 ESSAF2)

Al exponer las cuidadoras principales, preguntas o dificultades respecto al consumo, plantean diversas sugerencias, por ejemplo, alcanzan opciones de preparaciones que podrían favorecer el consumo del MMN,

“Yo también les pregunté, qué le puedo dar cuando no le gusta la comida, para poderle dar las Chispitas. ¿Y qué te dicen cuando les preguntas eso? Me dicen que le prepare en tal cosa, a ver si le gusta “intente me dicen”. Y de esa información que te han dado, ¿qué te ha servido, para que ello lo consuma? Ah sí, me a un alcance más y ya ella lo consume. ¿Y qué cositas más o menos, te dijeron? Ah sí, me dijeron que le dé mazamorrita de maíz con leche, de maíz blanco” (P1 Cuidadora principal usuaria3 SAF)

Ante casos críticos de rechazo que refiere la cuidadora principal (presencia de diarrea y que la CP vincularía con el consumo del MMN) se recomienda acudir al establecimiento de salud y hacer la consulta respectiva al personal de salud,

“...yo les dije que las Chispitas, no le puedo dar, porque le caen bien mal a él (...) me han dado, el Sulfato Ferroso y eso no le hace mal, las Chispitas no le estoy dando, porque le hacen muy mal”. Y allí, ¿ella qué dice? “¿Ha ido a consultar con el C.S.?”, “sí, sí he ido a consultar, ellos saben”, le digo ya, “ah ya señora, ya no hay ningún problema”. Ya no insiste. No, con las Chispitas ya no” (P1 Cuidadora principal usuaria 1-SAF)

➤ DIFICULTADES QUE EXPERIMENTA LA FACILITADORA EN LA REALIZACIÓN DE SUS TAREAS

Un tema crítico, se plantea a partir de la observación de este entrevistado, miembro del Consejo de Vigilancia y hace referencia a la comprensión que las cuidadoras principales manejarían, sobre el rol de la Facilitadora y que tendría implicancias en el *acompañamiento* que podría brindar. La Facilitadora sería vista como una suerte de apoyo para el cuidado directo del niño o de la niña, mientras la cuidadora principal realizaría otras actividades (como bien grafica el entrevistado se trataría de una *“niñera”*),

“...¿no sabes cuál es otra dinámica que tienen acá? Llega la señorita Facilitadora, como tienen que estar una hora ahí (...) “ay señorita, ya que llegó, ahí se lo dejo a mi bebito, me voy por allá” (...) se queda ahí como si fuera la niñera, o sea, la consideran una empleadita más, debe cuidarle a su hijito (...). Así es acá (lo que) pasa la Facilitadora, ni llega la señora y no escuchan nada (...) sufren mucho las señoritas (...) se van lejos, hasta la altura de los cerros, por ahí buscando, a ver niñitos, para que les dejen el niño encarado...” (P1 Consejo de Vigilancia SAF)

En este marco, las tareas de acompañamiento y orientación de la Facilitadora, enfrentan dificultades para su desarrollo. Si bien no conocemos qué tan generalizada se encuentra esta comprensión, por parte de las cuidadoras principales o el conjunto de dificultades, que se enfrentan, además de las estrategias que se estarían implementando para superarlas; este testimonio, coloca la atención en el reconocimiento a la autoridad o legitimidad de la Facilitadora.

(c) Región Ucayali

Es importante anotar que las Facilitadoras no han sido propiamente, capacitadas sobre el MMN, más allá de nociones generales brindadas por la Acompañante Técnica y de la información que brinda el personal de salud (se recibiría así, información en tanto cuidadoras principales) tal como comunica la Acompañante Comunitaria y las propias Facilitadoras (ya se ha expuesto acerca de la situación del

SAF estudiado, que al momento del estudio, no contaba con Acompañante Técnico asignado, desde el mes de setiembre),

“¿...en la Cuna te han informado, han recibido una capacitación sobre esto ya? ¿De esto de acá (se refiere al MMN)? No (...) ¿Cómo sabes el hecho, de que se tiene que combinar con la comida? ¿Quién te explicó eso por ejemplo? El enfermero” (U2 Facilitador SAF1)

“...cuando entraste, no había esto en el Programa (se refiere al MMN), ni los niños, ni las casas ¿no? No. Luego cuando empezó este año a darse, ¿tú fuiste capacitada acerca de esto? (...) No, este el Técnico (se refiere al personal de salud) (...) ¿él le dio charlas a ustedes? Sí, charlas a las mamás. Ah a las mamás, ¿pero a ustedes como Facilitadoras? No, ya como mamá teníamos nosotros” (U2 Facilitadora SAF2)

“Y sobre los Facilitadores, ¿cómo ha sido, ellos han tenido capacitación sobre (el MMN)? No, no han tenido netamente, capacitación para eso, porque la (Acompañante) Técnica me comentaba, solamente, cómo van a realizar su visita, metodología de sus actividades, pero lo que son netamente, micronutrientes, no me comentaba. Ella es la que hacía la capacitación para el Facilitador. Entonces, los contenidos que manejan los Facilitadores (...) ¿de dónde tendrán idea de los micronutrientes (...) en este caso, por ejemplo, lo que la (Acompañante) Técnica le decía, siempre algo genérico (...). Y ellos también, muchas veces conversan con el Técnico del P.S. Y en las reuniones con aliados, ahí también van captando la importancia...” (U2 Acompañante Comunitaria-SAF)

La indagación que se suele realizar sobre el MMN, durante las visitas domiciliarias, se dirige a confirmar su recepción o no y sobre si se consume o no,

“...siempre le pregunto (...) “¿reciben este tipo de vitaminas? son vitaminas pues, ¿no? “sí, no” (U2 Facilitador SAF1)

“(las Facilitadoras) también van y preguntan si lo han consumido (...) Esa es la única pregunta, de repente, ¿preguntan sobre la continuidad, el tiempo? ¿se ahonda más o simplemente, se les hace la pregunta a la señora? Se les hace la pregunta y ellos simplemente, les dicen que tienen que seguir haciéndolo, para que a su niño, no le agarre la anemia, la desnutrición, para que no esté en pleno riesgo” (U2 Acompañante Comunitaria-SAF)

Durante las visitas, no se deja de promover y animar el consumo, señalando su importancia para combatir la anemia y la desnutrición;

“(Los Facilitadores) van y preguntan si lo han consumido (...) siempre en sus charlas o visitas, están diciendo. Entonces, sobre todo, lo que se pregunta es si consumen o no. Eso. Esa es la única pregunta, de repente (...) ¿se ahonda más o simplemente, se le hace la pregunta a la señora? Se le da esa pregunta y ellos simplemente, les dicen, que tienen que seguir haciéndolo, para que a su niño no le agarre la anemia, la desnutrición, para que no esté en pleno riesgo...” (U2 Acompañante Comunitaria-SAF)

Otro aspecto que el Facilitador destacaría sobre la importancia del MMN, lo constituye su aporte en el incremento del apetito, tal como esta cuidadora principal manifiesta,

“¿Quién te viene a visitar a ti?...ah, el señor J. Sí ajá, él le enseña mucho a mis hijos (...) ¿Él te ha explicado algo de la alimentación del niño? Sí. ¿Qué te ha explicado? Me ha dicho para darlo a los hijos, que no tiene ganas de dar apetito. ¿Cómo? Apetito para dar de comer. ¿Y él te ha explicado algo sobre estos sobrecitos? Sí. ¿Qué te ha dicho (...) “Que tienes que dar de comer, echar tu sobrecito, le metes, cuando le das de comer” (U2 cuidadora principal usuaria3.2)

Notemos sin embargo, que no existen referentes concretos que den cuenta del ofrecimiento y consumo efectivo del MMN, por el niño o la niña. Como se anota, no se conoce a ciencia cierta, si la cuidadora principal está brindando el MMN y el niño o la niña consumiéndolo adecuadamente,

“¿Alguna vez has visto que la mamá le dé? No, no, no (...) Solamente, le preguntas, me dices. Le pregunto. ¿Qué te parece trabajar sobre estas vitaminas...? Sí, sería bueno de practicar o nosotros mismos ir a ver, cómo preparan ellos, me interesa bastante (...) ¿De enseñarles a dar? Aja. ¿Por qué te parece importante darle? Porque a veces nuestras madres, de repente nos engañan, “sí, le damos de comer” (...) de repente, no le da” (U2 Facilitador SAF1)

“¿y tú has podido ver de otra familia que le dé? No, no he visto. Ellos no te preguntan “señorita, dígame cómo se prepara esto”. No. ¿No te preguntan? No (...) ¿Sabes si ellos, tus niños de las familias usuarias, consumen esto, sabes? Sí. ¿Cómo te llegaste a enterar de eso? Porque he visto en su, donde que juega (...). A veces la mamá le trae su sobrecito (...) le veo su cascarita botado. Y yo le pregunto “¿tú le das esto a tu hijito?” y me dicen “sí” (...) Les pregunto, pero ellas no me preguntan nada” (U2 Facilitadora SAF2)

Más allá de incidir en los beneficios del MMN, con las cuidadoras principales, no se cuentan con conocimientos y herramientas para brindar orientaciones más vinculadas con su consumo, tal como manifiestan los Facilitadores. Así por ejemplo, esta Facilitadora cuyo nieto está recibiendo el MMN, si bien aconseja a su hija, no olvidar ofrecerlo, pues tiene nociones de su importancia; no se siente segura de tratar más ampliamente, sobre el tema con las cuidadoras principales, a quiénes realiza la visita,

“¿Tu hija recibe alguna visita, por parte de si los está consumiendo o no? No. ¿Nadie va a ver si tu nietecito lo consume o no? No, ahí yo mismo veo. Ah tu misma lo ves. Ah yo le digo que...a veces, que ella no se acuerda y yo le hago acordar. ¿Y cómo tú sabes? ¿Por “E” (AT renunciante)? Aja, sí. Pero esa capacitación, esa charla no es suficiente para tú vayas y lo hagas en la visita No pues. Sí le puedes hablar a tu hija, pero no a todas las familias No. ¿Por qué? Porque no he sido capacitada sobre eso, de repente puedo decir otra cosa” (U2 Facilitadora SAF2)

Durante las visitas, las Facilitadoras han podido recoger apreciaciones y dudas de las cuidadoras principales, las cuáles deben ser atendidas. Para ilustrar el tipo de dudas que se plantean, señalamos aquella que sostiene que el consumo del MMN, no tiene mayores efectos ni resultados en los niños y en las niñas. La Facilitadora en tal ocasión, respondió que se trata de una práctica que requiere continuidad en el tiempo, sería interesante, conocer qué tan convencida queda la cuidadora principal, pues precisamente, los resultados no suelen ser visibles inmediatamente,

“...me dijo una Facilitadora, “profesora, cuando consumen eso, no ven nada, entonces, ellos no ven nada de resultados” (...) pero ella les contesta, que ellos tienen que continuar con eso, no es solamente, consumir un día y ya se olvide, siempre estar continuamente...” (U2 Acompañante Comunitaria-SAF)

La Acompañante Comunitaria, indica que a las dudas que manifiestan las cuidadoras principales, se agrega igualmente, una actitud de renuencia al consumo del MMN y que las Facilitadoras comunican. A pesar de este panorama, las Facilitadoras persisten en sus actividades de sensibilización y difusión de los beneficios del MMN,

“...cuando hacen sus visitas en el hogar (las Facilitadoras) también están en ese tema, diciendo a las familias (...) en su plan de trabajo de visitas, está siempre trabajar con el micronutritente, siempre y no cansarse (...) en cierta forma, se sienten a veces, un poquito vencidas, porque me dicen, “profesora, hemos dicho de ese micronutritente, a pesar que le hemos dicho a la familia, “sí ya sé, ya sé” dice la familia (...) a pesar de la insistencia, las familias optan en no usar los suplementos, pero ellos como dicen, “no nos vamos a cansar (...) de tanto estar ahí, de repente, nos van a hacer caso en algún momento” (U2 Acompañante Comunitaria-SAF)

(3) Sub-dimensión: Observaciones realizadas durante las visitas domiciliarias, llevadas a cabo por las Facilitadoras y el tratamiento del MMN

A continuación se presentan las observaciones realizadas a las visitas en los hogares; concentrándose el examen en el tratamiento que recibe el MMN, durante su desarrollo.

(a) Región Huancavelica

Se han realizado dos observaciones a *Facilitadoras*, durante el desarrollo de sus *visitas domiciliarias*, una para cada distrito (Yauli y Lircay); con el fin de aproximarnos a la forma en que se aborda el tema del MMN. Las sesiones observadas han tenido un promedio de 40 a 50 minutos.

➤ OBSERVACIÓN DE VISITA DOMICILIARIA – SAF-LIRCAY

Apenas iniciada la sesión (luego del saludo), la Facilitadora pregunta a la cuidadora principal, **si ha ofrecido ese día el MMN**, ésta responde afirmativamente, habiéndolo hecho tanto **“en la mañana y en la tarde”**; frente a lo cual, no hay ninguna repregunta de la Facilitadora (no queda claro si se brinda

dos sobres del MMN al día o el contenido del sobre, se distribuye en dos tomas). La Facilitadora pasa inmediatamente, a dar indicaciones sobre la **forma de preparación del MMN**, destacando principalmente, que ha de separarse una porción de la comida (*“una cucharadita”*) mezclar y dársela de comer al niño; prosiguiendo luego con el resto,

“¿Hoy le has dado de comer su nutriente, Chispitas? Sí. ¿A qué hora? En la mañana y en la tarde. “Vida en familia”, en el almuerzo, en una cucharadita le das Chispita, eso que le dan en la Posta, tienen que hacer comer. De la comidita, separas una cucharita, le mezclas, le das de comer y cuando termina, les das lo demás, para que sea sano y fuerte. ¿Ya no va a enfermar? Ya no ya” (H2OB Facilitadora SAF; 23 mm)

Notemos que no se indaga previamente, sobre cómo procede la cuidadora principal, al preparar el MMN, el tipo de preparación en que se brinda el MMN y por el consumo del niño (¿come todo el MMN?, ¿sólo una parte? ¿qué problemas o dificultades se presentan? ¿qué hace en esas circunstancias?...). Las indicaciones sobre la *preparación*, aparecen de este modo, sin mayor conexión con un marco que explique la prioridad asignada a dicho tema. Asimismo, la comprensión de las indicaciones, no se confirma a través de preguntas de chequeo; al parecer, lo que tiene especial resonancia en la cuidadora principal, es el resultado a alcanzar siguiendo tales orientaciones, constituir niños *“sanos y fuertes”*.

Luego de este momento, se pasa a realizar diversas actividades interactuando principalmente, con el niño. Para la primera actividad (que el niño lance pelotas pequeñas a una batea) la Facilitadora comunica el objetivo, *“le estoy haciendo lanzar, para que esfuerce sus piecitos y bracitos”*; de manera constante, alienta al niño para que siga la consigna (muestra lo que tiene que hacer, le felicita y aplaude, le habla de manera sostenida). Al ver que el niño se distrae con su hermana, la Facilitadora pasa a otra actividad, esta vez de reconocimiento de los siguientes conceptos: limpio/sucio; seco/mojado; para ello, utiliza un libro en donde hay figuras que muestran una suerte de historia,

“Aquí, para que reconozca polo limpio, mojado, sucio (mostrando la figura al niño) aquí el sucio, su mamá le está rezondando, le quita el polo, aquí lo lava y luego lo seca, eso le enseña lo que es limpio, sucio, seco y mojado” (H2 OB Facilitadora SAF; 23 mm)

A diferencia de la primera actividad, en donde se alienta a la práctica, no se pasa de enunciar la secuencia descrita del polo sucio al polo limpio. No se pide al niño ninguna actividad específica, que permita evidenciar en qué medida, los conceptos han sido procesados; pasando inmediatamente, a *recapitular* la sesión, con la cuidadora principal. Se recomienda no olvidar brindar el MMN y se vuelve a enfatizar en algunos de los *criterios de preparación* (separar una porción de la comida y ahí mezclar el MMN), asimismo, realizar con el niño, los juegos y actividades practicados,

“(la Facilitadora se dirige a la CP) Y ahora Rosa, ¿qué cosas hemos hecho? Bastante hemos hecho, me he olvidado. Comida, en el juego de la Chispita, el juego de la pelota, el polo sucio, eso tienes que hacer con él, ¿ya?. No te olvides de dar de comer las Chispitas. Por ejemplo, le das tres cucharas, separas un poquito, una cucharita, lo envuelves y le das de comer ¿ya? No te olvides. Ya. No tienes que olvidarte” (H2 OB Facilitadora SAF; 23 mm)

Se comunica igualmente, sobre una fecha programada de socialización, en donde se tratará el tema del MMN.

➤ OBSERVACIÓN DE VISITA DOMICILIARIA – SAF – YAULI

Luego del saludo, la Facilitadora da comienzo a la sesión, señalando que se abordarán aspectos relacionados con *Vida en Familia* (según el diseño y estructura de las visitas domiciliarias, *“Vida en Familia”*, representa una de los cinco momentos de su desarrollo). Se pregunta por **las comidas** que se ofrecen a la niña. La cuidadora principal informa sobre el tipo de preparaciones que brinda (mazamorras, sopas, segundos); la consistencia de la comida (da todo *chancado*), resaltando que agrega carne y que la niña come sin rechazar nunca la comida. A continuación, se pregunta **si se ofrece el MMN**, la cuidadora principal responde que sí lo hace y que su hijita lo consume sin problemas. Se indaga asimismo, por la **forma de preparación** y el **momento del día** en que se da el MMN. El MMN se ofrecería – según la cuidadora principal, en las comidas de consistencia espesa, tal como le ha sido indicado por la enfermera; *separa dos cucharas de la comida y mezcla* en dicha porción el MMN, dando de comer en primer lugar, esta porción. La Facilitadora comunica a la cuidadora principal que está procediendo adecuadamente; recalando que debe mantener la práctica,

para que su hija, se encuentre *sana, fuerte y no se enferme*. Se pasa luego, al desarrollo de otras actividades educativas, involucrando principalmente, a la niña. La visita – a diferencia de la anterior observación – concluye sin la recapitulación de actividades o señalando acuerdos y compromisos a realizar hasta la próxima visita (**H1 OB Facilitadora SAF**).

➤ ASPECTOS RESALTANTES DE LA OBSERVACIÓN

Sobre el MMN, se pregunta principalmente, *si se brinda* al niño o a la niña. Esta primera interrogante da pie – en la primera observación – para la exposición de recomendaciones sobre la *forma de preparación*; recomendación que se introduce, no a partir de un contexto previo, que fundamente por qué se da prioridad a este tema y no a otros, vinculados igualmente, con el MMN. En la segunda observación, sin embargo, se plantea la misma interrogante, añadiendo preguntas sobre la forma de preparación, permitiendo esta vez, recoger información de la propia cuidadora principal. En ambas, no se pregunta si existen dudas o dificultades, en torno a la práctica.

El énfasis de las recomendaciones – siempre de manera oral - parece girar en la *forma de preparación*, atendiendo sobre todo, a la necesidad de *separar* una porción de la comida, en la cual se mezclará el MMN. Las recomendaciones no se amplían, a otros aspectos vinculados con la preparación, tales como la *consistencia* y la *temperatura*, así como con su administración (dosis y frecuencia; período de tiempo ideal, en que la comida con el MMN debe ser consumida). No se aborda igualmente, lo relacionado a *cómo se da de comer*. Las indicaciones se brindan en términos de recomendación, no con tono recriminatorio o directivo.

En ambas Facilitadoras, aparece la imagen del niño *sano y fuerte*, dando sentido e importancia a la práctica de consumo.

Un aspecto fundamental, lo constituye la cercanía y profundidad de la relación, entre las Facilitadoras, las cuidadoras principales y los niños y las niñas; cualidad que se advierte en el trato amical y afectuoso que se brinda de manera recíproca. Esta base de confianza, ausente de relaciones jerárquicas, se convierte en un espacio privilegiado para situar la consejería sobre el MMN.

(b) Región Piura

➤ OBSERVACIÓN DE VISITA DOMICILIARIA – SAF-AYABACA

La observación realizada durante la visita domiciliaria, es de aproximadamente, una hora. Luego del saludo y de acondicionar el espacio de trabajo, la Facilitadora da inicio a la sesión; pregunta en primera instancia si la cuidadora principal, ha llevado a su hijita al control CRED, respondiéndose afirmativamente. Al revisar la Facilitadora, el carnet de control, la cuidadora principal comenta que ya estaría cercana la fecha de su cita, mas ésta ya habría pasado. La Facilitadora le dice que la cita estaba programada hace dos días; por lo cual, le anima para que acuda al día siguiente al establecimiento de salud. La cuidadora principal comenta que no puede hacerlo ese día, por lo cual se trata de determinar el día más cercano posible; estableciéndose finalmente, un acuerdo. Luego de establecido el compromiso de acudir al control CRED, la Facilitadora indaga por el consumo del MMN,

“¿Le ha dado Chispitas? Sí...sí le he dado. ¿Y recuerda en cuántas cucharadas puedes darle? Mmm...dos. En dos cucharitas ¿dónde? ¿y siempre, siempre me lo da? ¿Ah? Todos los días” (P1 OB Facilitadora SAF2; 31 mm)

Antes de proseguir con la sesión, la Facilitadora dice que van a *lavarse las manos*, pidiendo a la cuidadora principal una jarra con agua y jabón. La Facilitadora le dice a la niña, *“vamos a lavarnos las manos”* con entusiasmo y aplaudiendo. Luego del lavado de manos, tanto de la Facilitadora, cuidadora principal y la niña, se retoma el diálogo, en el cual se indaga sobre el compromiso establecido la semana anterior y correspondiente a *“Vida en Familia”*. La observadora, hace notar, que la cuidadora principal responde de manera dubitativa y con timidez, a las interrogantes que plantea la Facilitadora,

“¿Ha practicado de la semana anterior, de lo que era “Vida en Familia”. Sí. Sí practicó, a ver, ¿Cómo fue primerito? (interrupción) ¿Cómo fue de la semana anterior?. Vida en familia. Ajá, fue

Vida en Familia, de lavarse las manos antes de preparar los alimentos. Antes de preparar los alimentos. **Antes de preparar los alimentos...**después de ir al baño. **Mmm darle las Chispitas todos los días al niño también, no olvidar, dos cucharitas de comida prepararle, porque si no, hartó ya no comen mucho, ellos.** Dos cucharitas. **¿Cuántas veces le damos al niño de comer?.** Mmmm. **¿Cuántas veces al día?.** ¿cuatro veces?. **Cuatro veces, cuatro veces al día. Entonces, la felicito, ¿no?. Debe tener en cuenta de lavarle la mano, los dientes y dialogar (interrupción) y eso es lo primordial, que tienes que tomar en cuenta”** (P1 OB Facilitadora SAF2; 31 mm)

Luego de este intercambio, la Facilitadora se dirige a la niña y le pregunta, qué le ha enseñado a cantar su mamá. La niña canta la canción de “Los pollitos”, animada por los aplausos de su madre y la Facilitadora; reparemos en la adaptación de la letra que introduce,

*“Los pollitos dicen, “pío pío pío”, cuando tienen hambre, cuando tienen frío, la gallina busca el maíz y el trigo, les da alimento, **le da Chispitas...y abrigo”** (P1 OB Facilitadora SAF2; 31 mm; subrayado nuestro)*

Al terminar de cantar, la Facilitadora y la cuidadora principal, ríen aplaudiendo y diciendo a la niña, “muy bien, muy bien”. La cuidadora principal agrega, “ya ha aprendido a decir, “darle Chispitas” y se le ha quedado, que a la gallina también hay que darle Chispitas”. Luego se pasa a desarrollar otros momentos de la visita, tales como “Jugando Aprendo” y “Cuéntame un cuento”.

El MMN aparece nuevamente, al recapitular la sesión; la Facilitadora pregunta a la cuidadora principal qué temas se han ido presentando de manera consecutiva. La cuidadora principal responde sin seguir la secuencia de actividades realizadas; frente a lo cual, la Facilitadora recuerda que lo primero fue el lavado de manos. Se pregunta qué se abordó luego de dicha actividad y la cuidadora principal menciona que fue el cuento; la Facilitadora le dice que se tocó la *recomendación “de darle las Chispitas”*, la cuidadora principal asiente. A continuación, recuerda a la cuidadora principal que debe llevar a la niña, a su control de CRED, a la brevedad. Se pregunta por último, *si se está recibiendo aún* el MMN, la cuidadora principal informa que es el último mes que lo recibirá; la Facilitadora interroga *si aún tiene o ya se le acabó el MMN* y la cuidadora principal responde que *aún tiene* (lo cual llama la atención, pues si no ha acudido a su cita de CRED, ya no debería contar con el MMN, en el supuesto que lo diera todos los días).

➤ ASPECTOS RESALTANTES DE LA OBSERVACIÓN

Sobre el MMN, se indaga *si se está ofreciendo* a la niña de *manera periódica*; sobre el cómo se brinda, sólo se pregunta en cuántas cucharadas se da (el objetivo es confirmar que se trata de *dos cucharadas*). El único aspecto que se enfatiza sobre el MMN, es el de preparar el MMN en dos cucharadas; además de mencionar que debe brindarse todos los días. De manera similar a las otras observaciones de visitas domiciliarias (Región Huancavelica) no se indaga por otros criterios de preparación igualmente, importantes. Aquí el enlace con el lavado de manos y la alimentación, aparece claramente, pues constituyó parte de lo tratado en la sesión anterior.

El rasgo interesante de la visita, lo constituye la adaptación de la letra de una de las canciones que canta la niña (“Los Pollitos”) aludiendo al consumo del MMN.

(c) Región Ucayali

Durante la visita domiciliaria, realizada por la Facilitadora, no se aborda en ningún momento, el tema del MMN o de la alimentación en general. Fue posible sin embargo, dar cuenta de una relación de confianza y cercanía entre Facilitadora-cuidadora principal y el niño. La visita no se extendió más allá de los veinte minutos (U2 OB Facilitadora SAF; 12 mm).

(4) Sub-dimensión: La participación de los miembros del Comité de Gestión y del Consejo de Vigilancia

En el presente acápite, se presentarán las tareas desarrolladas por los miembros de la organización – CG y CV – relacionadas principalmente, con el proceso de suplementación y su relación con las familias. Su incidencia se aprecia sobre todo, en el tema de la recepción oportuna del MMN y en cuanto al consumo, se enfocan sobre todo, en la promoción de su importancia. El rol de

Acompañamiento de los miembros del Comité de Gestión y del Consejo de Vigilancia, recae en el Acompañante Comunitario; quién brinda capacitación y asistencia respecto a las funciones y responsabilidades que compete a cada instancia organizativa.

(a) Región Huancavelica

El acompañamiento a los miembros de la organización; constituye responsabilidad principal del *Acompañante Comunitario*, siendo uno de sus ejes principales, la sensibilización frente al tema de la Primera Infancia y en primera línea el combate contra la anemia (es en este marco, que se sitúa la importancia del MMN). Un efecto importante, del tratamiento de estos temas, ha consistido en motivar mayores niveles de compromiso, entre los participantes,

“¿Qué otra recomendación se podría dar, para promover el consumo? me dice, darle fuerza al tema de la anemia, ¿qué otra cosa se podría hacer, para fortalecer el consumo de las Chispitas? (...) hemos trabajado con las Facilitadoras y el CG la importancia de la Primera Infancia y sobre todo, hacerles ver, que en esta etapa, el desarrollo del niño es primordial, pues si no se brinda la atención y el cuidado necesario en este tiempo, pues ya va a ser más adelante, en vano, ¿no? (...) ¿Esto fue en la reunión de socialización? No, esto fue un taller que tuvimos con los Comités de Gestión y Consejos de Vigilancia (...) se les capacitó (...) también ha sido muy bueno, para que algunos miembros, que tal vez estaban un poquito flojitos, se involucren más ¿no?” (H1 Acompañante Comunitaria SAF)

La importancia de estos espacios de capacitación, resulta crítica, pues cumplir tareas de vigilancia comunitaria, promoviendo el consumo del MMN, requiere el fortalecimiento constante de los miembros de la organización, en lo que concierne al manejo de conocimientos y argumentos sobre la suplementación; tal la demanda de este miembro del Consejo de Vigilancia,

“¿Qué dudas tiene sobre las Chispitas? Lo que he oído y quisiera saber, cuál es el elemento que tiene, qué contiene la Chispita (...). La idea es acá pues, dialogar con las autoridades, por parte de Cuna Más, autoridades del C.S., conjuntamente pues ¿no? Hablarle o darle una capacitación al Consejo de las Chispitas. ¿Qué es?, ¿qué contiene? y ¿para qué es? – saber” (H2-Consejo de Vigilancia-SAF)

Otra dimensión fundamental de reflexión y balance, en torno a la marcha del trabajo y del Servicio en general, corresponde a las reuniones mensuales, en que participan los miembros del Comité de Gestión, del Consejo de Vigilancia y las Facilitadoras.

Es en el marco de las tareas de *vigilancia comunitaria*, que desarrollan los miembros del CG y del CV, que se establece su articulación con las familias. Su función es realmente, central si consideramos su posición como figuras de gran experiencia y autoridad dentro de la comunidad (generalmente, los miembros de la organización, han ocupado previamente, cargos comunales o se encuentran en la actualidad desempeñándolos; lo cual confiere un mayor grado de estabilidad y permanencia en la comunidad) promoviendo prácticas saludables y específicamente, el consumo del MMN. La conjunción de diversos actores, mostrando especial preocupación por el consumo del MMN, tiene la virtud de comunicar su carácter prioritario a las familias,

“Nosotros como Comité de Gestión, también estamos en vigilancia. Vamos a las casas a visitar aprovechamos a revisar los espacios de juego, siempre vamos a las casas nosotros, ya cada familia nos conoce. Ahí tratamos de conversar, si están con papá y mamá, a veces, normalmente, aquí todo el mundo es minero, sólo las mamás están, pero se trata de alguna manera, influenciar también a los papás. Y ¿hablan sobre la Chispita? Exactamente” (H2 Comité de Gestión SAF)

“...voy a preguntar sobre las Chispitas, así por domicilio ¿no? ahí yo pregunto “¿el niño está consumiendo Chispita o no?”, “sí está consumiendo”, me dicen. ¿Alguna vez ha podido observar directamente, además de preguntarle? Sí, he visto, y cuando en mi presencia, también ha dado en su alimento, el niño, sí está consumiendo” (H1 Consejo de Vigilancia SAF)

Al trabajo de sensibilización con las familias, se agrega un nivel de seguimiento del consumo del MMN, el cual se plasma, en instrumentos como el SIVICO,

“Y cuando se trata de hacer un seguimiento del consumo de la Chispita, ¿el CG también participa? Exactamente, tú misma, me imagino habrás visto ayer el cuadro. Claro, del SIVICO. Sí, así es, se va progresando, ya los que no consumen, estamos incentivando a que consuman, porque trae buenos resultados” (H2 Comité de Gestión SAF)

En efecto, los miembros del CG especialmente, son los que suelen vincularse más cercanamente, con el MMN, dada su vinculación con CRED; recogiendo información sobre indicadores importantes como asistencia a controles; vacunas y la recepción y consumo del MMN (ha de velar que el niño y la niña cuenten con el CRED completo); información que luego se sistematiza en el instrumento antes mencionado (esta información no siempre es actualizada directamente, por los miembros del CG, por ello, se recurre al apoyo de las Facilitadoras, para esta tarea),

“¿Y cuál es el pape que tiene el CG (...) acerca del consumo de las Chispitas (...)? (...) el Comité de Gestión es quién se involucra más, porque el mismo nombre que ellos tienen, ven el desarrollo infantil de los niños, ahí está el peso y talla de los niños, el consumo de las Chispitas, ellos tienen que hacer el seguimiento (...). Ellos se encargan más de sensibilizar a las familias...” (H2 Acompañante Comunitaria SAF)

“El CG, ellos van a ver si los niños...tenemos en el local, un instrumento de vigilancia, donde están ahí todos los niños, que estén con sus controles y vacunas completas y dentro de eso, está incluido, lo que es el consumo de la Chispita. Entonces, viendo ese instrumento, ahí saben pues, qué niños consumen y qué niños no consumen ¿no?...pero pedimos el apoyo de la verificación, a las Facilitadoras, porque a veces, los mismos miembros no pueden ir directamente, salvo que si le tocó, como le digo, vigilar a la Facilitadora ese día y coincidió, entonces, ahí también aprovecha, para preguntar de la Chispita” (H1 Acompañante Comunitaria SAF)

En tanto el Consejo de Vigilancia, *vigila la calidad del Servicio*, a nivel global; su radio de evaluación comprende las instituciones educativas y de salud, presentes en la comunidad; supervisan el cumplimiento de funciones de las Facilitadoras, recogen asimismo, las dificultades que plantean las familias,

“...el CV realiza sus actividades de la calidad del servicio (...) están constantemente, haciendo seguimiento, vigilando, cómo funciona el SAF, dentro de eso, ellos vigilan por ejemplo, a las Facilitadoras, el cumplimiento de las visitas domiciliarias, si efectivamente, están cumpliendo con sus visitas, con los tiempos establecidos, con los momentos de las visitas (...) el trato que brindan las Facilitadoras a las familias, también están vigilantes” (H Especialista de Ejecución y seguimiento a la Gestión Comunal-SAF)

(b) Región Piura

La gestión de los actores comunales en torno a la *vigilancia comunitaria*, distingue dos esferas de trabajo, la *vigilancia comunitaria del desarrollo del niño* y la *vigilancia de la calidad del servicio*. La primera es atendida por los miembros del Comité de Gestión y la segunda por el Consejo de Vigilancia. Los miembros de la organización, promueven prácticas fundamentales de salud, como la asistencia regular a los controles CRED (asegurando con ello, la recepción del MMN) o el consumo del MMN entre las familias, mas no desarrollan un seguimiento estructurado y directo de su consumo. La indagación se centraría principalmente, en el desenvolvimiento de la entrega y recepción del MMN, estableciendo sus dificultades (carencia de Seguro; de DNI del niño; viajes fuera de la localidad...). Como se detalla, los miembros del **Comité de Gestión**, se encontrarían directamente, vinculados al seguimiento que se realiza del *desarrollo del niño* (otra de las responsabilidades asignadas al CG, no directamente, asociadas al MMN, hacen referencia a la administración de recursos económicos, destinados al pago de las Facilitadoras y al abastecimiento de materiales de escritorio y que son usados en la elaboración de diversos instrumentos y recursos educativos),

“...la vigilancia comunitaria del desarrollo del niño, como que lo ve el Comité de Gestión (...) han implementado su propia herramienta de vigilancia comunitaria (...) es un instrumento de vigilancia, donde el actor comunal, tiene identificado sus niños del Programa, si fueron al CRED, si tienen DNI, si tienen ficha, si reciben Chispita o no, eso se encarga de vigilarlo el Comité de Gestión (...) ellos los vigilan en sus reuniones mensuales, esto lo evalúan con el apoyo del Acompañante Comunitario” (P1 Acompañante Técnica SAF)

La información sobre cada niño que se encuentra sistematizada, hace posible ubicarlo según indicadores asociados a las prácticas de cuidado que el Programa promueve, especialmente, la asistencia oportuna a controles CRED y el consumo del MMN; información que es evaluada de manera mensual, con la asistencia del Acompañante Comunitario. El instrumento en que se plasma dicha información, permite identificar aquellos casos, que requieren seguimiento, es decir, determinar

con la misma familia cuáles serían los problemas para asistir a CRED; permite retroinformar igualmente, a las Facilitadoras, para que realicen una indagación más específica. Tal como indica la Acompañante Comunitaria, esta tarea de seguimiento, es atendida tanto por los miembros del Comité de Gestión como del Consejo de Vigilancia,

*“...tenemos un cuadro (...) donde tenemos toda la relación de los niños y ahí colocamos qué niños son los están recibiendo Chispitas, qué niños son los que están asistiendo al CRED y con los que no, hacerles un seguimiento, ir a conversar, por qué de repente, no están yendo, qué es lo que le pasó al niño, de repente, estuvo mal. **O sea que los del Comité (de Gestión) pueden llegar a la casa. Exacto, los del Comité pueden llegar (...) y saber exactamente, por qué no lo están recibiendo (...) el Comité sí puede hacer ese monitoreo, si puede ir a conversar, como se conocen, pueden ir a conversar, preguntarles por qué no van, qué es lo que pasa o informarles también a las Facilitadoras, “consulten o pregunten qué es lo que pasó con tales familias o tales niños (...) ¿Y los del Consejo también? Igual los del Consejo también” (P1 Acompañante Comunitaria-SAF)***

Es a partir de la información que se recoge y sistematiza, que se plantean propuestas de trabajo, que permitan superar problemas hallados entre las familias,

“(el CG) trimestralmente, elabora un Plan de Trabajo, viendo las necesidades de los niños, la vez pasada, hemos visto que algunos niños no estaban asistiendo al P.S. alguno niños no tenían el SIS, no tenían su CRED, entonces, conversábamos con la señorita (P.S.) para saber exactamente, qué niños. Tenía un listado exactamente, de los niños que estaban afiliados del P.S. Ellos (CG) coordinaron con las Facilitadoras y junto con el Comité vimos qué niños estaban asistiendo, qué niños no, solicitamos información también para saber quiénes estaban con anemia, con desnutrición” (P1-Acompañante Comunitaria SAF)

En lo que respecta al **Consejo de Vigilancia**, más allá de realizar labores de supervisión de la calidad del trabajo de las Facilitadoras (cumplimiento cabal de sus funciones) y del seguimiento de actividades organizativas y de planificación del CG, se vincula igualmente, con las cuidadoras principales y sus familias, reforzando las prácticas de cuidado,

“...y lo que es el CV, el cual está formado por 8 miembros, 5 del Comité y 3 de Vigilancia, estos últimos vigilan la calidad, la visita, manejan una Ficha para observar la visita, para conversar con la mamá y para que ellos den ciertos mensajes a la familia, para que refuercen o recoger algunos eventos que se den en campo, para que en la reunión mensual lo podamos conversar, porque ellos se reúnen mensualmente y en su sede del CG” (P- Especialista de Ejecución y Seguimiento a la Gestión Comunal; Especialista de Ejecución y Seguimiento al trabajo con familias-SAF)

“...el CV se encarga que las Facilitadoras cumplan con sus visitas, que los cronogramas se cumplan, que de repente, el CG elabore un Plan de Trabajo, que eso se cumpla...” (P-Coordinador SAF)

“...en el caso del CV, a veces, salen a monitorear o a visitar a unas familias, para saber cómo les está yendo con las Facilitadoras, ¿no?, de repente, si están cumpliendo con su hora, si están yendo adecuadamente, con su material, con los recursos que ellos utilizan para ejecutar la visita y si la familia está incómoda o tiene alguna preocupación o de repente, la Facilitadora como que no le cae y ver a forma cómo se relacionen” (P-Acompañante Comunitaria-SAF)

La información que recogen los miembros de la organización, tanto del CG como del CV, resulta importante para evaluar la marcha del servicio y es materia de intercambio, discusión y reflexión en las reuniones mensuales que se desarrollan bajo la dirección de la Acompañante Comunitaria. De esta manera, los miembros – independientemente, de sus esferas de responsabilidad, conocen más globalmente las acciones de vigilancia comunitaria. La presencia de las Facilitadoras, permite igualmente, que la información fluya y se comparta, identificando los problemas y estableciendo medidas de acción, tal como los Especialistas SAF destacan,

*“(respecto al CV) realmente, recogen cosas muy buenas los actores comunales, y como es gente de su comunidad, recogen información rica para el seguimiento, dicen las familias, tal como se están dando las cosas, no sólo las Chispitas; que la Facilitadora llega puntual, dura su visita los 60 minutos o menos, agarró y se fue, si cumple con su horario o lo cambia (...). Nos van ayudando a ver, lo que nosotros no estamos viendo. **Y de hecho, hay una retroalimentación a las Facilitadoras.** En esta reunión mensual que te digo, el Comité de Gestión y el Consejo de Vigilancia, que se reúnen de manera mensual, es un momento cuando ellos brindan un informe de lo que han encontrado en campo” (P-Especialista de Ejecución y Seguimiento a la Gestión Comunal; Especialista de Ejecución y Seguimiento al trabajo con Familias-SAF)*

Es interesante señalar, que los miembros que conforman el Comité de Gestión del Servicio (ya sean participantes del CG como del CV), suelen ser igualmente, autoridades de la comunidad, lo cual confiere un peso mayor a sus labores de incidencia, en lo que atañe a la promoción de la importancia del MMN y su consumo, característica que destacan los Especialistas,

*“Muchos de los actores comunales, miembros de los Comités de Gestión, son autoridades representativas de la comunidad, ‘tú eres Presidente aquí (del CG o del CV) muy bien, pero eres Presidente, Gobernador de este caserío’, eso como te ayuda, es otro peso (...). **¿Y eso en las Chispitas, cómo repercute?** Primero, porque tienen poder de convocatoria, en convocatoria de jornadas, te ayuda, porque la gente en el campo, la palabra de esa autoridad es creíble, si el Teniente Gobernador te dice, ‘esto es bueno para tu salud’, ‘así me lo dijo el Teniente’, eso te ayuda mucho...”*
(P1 Acompañante Comunitaria SAF)

(c) Región Ucayali

Los miembros del Comité de Gestión, abordan sobre todo, el *desarrollo del niño*, interesándose en el seguimiento de la asistencia a los controles CRED; así como en el ofrecimiento del MMN,

“...los del CG son los que llenan la Ficha, donde dicen ‘están consumiendo’ Sí, cómo están sus controles, todo eso (...) se pregunta, si se consume el micronutriente. Entonces, si la mamá es sincera, te va a decir que sí, que sí realmente, lo está consumiendo, pero todo el mundo te dice que sí, entonces, hay que ver, si realmente, lo está consumiendo” (U2 Acompañante Comunitaria-SAF)

El Consejo de Vigilancia, tal como se ha presentado en las otras Regiones, se responsabiliza del seguimiento a la *calidad del servicio y de la visita* que se brinda y en esa perspectiva, se interesa en el desempeño de la Facilitadora y de su relación con las familias usuarias,

“...ellos van y preguntan sobre la calidad del servicio (...) si la Facilitadora está cumpliendo con las visitas, qué le parece la calidad del servicio, cómo se sienten en el servicio” (U2 Acompañante Comunitaria-SAF)

Los miembros de la organización, suelen realizar seguimiento al consumo del MMN, *“no le dejamos, nosotros velamos por eso”*. Se relacionan directamente, con las cuidadoras principales, a quienes animan a brindar con regularidad el MMN. Durante sus visitas, han podido detectar que no siempre se ofrece el MMN, frente a lo cual, se exige su consumo, dada su importancia,

*“En relación a estas vitaminas, **¿Qué trabajo viene haciendo el CV?** (...) el CV, nosotros tenemos que exigir que le den de comer, porque eso es lo que ayuda al niño, mejor dicho, para que no lo boten, tienen que dar. **¿qué le dicen a la madres?** (que) no desperdicien esto, que no falte en su alimento, más que todo ¿no? que en su platito lo agreguen...”* (U2 Consejo de Vigilancia SAF)

A través de los cambios observados, en los indicadores de peso y talla de los niños y de las niñas, es posible constatar el cumplimiento de la suplementación, por parte de las cuidadoras principales, *“en el peso, es que nosotros pescamos”*, tal como expresa este entrevistado, miembro del Consejo de Vigilancia,

*“**¿Y cómo se da cuenta que una madre consume o no consume las vitaminas?** Más que todo, en los pesos, cada quince días o mensual, mensual más que todo, nosotros tenemos que poner en la balanza, tanto en crecimiento, tanto en peso, ahí es lo que nosotros siempre le exigimos, hay que decir, como se dice, la verdad, ‘usted no le está dando esto’. **Y le exigen a la madre.** Claro, tiene que exigir, si no, está mal”* (U2 Consejo de Vigilancia SAF)

La Acompañante Comunitaria evalúa que existe el decidido reconocimiento por parte de los miembros de la organización (CG y CV), de la necesidad de seguimiento, respecto al consumo del MMN, dada la importancia que se atribuye a la suplementación; pues ellos mismos aprecian que no se estaría produciendo el consumo real a nivel de las familias. Desde esta perspectiva, dan muestras de gran compromiso, consideran que sólo realizando una férreo seguimiento (*“vamos a esta tras las familias, viendo”*) será posible lograr que la cuidadora principal, ofrezca efectivamente, el MMN,

“...dicen (los miembros del CG y CV) que si ellos pudieran, irían de casa en casa, a prepararles, para que esa mamá le dé al niño, porque ellos ven la calidad de estos productos, para que consuman, que es

en beneficio del niño. Y ellos mismos dicen, “nosotros como miembros del CG, del CV, podemos ir, decirle” (...) nos dicen, “ah sí, sí, sí lo voy a hacer”, pero no, en la práctica no es así” (U2 Acompañante Comunitaria-SAF)

“En Baguanisho, ¿Cómo ha sido con el CG, sus reacciones sobre trabajar con el MMN? Las reacciones han sido sumamente, importantes, solamente, su manera de ellos, es de decir, “vamos a hacer lo posible, vamos a estar tras las familias, viendo, trabajando con ellos, para que consuman, porque es muy importante” (...) yo les digo (...) que un niño que consume ese micronutriente, a comparación de un niño que no consume, va a estar anémico (...) para que ellos tengan una idea que ese niño está yendo mal y el P.S., para qué los da. Ellos mismos nos dicen, que el P.S. los da y no lo están consumiendo” (U2 Acompañante Comunitaria-SAF)

Este compromiso de los actores comunales, debería fortalecerse a decir de la Acompañante Comunitaria, con una capacitación más específica sobre el MMN, pues el tratamiento del tema, sigue siendo aún bastante general,

“...están todos capacitados, porque cuando hacemos las sesiones, es algo genérico que se da (...) pero algo específico, yo quisiera que se pudiera en una reunión de los actores locales, netamente, esto de los micronutrientes, porque es un tema que yo veo muy importante, para la salud de los niños” (U2 Acompañante Comunitaria-SAF)

Así por ejemplo, más allá de la difusión de su importancia en el desarrollo del niño, no siempre se abordan aspectos que podrían estar obstaculizando el consumo, como la posibilidad de una preparación inadecuada o la necesidad de comprender la alimentación como un proceso de interacción activa entre el cuidador principal y el niño o la niña; lo cual enriquecería la indagación sobre el consumo, abarcando más directamente, las dificultades de las cuidadoras principales (el manejo de estos aspectos por los actores comunales, potenciaría sin duda, sus labores de seguimiento, pero sobre todo, el consumo real del MMN),

“¿...ha podido ver o ha podido escuchar, cómo es el consumo o no ha tenido la oportunidad? No he tenido la oportunidad, porque cuando hacemos la vigilancia comunitaria, pasa que a las señoras, no le preguntábamos el tema de cómo lo prepara, solamente, le preguntábamos si consume o no consume (...). Y la mayoría dice que sí. Claro, pero no lo están consumiendo, porque la pregunta es “consumen o no consumen”, una pregunta muy cerrada” (U2 Acompañante Comunitaria-SAF)

2. Síntesis de los hallazgos de la tres regiones

A) Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno

Las labores de acompañamiento del Acompañante Técnico o de la Acompañante Técnica, se extiende a la orientación que brinda a las Madres Guías, Madres Cuidadoras y a las familias usuarias; asimismo, brindan acompañamiento tanto al Comité de Gestión como al Consejo de Vigilancia. De manera periódica, se llevan a cabo reuniones de trabajo de las Madres Cuidadoras, **bajo la conducción de la AT**. En este espacio de aprendizaje y evaluación de la práctica, la AT capacita y refuerza a las MMCC, en aquellas áreas que requieren aún ser mejor consolidadas, respecto a su desempeño durante las actividades de cuidado, así como de orden educativo; se debaten igualmente, los problemas y las dificultades que se enfrentan de manera cotidiana en los respectivos CCD; además de examinar y evaluar el desarrollo de los niños y las niñas y su consumo del MMN. Las visitas regulares de seguimiento que realiza la AT, a los diferentes Módulos que conforman el Servicio, le permiten detectar las necesidades de retroinformación y asesoría de carácter educativo. De forma específica, respecto al consumo del MMN en el CCD; se observan principalmente, las condiciones de entrega del MMN, por las familias; el procedimiento de preparación del MMN y su administración por parte de la MC; así como el consumo del niño o de la niña.

Los principales temas de orientación asociados al MMN, van a enfatizar su **importancia**, destacando de manera constante sus beneficios y virtudes en la prevención de la anemia y el desarrollo cada vez más saludable de los niños y las niñas (este tema mantiene su carácter transversal en las reuniones, lo cual da cuenta de su centralidad). Otro tema de análisis y evaluación con las MMCC, reside en el **consumo del MMN**, por ello, se indaga por la situación de cada niño y la **entrega oportuna del MMN en el CCD**. Se insta a motivar la entrega del MMN e indagar por las razones que plantean las cuidadoras principales, para no entregarlo y ser administrado en el CCD. La preocupación por el

consumo efectivo, lleva a examinar cómo se está brindando el MMN al niño y a la niña y sobre todo, garantizar que sea consumido cabalmente (durante las visitas de seguimiento, puede observarse por ejemplo, la organización de la MC y detectar que los niños no siempre, consumen el total de la porción combinada con el MMN). Otro tema de recordación y refuerzo, lo constituye la **preparación adecuada del MMN**.

En lo que concierne a sus tareas de capacitación y orientación a las familias, se cuenta con espacios de sensibilización, capacitación y orientación, convocando la asistencia de las cuidadoras principales usuarias y en los cuáles se abordan, diversos temas vinculados con las prácticas de cuidado y salud de los niños y las niñas (entre ellos, el consumo del MMN, la asistencia regular al control CRED, entre otros). En estas reuniones participarían la AT, las MM.CC y los miembros de la organización. No sólo se difunde información y conocimientos; se promueve igualmente, el intercambio de experiencias entre las usuarias, además de constituir un espacio fundamental para aproximarse más cercanamente, a las representaciones y prácticas de las cuidadoras principales, alrededor del consumo del MMN; además de absolver sus dudas y preguntas.

Otro referente capital de orientación para las Madres Cuidadoras, al igual que para las cuidadoras principales, lo constituye la Madre Guía. Las Madres Guía cuentan con gran experiencia y conocimiento del funcionamiento y conducción de los CCD. Respecto a las Madres Cuidadoras, acompañan y orientan sus actividades cotidianas, incidiendo en las prácticas de cuidado y atención de los niños y las niñas, así como en las actividades de aprendizaje. La Madre Guía 3 tiene como responsabilidad básica, realizar visitas a las familias, de los niños menores de dos años, que se encuentran en riesgo nutricional. Durante las visitas, se lleva a cabo la consejería, sobre diversos temas relacionados con el cuidado y la alimentación de los niños y de las niñas, apoyando de esta manera, que los niños superen su condición de riesgo.

El vínculo que las Madres Guía establecen con las **Madres Cuidadoras**, es la de orientación sobre sus actividades educativas y de cuidado, así como sobre la marcha en general del CCD; en esta perspectiva, la asesoría que brindan, alcanza a la relación que se ha de establecer con las cuidadoras principales y las familias. Dada su presencia cotidiana en el CCD, retroinforman respecto al desempeño de la MC., reforzando aquellas áreas en las cuáles se requiere mayor dominio.

En lo que concierne a su **trabajo de acompañamiento a las familias usuarias**, el rol de la Madre Guía 3, resulta altamente, significativo en la **experiencia de las cuidadoras principales**. Destaca por su presencia en los hogares - en contraste con el personal de salud - y a través de las orientaciones que imparten sobre el cuidado del niño y de la niña. Así, las visitas periódicas que realiza, constituyen espacios privilegiados de indagación y orientación más cercana, sobre diversos aspectos relacionados con el MMN, entre ellos su recepción oportuna en los controles CRED y su consumo. La Madre Guía 3, instruye y brinda información sobre diversas prácticas de alimentación y en lo que concierne al MMN, alienta su consumo y da indicaciones sobre su preparación adecuada. Asimismo, se interesa y brinda información sobre el cuidado y la salud en general, de los niños y de las niñas.

Va a destacarse la accesibilidad a una fuente de referencia, con la cual se establecen relaciones de mayor confianza, si pensamos en el caso del personal de salud; desde esta perspectiva, abre la oportunidad de plantear problemas y dudas por parte de las cuidadoras principales; las cuáles no siempre se canalizan en la consejería nutricional; hallándose alternativas y orientación efectiva.

Las Madres Cuidadoras realizan igualmente, labores de orientación, respecto a las cuidadoras principales. Si bien no existe un espacio sistemático de información, se aprovechan los espacios cotidianos de encuentro en el CCD, para intercambiar sobre aspectos generales de alimentación y del consumo del MMN, con las cuidadoras principales. Los momentos más característicos de encuentro con las cuidadoras principales, se producen al dejar y recoger al niño o a la niña del CCD; momento en que se solicita y se brinda información sobre las incidencias de la jornada, alrededor del comportamiento del niño o la niña, ya sea en las actividades de aprendizaje, lúdicas o de alimentación. En cuanto al MMN, tiene la responsabilidad en primera instancia de **solicitar y motivar su entrega al CCD**; si ésta no se produce, ha de indagar por las razones que plantea la CP y alentar la práctica. **Promueve asimismo, la asistencia puntual a los controles CRED.** Alientan igualmente, a **mantener la regularidad en el ofrecimiento del MMN, durante los días que no acude el niño o la niña al CCD**; incidiendo en algunas orientaciones para su preparación adecuada.

Sin embargo, más allá de preguntar explícitamente, a la CP si ha brindado el MMN, durante el fin de semana, no siempre se establece una indagación sobre el consumo, es decir, cómo se preparó y cómo fue recibido por el niño; lo central sin embargo, es que se comunica un fuerte compromiso con el consumo. A través de su experiencia directa, **muestra a la cuidadora principal, que el consumo del MMN se realiza sin mayores problemas y dificultades**, derribando los factores de rechazo que en ocasiones suele manifestar la CP; se convierte así en una guía de cómo se pueden ir superando los problemas y lograr el consumo.

La **importancia y beneficios del consumo**, conformaría otra de las líneas de intercambio con la CP; se brinda igualmente, tranquilidad frente a las aprensiones de las madres, respecto a los posibles **efectos no deseados, frecuentemente, asociados al MMN**. Se ofrece asimismo, orientación sobre **cómo preparar el MMN**, insistiendo por ejemplo, en la consistencia de las preparaciones,

Al igual que en el caso de la Madre Guía; resplandece la relación de cercanía y confianza que establece con las CCP, generando un espacio en el cual, éstas formulan o plantean abiertamente, sus dificultades en cuanto al consumo, que no suelen ser comunicados muchas veces, en el ámbito de la consejería durante la atención en CRED. La relación de confianza, facilita que la CP se exprese abiertamente, sobre la realidad de consumo de su niño o niña, pues sabe que no será recriminada. De esta manera, es posible establecer más claramente, en qué consiste la dificultad que se plantea y contar con una oportunidad de orientación, que pueda ayudar a consolidar el consumo del MMN.

Por último, entre las diferentes funciones de los miembros del CG y del CV, se encuentra la supervisión del **funcionamiento** de los CCD y el Servicio Alimentario, así como el desempeño de las **Madres Cuidadoras** en sus tareas de cuidado. En virtud de tales responsabilidades, suelen visitar los diferentes CCD, y eventualmente, si la ocasión es propicia (coincidencia de la visita de seguimiento, por ejemplo, con el momento del almuerzo) observar el desenvolvimiento de las MMCC, en la preparación y consumo del MMN y alcanzar alguna observación si fuera necesaria. Muestran preocupación para que todos los niños que vienen siendo suplementados, reciban el MMN. Sin embargo, una orientación más específica y estructurada, en torno al consumo, no conformaría parte de sus responsabilidades. En cuanto a su relación con las **familias usuarias**, realizan labores principalmente, de motivación y reforzamiento de la práctica de consumo (estas orientaciones, se realizan de manera informal, es decir, no conforman parte de una estructura de seguimiento y acompañamiento, asociada a sus funciones).

B) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

El acompañamiento a la Facilitadora, responsabilidad central del Acompañante Técnico, se realiza de manera permanente. El Acompañante Técnico, se reúne de forma periódica con las Facilitadoras, para planificar, organizar y evaluar el trabajo de manera quincenal. Además, acompaña durante las visitas domiciliarias, con el fin de observar la conducción que realiza la Facilitadora; a través de esta observación, pueden determinarse aquellas áreas que requieren una mayor profundización y comprensión, según la propuesta pedagógica que guía y estructura las visitas. Se insiste igualmente, en la importancia de la planificación de actividades; en el conocimiento y dominio del diseño de las visitas; en la preparación y organización de materiales y recursos educativos que requerirá la visita, según lo programado.

Un espacio de información y capacitación que convoca la participación de las familias usuarias, lo constituyen las sesiones de socialización, **dirigidas por el Acompañante Técnico**. En estas reuniones, se abordan diversos temas relacionados con el cuidado y la salud del niño y de la niña y se enfatiza en la importancia de los controles CRED, en el carácter fundamental del MMN y su consumo; asimismo, se abordan temas que requieren refuerzo según los problemas que observa la Facilitadora, durante sus visitas. De esta manera, este nivel de trabajo, fortalece igualmente, el trabajo que se realiza en las visitas.

En lo que concierne al trabajo que realiza la Facilitadora con las cuidadoras principales y alrededor de la suplementación, van a distinguirse dos ejes principales de indagación; han de determinar **si se está recibiendo el MMN o no** en el establecimiento de salud; **si se ofrece o no el MMN y cómo se estaría preparando** (notemos que el acento, no se dirige al consumo en sí). Es importante destacar el carácter transversal del MMN, en la estructura de las visitas, lo cual señala su relevancia.

El consumo efectivo del MMN por el niño o la niña, constituye un aspecto, difícil de determinar con certeza, más allá de indagar si se está administrando o no (como una forma posible de control, se ha solicitado en Piura, que la CP guarde los sobres utilizados; sin embargo, se está consciente, que no siempre resulta prueba categórica de consumo). Cómo se da el consumo, es decir, si el niño lo acepta, come todo, sólo una parte; si se prepara de manera adecuada o no; si la práctica es regular y continua o por el contrario irregular, representan interrogantes, que no se resuelven aún con claridad. En este marco, una estrategia sugerida, es la recomendación a las Facilitadoras, de observar si es posible, la preparación y el consumo del MMN, durante las visitas domiciliarias que realizan (siempre y cuando, la hora programada de manera conjunta con la cuidadora principal, permita dicha observación).

Durante las visitas, se abordarían algunas líneas asociadas al MMN, conformando materia de orientación; se trata acerca de la **importancia del MMN y su consumo**; se ofrecen **indicaciones sobre su preparación**; se **identifican dudas y preguntas** de las cuidadoras principales, para las cuáles deben hallarse preparadas (se hace referencia por ejemplo, a la presencia de efectos perjudiciales y que se asocian al MMN; pero también se formulan dudas más profundas y que interpelan por la seguridad del consumo).

En cuanto a la realización de sus tareas de orientación, algunas Facilitadoras **encuentran dificultades importantes**; vinculadas en primer lugar a la comprensión y caracterización de sus labores, por las cuidadoras principales y que tendrían implicancias en el **acompañamiento y orientación** que podrían brindar. Así por ejemplo, suelen llegar con puntualidad a sus visitas y las cuidadoras principales proseguir con sus tareas, dejando bajo el cuidado de la Facilitadora a su niño o niña (siendo el sentido de la actividad, la interacción entre la cuidadora principal y el niño). El entrevistado que da cuenta de esta situación grafica claramente, a la Facilitadora cumpliendo labores de “niñera”.

En este marco, las tareas de acompañamiento y orientación de la Facilitadora, enfrentan dificultades para su desarrollo. Si bien no conocemos qué tan generalizada se encuentra esta comprensión, por parte de las cuidadoras principales o el conjunto de dificultades, que se enfrentan, además de las estrategias que se estarían implementando para superarlas; este testimonio, coloca la atención en el reconocimiento a la autoridad o legitimidad de la Facilitadora. En efecto, una Facilitadora hará referencia a su rol disminuido frente a la preeminencia que alcanzan otros referentes para las cuidadoras principales, asociados al mundo profesional, cuestionan de esta manera sus conocimientos y su capacidad para brindar orientación.

Las Facilitadoras reconocen y demandan ser fortalecidas con conocimientos y argumentos, respecto a los diferentes aspectos que conciernen al consumo del MMN; saben que deben enfrentar interrogantes y dudas de las cuidadoras principales y responder con seguridad y solvencia. Además se constata que no siempre manejan o transmiten indicaciones adecuadas de preparación, como por ejemplo, brindar el MMN en preparaciones aguadas o líquidas.

Las observaciones realizadas del desarrollo de las visitas, permiten establecer el tratamiento alrededor del MMN. El *momento* en que se suele tratar el tema del MMN, corresponde a “*Vida en Familia*”, en éste se interroga principalmente, *si se ofrece al niño o a la niña*. Esta primera interrogante y su respuesta afirmativa da pie, para indagar sobre la *forma de preparación*, introduciendo en este marco algunas indicaciones. No se interroga sobre el consumo y aceptación del niño y de la niña (el acento se dirige a lo que tiene que realizar la cuidadora principal, en este caso, *brindar y preparar adecuadamente, el MMN*).

El énfasis de las recomendaciones, parece girar en la *forma de preparación*, atendiendo sobre todo, a la necesidad de *separar* una porción de la comida, en la cual se mezclará el MMN (el criterio de separar dos cucharas, pareciera constituir la indicación prioritaria a transmitir, dado su énfasis, en medio del vacío de otros criterios igualmente, importantes). Así, las recomendaciones no se amplían, a otros aspectos vinculados con la preparación, tales como la *consistencia* y la *temperatura*, así como con su administración (dosis y frecuencia; período de tiempo ideal, en que la comida con el MMN debe ser consumida). No se aborda igualmente, lo relacionado a *cómo se da de comer*. Sólo en el caso de la observación de Piura, se plantea un enlace claro entre el lavado de manos y la alimentación.

Las indicaciones se brindan en términos de recomendación, no con tono recriminatorio o directivo. Sin embargo, no se realizan preguntas de chequeo o se interroga por la existencia de dudas o dificultades en torno a la práctica.

En cuanto a la calidad de la relación entre la Facilitadora, la cuidadora principal y los niños y las niñas - en los casos observados - se iluminan relaciones de cercanía y profundidad; cualidad que se advierte en el trato amical y afectuoso que se brinda de manera recíproca. Esta base de confianza, ausente de relaciones jerárquicas, se convierte en un espacio privilegiado para situar la consejería sobre el MMN.

En cuanto a las actividades de gestión de los actores comunales y sus tareas de vigilancia comunitaria, se distinguen dos ámbitos de trabajo; por un lado, la *vigilancia comunitaria del desarrollo del niño* y por otro, la *vigilancia de la calidad del servicio*. Es en el marco de estas tareas de vigilancia que se establece su articulación con las familias. El primer ámbito, constituye competencia del Comité de Gestión y el segundo, responsabilidad del Consejo de Vigilancia. Serán los miembros del CG, los que promoverán aquellas prácticas de cuidado priorizadas por el Servicio, orientadas a impulsar el mejor estado de salud y nutrición de los niños y las niñas, las cuáles comprenden principalmente, la asistencia puntual al establecimiento de salud, para los controles de CRED (garantizando con ello, la recepción del MMN) y en lo que concierne propiamente, a la alimentación y nutrición, **el consumo diario del MMN**. Durante sus visitas a las familias y la aplicación de instrumentos de seguimiento, se constata el desenvolvimiento de tales indicadores, determinando igualmente, los problemas y dificultades para su cumplimiento. Si bien se interroga por el consumo, no se cuenta con estrategias estructuradas que verifiquen si éste se produce efectivamente. De esta manera, es posible contar con información sistemática y constantemente, actualizada (aquí la participación de la Facilitadora resultaría crucial), sobre la condición de cada niño, la cual constituye materia de balance, evaluación y reflexión mensual, en las reuniones que convoca a los otros miembros de la organización y a las Facilitadoras, tales reuniones son conducidas por el Acompañante Comunitario. Por su parte, los miembros del **Consejo de Vigilancia**, se encuentran abocados a determinar la calidad del servicio que se brinda, es decir, supervisan el desempeño y el trabajo de las Facilitadoras, durante las visitas domiciliarias e identifican y recogen las dificultades que plantean las familias; desde esta perspectiva, se vinculan con las cuidadoras principales y sus familias, fomentando y reforzando las prácticas de cuidado ya referidas.

A pesar de no tener una labor de orientación definida respecto al consumo del MMN, más allá de su promoción; su nivel de acercamiento con las familias y las cuidadoras principales, hace importante, puedan manejar con solvencia, todo lo relacionado a los beneficios e importancia del MMN, además de las indicaciones para su preparación adecuada. Así por ejemplo, aquellos que se encuentran sensibilizados respecto a su importancia, van a insistir y exigir su consumo. La recepción del MMN, en general, no constituye el problema principal, pues dicho proceso se da con fluidez y de manera regular, mas el consumo, constituye, el verdadero reto, en el cual, el conjunto de actores, con algún nivel de incidencia en las familias y en la comunidad debería asumir.

G. CONDICIONES PREVIAS AL CONSUMO DE MMN

El tema de condiciones previas recoge información sobre el almacenamiento de los MMN, por las familias y por las Madres Cuidadoras, así como las condiciones previas a su consumo (como el proceso de la preparación para darlo al niño). Se presenta información sobre dónde y cómo son guardados los sobres del MMN, por las CCPP en sus hogares y por las MMCC en los CCD, y qué pasa antes que sea consumido por los niños en ambos lugares. La información se presenta según Región, ámbito y actores involucrados en este tema.

Las condiciones previas al consumo de MMN, se considera un tema dentro del Acompañamiento, tanto por el personal de salud como por los actores locales del PNCM y de la comunidad, ya sea dentro del hogar (en los ámbitos del SCD y SAF) o en los CCD. En las visitas a CRED, la consejería, VDs y en el SCD, es un tema que ayuda a atraer la atención en el manejo adecuado de los MMN, incluyendo la manera apropiada de su preparación. Dentro del ámbito SAF, no se lleva a cabo el consumo de MMN, por lo tanto, en este tema, no se incluye un análisis de este Servicio.

La información presentada, se basa principalmente, en las entrevistas con el personal de salud, así como entrevistas y observaciones a las CCPP en sus hogares y a las MMCC en los CCD. Se presenta la información por tema, por región, por ámbitos SCD y SAF y de actores que aportaron información importante sobre estos aspectos. Las observaciones en el hogar, se realizaron entre 4.30am y 8.30am, para poder ver la preparación y servido de la comida en la cual se acostumbra dar el MMN. La mayoría de las observaciones en los CCD se realizaron entre 8.00am y 2 o 3pm., aproximadamente, también para captar los tiempos de alimentación de los niños.

Respecto a la conservación de los MMN, la norma actual, estipula “Mantener (el frasco de suplemento de hierro en gotas) los sobres de micronutrientes bien cerrados y protegidos de la luz solar y la humedad; en lugares no accesibles a las niñas y los niños para evitar su ingestión accidental o intoxicaciones” (MINSA-DGSP 2016).

En cuanto a la preparación, antes de ofrecer al niño el MMN, la norma estipula los siguientes pasos:

- Lavar las manos con agua y jabón,
- Separar 2 cucharadas de comida espesa (puré, mazamorra o segundo), dejar que entibie,
- Abrir el sobre de micronutrientes,
- Echar todo el contenido del micronutriente en la porción separada,
- Mezclar bien con las 2 cucharadas de comida,
- Dar primero estas 2 cucharadas, luego continuar con el resto de la comida

Se presentan los siguientes temas alrededor de las condiciones previas al consumo: i) Almacenamiento en el hogar: dónde y cómo se guardan los sobre de MMN, ii) Proceso de preparación para servir al niño en el hogar, y iii) Almacenamiento y preparación para servir al niño en el CCD.

1. Análisis Regional

A) Subdimensión: Almacenamiento en el hogar – Dónde y cómo guardan los MMN

(1) Región Huancavelica

(a) Personal de salud

El personal de salud entrevistado, tanto del ámbito de SCD como del SAF, comentaron que el tema de almacenamiento viene a ser uno de los aspectos en los que se pone énfasis, ya que influye en el sabor del MMN. Indican que recomiendan que deba estar guardado en un lugar seco/fresco y sin nada de humedad para evitar que pueda ver cambios en el sabor. Además, algunos sugieren que lo guarda donde el niño come, para que las CCPP lo vean y se acuerdan.

“Para mi puede ser (lo ideal) la cocina tal vez, la mama está preparando el alimento, está cocinando, tiene la vista la chispita y se acuerda y toma ese y darle a su niña”.

“La mamá la encuentra fácilmente y le puede dar a diferencia que la puedes encontrar en el cuarto o el baño”. (H - Personal de salud Región).

(b) **Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno**

➤ PERSONAL PNCM

Personal de PNCM comentaron que recomiendan el lugar de guardar los MMN tal como está estipulado en la norma, no ven como están guardados en el hogar, pero si en el SCD.

➤ CUIDADORES PRINCIPALES

Las CCPP entrevistadas comentaron que guardan en diferentes lugares en la casa. Por un lado varias mencionaron guardarlos en su cajita en su cuarto, *“en su ropero donde no hay nada y los niños no juegan”* (H1-cuidadora principal no usuaria SCD3), en su repostero *(pero no a lado de la cocina donde puede calentar* (H1-cuidadora principal usuaria SCD4), en la mesita, *allí donde almuerzo junto a mi hija* (H2 cuidadora principal usuaria SCD4.2) y en su botiquín donde guardan las medicinas, una menciona que es porque *“es como un medicamento porque es para la anemia”* (H1-cuidadora principal usuaria SCD3). Dos de las familias no usuarias entrevistadas comentaron que no les habían dicho nada sobre donde guardar los MMN en la posta.

Los mismos lugares de guardar los MMN en el hogar han sido observados en las visitas a casas. Lo más común ha sido en el cuarto, en un estante en alto, que puede ser en el segundo piso de la casa, también en la cocina, en un cajón del repostero.

(c) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

➤ PERSONAL PNCM

En el ámbito de SAF, personal del PNCM mencionan información sobre donde guardan los MMN en las casas tal como está estipulado, pero dan menos orientación al respecto que lo que las familias reciben del CRED. Un AT comentó que no da énfasis específicamente sobre donde guardar las cajitas, pero si le dice a las facilitadoras para preguntar sobre ello, aconsejando que los guarden en un lugar fresco; otro comento que no estaba seguro donde se los deberían guardar.

Las facilitadoras entrevistadas comentaron que las CCPP si saben guardar, están en sus cajitas, en una bolsita, a veces colgada, en su cocina, en su cuarto, en el comedor, pero siempre fuera del alcance de los niños. Han visto en sus canastitas, en la cocina, en su olla, repostero y hasta *“en mi otra casa”*.

“En lugar fresco más que nada donde el niño come. Para que se acuerdan viendo”. (H2-Facilitadora SAF1)

➤ CUIDADORAS PRINCIPALES.

La mayoría de las CCPP guardan la cajita en su cuarto, allí lo guarda en un cajón, o porque allí tiene sitio, igual como se pudo observar en la casa. Una lo guarda en su mesa donde come; otra menciona que le guarda en un lugar fresco donde le ha recomendado la facilitadora.

“en mi mesa, en cajita” (H1-cuidadora principal usuaria SAF2.1)

“en mi cuarto, porque allí tengo espacio, para la comida tengo que sacarlo del cuarto” (H2-cuidadora principal no usuaria SAF3)

“En mi cuarto, el segundo piso, porque ya no lo doy” (H2- cuidadora principal usuaria SAF2)

“La señorita (dice) tienes que tener cuidado la chispita, guárdalo bien, en lugar fresco”. (H2-cuidadora principal SAF3)

Se observó que las CCPP guardaron mayormente en sus cuartos y, igual que en el ámbito del SCD, los traían de allí cuando había servido la comida de su niño.

(2) Región Piura

(a) Personal de salud

Personal de salud entrevistados en Piura comentaron que las CCPP guardan los MMN en sus casas en una bolsita, en estante, en su cuarto, en un lugar donde los niños no lo pueden coger, incluso un PS comentó que lo ha verificado que está guardado bien durante una VD. PS da recomendaciones sobre donde guardar en la consejería. Un personal de salud comentó que no se verificaba antes pero ahora están verificando que estén en un *chispitero*. Sin embargo ningún otro actor entrevistado menciona este nombre en relación al gradado de los MMN.

(b) Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno

➤ PERSONAL PNCM

Personal del PNCM, comentaban sobre donde guardan los MMN en casa siguiendo las recomendaciones de la norma.

➤ CUIDADORES PRINCIPALES

Las CCPP entrevistadas también comentaron que lo guarden en un lugar fresco, seguro, en un lugar en alto. Comentaron en su cuarto o en botiquín con las medicinas. Una familia no usuaria comentó que lo botan si no lo usan, o le da a otro niño. Se fija en la fecha de vencimiento y los botan si ve que están pasados. Una menciona que lo guarda en su cocina para acordar que tiene que dar en el almuerzo.

“A veces en mi cuarto y a veces me olvido, por eso aquí... en mi cocina, y si me olvido, mañana le doy”. (P2- cuidadora principal SCD3)

(c) Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias

➤ PERSONAL PNCM

ACSs comentaron que no se habían interesado mucho donde las CCPP guardan sus MMN, pero uno decía que no lo guardaban como debería ser, sacando los sobres de las cajitas y ponerlos en la mesa donde podrían dañarse y otra, por su propia experiencia como madre, los guardan en su repostero, no expuestos a la luz ni humedad.

“las sacan de las cajitas... ponen en la mesa donde pueden dañarse. Un día dan otro no” (P2- ACS-SCD2)

➤ CUIDADORAS PRINCIPALES

Los CCPP entrevistadas comentaron que los guarda en una bolsita, en un cajón, donde guarda el servicio, en la cocina, donde almuerza, para acordar a darlos a su niño. Otra CP comentó que ella lleva la cajita por donde va.

“Sí, en mi cocina... porque me acuerdo para la hora de desayuno” (P1-cuidadora principal usuaria SAF2).

“En el cuarto yo lo he dejado así, pero siempre uno se olvida. Lo que es en la cocina, ya uno ve la bolsita colgada y ya me acuerdo” (P1-cuidadora principal usuaria SAF3)

“Ahí lo llevo .. (en mi cartera)... la cajita por donde va”. (P1-cuidadora principal usuaria SAF2)

En las observaciones en el hogar, tanto en el ámbito del SCD como de SAF, se vio que los sobres de MMN estaban guardados en el cuarto, o sobre una repisa en alto en un contenedor de plástico en la cocina.

(3) Región Ucayali

(a) Personal de salud

En Ucayali hay preocupación por el calor y las lluvias y por eso ponen atención a como se guardan los MMN. Personal de salud de la DIRESA explicó que los MMN llegan en buen estado y que depende de la manera como lo están conservados se pone “medio duro” y es importante que se mantienen su textura, y por eso PS explican a la CP que se almacena adecuadamente, en un lugar alto, fresco, fuera del sol, cerrado y no accesible a los niños. PS comentó que los han visto en las casas a lado de la cocina dentro de sus cosas.

(b) Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno

➤ PNCM

La especialista de nutrición sugiere a las CCPP que lo guardan “*en un lugar fresco, fuera del alcance de los niños y que sea visible al momento de la alimentación*”.

➤ CUIDADORES PRINCIPALES

Las CCPP comentaron que les guarda en sus casas en la cajita, en su cuarto - para que los otros niños no lo saquen, donde están las medicinas, en la cómoda, o en la lonchera de su bebé. Una CP mencionó que no guarda porque los lleva a Cuna Más (**U1 cuidadora principal usuaria SCD2.1**), y cuando vencen los botan (**U1 cuidadora principal usuaria SCD4**)

Se observó que los sobres estaban colgados de un hilo en la cocina, a la mano, en un caso, en otro en su cuarto.

(c) Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias

➤ PERSONAL PNCM

Un AC comentó sobre las inquietudes de las CCPP cuando los sobrecitos se mojan por la lluvia y ya no le dan. En este caso no los usa por el temor que puede intoxicar o caer mal al niño, aunque no ha escuchado que esto haya pasado.

“Lo que he escuchado es que, el sobre, le da el agua y ya se malogra y de repente si le doy así que ya está mojado, porque en la zona llueve y las casas no son seguras. Entonces le agarra el sobre y parece que esté mojado, dice, de repente lo va a intoxicar. Y esas dudas tienen del sobre, de la cajita cuando entregan” (U2-Acompañante Comunitaria SAF)

➤ AGENTE COMUNITARIO DE SALUD (ACS)

Un ACS reportó que en su casa lo guardan en el repostero pero además ha visto los sobrecitos botados en la tierra.

“El sobrecito esta tirado. Quizás se olviden de cuando le va a tocar darles” (U1 GF ACS SCD)

➤ CUIDADORES PRINCIPALES

Las CCPP entrevistadas comentaron que guardan los MMN en sus casas en su cuarto, con los remedios, en una bolsita fuera de la cocina donde lo puede afectar el calor, en un botiquín chiquito. Otra mencionó que lo guardan en un cajón pero que actualmente no tenía y no va a regresar al CRED hasta el otro mes.

En las observaciones se pudo ver que los MMN estaban guardados en el cuarto, o en el caso de una familia Indígena, colgado de un palo de la casa junto con ropa y otros utensilios.

B) Subdimensión: Proceso de almacenamiento a la preparación en el hogar: observaciones en el hogar

(1) Región Huancavelica

Durante las observaciones en casa se vio que las CCPP sacaron los sobrecitos de donde estaban guardados (p.e. el cuarto) después de haber preparado la comida y de haberlo servido al plato o bol del niño. Luego la CP separaba la porción de la comida, generalmente 2 a 3 cucharadas, tipo puré o

aplastado, y mezcló los MMN del sobre completo con ello. También se observó un caso donde lo mezcló con toda la comida en el plato del niño. Hubo casos donde se mezcló el MMN con sopa espesa o una preparación más líquida como un tarro de avena con manzana.

Generalmente agregaron el MMN a la comida recién, servida, ya entre caliente y tibia, y la CP la soplabla mientras daba al niño; en otros casos la comida se había enfriado mientras buscaba el sobre de MMN, y una madre agregó un poco de sopa caliente al puré para hacerlo “*menos seco*” y calentarla.

Todas las CCPP observadas en ambos ámbitos dieron los MMN a sus niños durante la observación. Sin embargo la mayoría de CCPP no se lavaron las manos, ni las manos de sus hijos antes de preparar o dar de comer a sus niños.

(2) Región Piura

Las CCPP observadas sacaron los MMN de sus cuartos para mezclar con la comida del niño. Igual que en Huancavelica la mayoría los traían de su cuarto después de preparar la comida y servirlo en el tazón del niño. También separaron dos cucharadas de la comida aplastada con que mezclar el MMN; en un caso era con alrededor de 5 cucharas de puré (no comió todo) y otro lo mezclaba con sopa espesa de harina de maíz. La temperatura fue “un poco caliente”, la madre soplabla la comida a darlo al niño. Esta madre comentó que le daba el MMN dependiendo de qué comida preparara en casa, que sea una comida que es suave y fácil de mezclarlo, y por ello no lo da todos los días, “*a veces le doy*”.

Las CCPP observado en el ambiente de SAF no dieron MMN a su niño ese día.

En la mayoría de las observaciones no se observó lavado de manos durante la preparación o servido de la comida.

(3) Región Ucayali

De las observaciones en el hogar se podría comprobar que los sobres de MMN estaban guardados en el cuarto de la familia o colgado en alto en su cocina, y de allí la CP los sacó cuando lo preparaba para dar con la comida a los niños. Había variación en la manera de prepararlo. En un caso la CP lo abrió con los dientes (práctica común) y lo preparó apropiadamente con una porción del puré separado por ello. En otros 2 casos el MMN fue mezclado en sopa: en uno con 6 cucharadas de sopa caliente, (aunque la niña no quería comer nada); en otro lo mezcló con un bol completo de la sopa traído por la abuela a su puesto en el mercado. En otra observación la madre no le dio MMN porque preparaba sopa ese día y solo lo mezcla con el segundo, que prepara solo 3 veces a la semana, un día sopa, otro día segundo. En otro caso, la madre preparaba el desayuno de la niña separando una porción de arroz (frio), echó pescado que sacó de la sopa (caliente).

C) Subdimensión: Almacenamiento y preparación en el Servicio de Cuidado Diurno

(1) Región Huancavelica

➤ PERSONAL PNCM

Al nivel de los CCD los sobres de MMN son entregados por las CCPP a la MC, quien los recibe, lo registra en su ficha y son guardados en forma individual por cada niño, generalmente en un taper de plástico rotulado con el nombre del niño. Los ATs y las MMCC confirman que cumplen con hacer este procedimiento, guardando los tapers en una repisa, en una parte superior fuera del alcance de los niños.

Las MMCC han sido capacitadas en este procedimiento, comentaron que las madres guías les han orientado sobre como guardarlos y, de sus entrevistas, comentaron que se cumple con este procedimiento en los lugares del estudio. En el momento de servir la comida los saquen de su taper para agregar a la comida de cada niño que corresponde. Adicionalmente mencionan que los sobres usados, “las cascaritas” los ponen en una bolsa o al tacho.

➤ OBSERVACIONES EN SCD

Las observaciones en los SCDs han mostrado cierta variabilidad en las prácticas en el guardar y preparar los MMN para el consumo. Los sobres de los MMN están guardados generalmente en recipientes de plástico e individualmente por cada niño, en un lugar seguro como describen las MMCC. Pero también se ha observado que están guardados en una “mesa auxiliar”, o en un estante, cerca del área de lavado de manos o junto con la vajilla u otros utensilios, siempre tapado, pero no siempre fuera del alcance de los niños. No todas las CCDs tenían MMN disponible para los niños a quienes les correspondían. En un caso las CCPP no habían recogido sus MMN del EESS, comentaron que recién los iban a recoger en su siguiente control.

En el momento de servir el almuerzo – que viene en maletines para mantener el calor y en recipientes con nombre de cada niño – la MC coge el sobrecito que le corresponde y por lo general, separa la porción de 1 a 2 cucharadas de la comida en el recipiente del niño, abre el sobrecito (con cuchillo o, en un caso observado, los dientes) y lo mezcla, tal como estipulado en la norma. Con cada una de las comidas la MC combinaba y aplastaba la porción de comida separada, o hacerlo puré, dependiendo de la edad del niño, vaciaba el sobre de MMN en esta porción y lo mezclaba para ofrecer esto primero al niño.

En algunos casos las madres de los niños llegaron a la hora del almuerzo y ellas mismas dieron de comer a sus hijos. Una madre mezclaba el sobre de MMN con una porción de la comida de su hija pero que no quería comer y luego llevaba su comida a su casa en bolsa de plástico para comer después, ya mezclado con el MMN. En otras, cuando no quería comer o tenía sueño, lactaba al niño antes de darle el almuerzo y ya no quería comer.

Se notaba que existe un problema de muchos niños con poco apetito. En el caso de un niño que no quería comer su almuerzo (y bajo de peso) se le dio un poco de mazamorra. Luego se conversó con las MMCC sobre esta alternativa para mezclar el MMN y las MMCC pensaban que podría ser una buena oportunidad, incluso lo había experimentado.

*“que comen mejor con mazamorra”, “preferible sería en mazamorrta” “mire señorita **(con la cuchara me muestra la consistencia, que resulta ni tan aguada ni tan espesa)** así le combinamos **(mostrando que colocan todo el sobrecito dentro del tarro)**, “en la mazamorra, nada desperdicia, ni en el desayuno”. “Aquí nos obligan que lo hagamos en segundo, en almuerzo, en dulce no sienten, rápido es”, “en la Posta nos dicen en segundito”*
(H1 OB Madre Cuidadora SCD1.2)

En todas las observaciones se ha visto una buena rutina de lavado de manos, tanto de la MC como de los niños, antes de que coman.

(2) Región Piura

➤ PERSONAL PNCM

Personal de PNCM así como las MMCC del SCD también en las entrevistas confirman que las CCPP traen sus cajitas y lo ponen en tapercitos, en una repisa, en el comedor, cada uno con su nombre, tal como hayan sido capacitadas. **(P2-GF Madre Cuidadora SCD1)**

Un miembro del comité de gestión comentaba que ha visto en el SCD que lo guardan perfecto, y que las MMCC avisan a las CCPP cuando termina su cajita para ir a su control. Pero ha visto los sobres (llenos) tirados en la calle. **(P2- Comité de gestión SCD)**.

➤ OBSERVACIONES EN SCD

Se observó que los sobres de MMN estaban guardados en una repisa de madera, en una bolsa plástica en un contenedor plástico. También las observaciones en los CCDs nos han dado información sobre la variabilidad del uso de MMN por las MMCC previo a su consumo. En un SCD había muchos niños, entre infantes y gateadores y caminantes y varias MMCC para cuidarlos. En el desayuno un sobre de MMN fue mezclado en una taza de leche con avena, y esta leche fue servido por la MC a dos niños a la vez en cucharitas. En el almuerzo se observó los MMN dado a 6 niños, gateadores/caminantes (cerca de 1 año y más). Para cada uno, la MC separo una porción de la comida, en una esquina del recipiente de la comida del niño, sacó un sobre de chispita (que había puesto en su mandil) y lo mezcló con esta porción de comida, siguiendo la norma. Inmediatamente

sirvió esta parte de la comida al niño, al menos una cucharada, dejando que continúe comiendo solo, y seguía con el mismo procedimiento con el siguiente.

En el otro caso, solo a 1 de los 5 niños en el CCD le tocaba chispitas. La cajita de MMN fue guardada en una repisa donde estaban ubicados los cubiertos. La comida del niño fue papilla. La MC saco un sobre de MMN y le dio al niño para que juegue mientras preparaba la comida, separando 2 cucharadas y le dio al niño, quien lo comió bien y rápido porque tenía hambre. Mientras la MC lo preparaba decía “*le vaya a echar tu vitamina y te lo vas a comer todo ya.*” (**P2 OB Madre Cuidadora SCD2**)

(3) Región Ucayali

➤ PERSONAL PNCM

Personal de PNCM mencionó que se priorizan dónde deben de almacenar los MMN en el SCD y en las casas, sugiriendo en lugar fresco, fuera del alcance de los niños y que sea visible al momento de dar de comer. Sugieren que les guardan en un pequeño botiquín para protegerlos del calor, tanto en el SCD como en la casa (**U-Especialista de Nutrición SCD**). Sin embargo mencionó que se enfocan más en que se lo coma que en donde guardar (**U- Personal de salud microrred**).

Varias madres cuidadoras confirmaron que los guardan en un botiquín exclusivamente para los MMN, cada cajita con el nombre de su niño; otra mencionó que lo ponen en una mesita en alto, tapado con una manta. Otra mencionó que los sobres que se quedan, que no son consumidos porque el niño ya no está, los dan a otro niño.

“De lo que quedan, lo damos a los demás” (**U1-Madre Cuidadora SCD2.1**)

Un miembro del comité de gestión confirma que en el SCD lo guardan en un botiquín, diferente al botiquín de las medicinas, y en la casa en cualquier sitio, tal vez encima de la mesa. UEP Comité de gestión.

Se pudo realizar observaciones en 5 CCDs, de los cuales 3 servían comida con MMN a niños que le correspondían, en los otros dos no había MMN. Los MMN fueron guardados en repisa en alto, en uno cerca al botiquín, cada uno con el nombre del niño. En los 3 lugares se seguía el procedimiento estipulado, de separar 2 cucharadas de la comida en el mismo taper y mezclar el MMN en ello, y en estos casos, hacer este procedimiento sin que los niños vieran. Las MMCC servían 1 o 2 cucharadas de esta porción – con el MMN – al niño primero antes de pasar a preparar y servir al siguiente niño.

2. Síntesis de los hallazgos en las tres regiones

El personal de salud dan orientaciones sobre donde y como guardar los MMN, de acuerdo a la norma. En el hogar son guardados en diferentes lugares, mayormente en el cuarto de donde los recogen en el momento de usarlos, en el ropero, en un botiquín, o en el repostero en el comedor, en la cocina, fuera del alcance de los niños, de acuerdo a las recomendaciones, pero también en la mesa donde almuerzan. Cuando está en la cocina y visible, algunas CCPP recuerdan mejor de prepararlo con la comida del niño.

El proceso de preparación para ofrecerlo al niño seguía la recomendación de mezclarlo en dos cucharadas de la comida sólida o semi-sólida y tibia, observado en la mayoría de los casos. Pero también se observó casos donde fue preparado con toda la comida servido al niño, o con preparaciones líquidas como sopas o leche. El proceso seguido es que se sirve la comida en el plato del niño, separan las 2 a 3 cucharadas, luego recoge el sobre de MMN aplastar la comida, abrir el sobre (con diente, mano o cuchillo) y mezclarlo con la porción separada, de acuerdo a lo normado. Si bien la temperatura fue tibia, el tiempo de ir a recoger el sobre del cuarto y luego mezclarlo con la comida lleva a un enfriamiento; agregamos a esto (no reportado en esta sección) el tiempo que demora los niños a comer, especialmente los pequeños, termina siendo la comida fría. Sin embargo la actual recomendación no descarta la posibilidad de mezclarlo con alimentos fríos, incluso con fruta, y que no se ha visto en este estudio. Respecto al tipo de comida con que mezclarlo y la frecuencia de dar, es interesante el caso de solo dar MMN los días que prepara segundo (3 veces a la semana), y no los días que prepara solo sopa (así no cumple con lo recomendado de dar diario).

En general los MMN están bien almacenados y guardados en los SCD, en contenedores o bolsas de plástico, individualmente por niño y guardados en zona segura, incluso en un botiquín. Las MMCC han sido capacitadas en como guardarlos. Sin embargo en algunos casos están en una mesa y no siempre fuera del alcance de los niños. Pero en ninguna de las observaciones se vio a los niños jugando con sobres de MMN.

En la preparación de la comida con el MMN, se ha observado que siguen las recomendaciones de mezclar los MMN con 2 cucharaditas de comida (siempre sólida o semi-sólida, puré, papilla o segundo), separado en el mismo plato del niño y luego sirviendo al niño; por el tiempo que tome, así por el tiempo que los niños toman en comer, especialmente cuando no tiene apetito, la comida va enfriando.

Solo mezclaban los MMN con alimentos de segundo, con la excepción de un caso donde fue mezclado con la leche en el desayuno. En algunos casos las CCPP llegaron para dar el almuerzo, a veces lactaron antes de dar el almuerzo y no tenían hambre, o llevó la comida (fría y en un caso con MMN) a su casa.

Durante las observaciones en el hogar fueron pocas las CCPP que lavaron las manos antes de preparar o dar la comida a los niños.

En el SCD se observó muy buenas prácticas de higiene con lavado de manos de las MMCC y los niños antes y después de comer.

H. CONSUMO Y ACEPTABILIDAD DEL MMN

Al hablar de consumo, no estamos haciendo referencia al concepto de adherencia, con el que se evalúa el consumo en la normativa vigente, mediante la cual, la adherencia ocurre cuando se ha tenido más del 84% de sobres consumidos, basados sobre todo en contabilizar la cantidad total de sobres consumidos (según la referencia de la CCPP) respecto al total entregado. Hemos trabajado este tema, desde un acercamiento cualitativo, tratando de entender, desde la práctica referida el proceso seguido, en tanto períodos de continuidad, discontinuidad o interrupción, así como las razones, elementos o condiciones que los explican. Para el aspecto de la aceptabilidad, se ha trabajado desde la perspectiva de la cuidadora principal, indagando sobre las razones que según ella explican la aceptación o rechazo del niño pequeño, su apreciación de sabor y olor del producto.

Las CCPP contactadas, se ubicaron de acuerdo a características prefijadas en relación a la recepción y consumo del MMN. Así, se buscó CCPP que no estuvieran recibiendo el MMN en el EESS en el lapso de los dos meses previos al estudio, como mínimo. También, CCPP que estuvieran recibiendo y dando el MMN en sus hogares, o a través del CCD. Y, finalmente, CCPP que estuvieran recibiendo y no dando el MMN a sus hijos. Más allá de estas categorías de selección, se trabajó sobre la reconstrucción del proceso de consumo y aceptabilidad del MMN relatado por cada una de las CCPP contactadas.

Desarrollaremos primero el consumo y aceptabilidad del MMN a nivel familiar y luego, trabajaremos, el consumo y aceptabilidad en el entorno del CCD. En cada uno de estos escenarios, abordaremos el tema para cada una de las regiones, y dentro de cada una de ellas, distinguiremos el ámbito del SAF del ámbito del SCD, incorporando la voz de los diferentes actores.

1. Análisis Regional

A) Análisis de las razones de consumo y no consumo a nivel familiar, desde la perspectiva de los actores regionales, tanto de salud como de la UT-PNCM

Esta sección recoge la reflexión del personal de salud que labora a nivel de las DIRESA y Redes de Salud; así como, la del equipo técnico regional de las UT-PNCM visitadas. El análisis se organiza, presentando primero el ordenamiento de sus reflexiones sobre lo que explica el consumo y el no consumo a nivel familiar, en forma comparativa, señalando las diferencias y semejanzas encontradas. En el marco de este análisis, ubicamos la discusión sobre el tema de la aceptabilidad del MMN.

Desde el discurso de estos actores entrevistados, identificamos una serie de elementos o condiciones que ayudarían a explicar el porqué se consume o no el MMN en sus zonas. Estas razones pueden clasificarse como: de nivel institucional, otras vinculados más bien al actuar de las CCPPs, aquellas asociadas a la influencia de actores locales, y, finalmente, razones vinculadas al carácter del propio niño.

(1) Razones vinculadas al entorno institucional

Se recuerda que la expectativa en torno al MMN era grande al inicio, pues se esperaba que pudiera superar los problemas que se tenían con el Sulfato Ferroso. Además, se valoraba su potencia nutricional entre los mismos trabajadores de salud que tenían también hijos. La propaganda del producto motivo la concurrencia de otras personas no usuarias del EESS, incluyendo a los usuarios de ESSALUD, presentándose una sobre demanda que no se podía atender.

“Sí, para los puestos y también acá para los técnicos ¿cómo lo tomaron cuando dijeron vamos a darle esto a las señoras? Incluso hasta con ellos el personal, algunos de acá tienen hijos y se quejaban del sulfato ferroso ... nosotros hemos introducido este nuevo producto con grandes expectativas... decirles que estos multimicronutrientes tenía cinco vitaminas en un solo polvito, en un solo sobre que va a hacer que el niño salga de la anemia y tenga buenos resultados en su estado nutricional. Entonces con esa expectativa todo el mundo ha estado muy interesado, incluso venían porque nosotros al principio, como había poco lote, no había mucha cantidad de ese producto, solamente le dábamos... a quienes estaban afiliados aquí, al Ministerio de Salud. Porque venía, con toda esa propaganda que se había hecho, venían los de Es Salud, la población de Es Salud también queriendo ese producto” (P1 Personal de Salud de Red)

Uno de los problemas iniciales que tuvieron que remontar los equipos de salud regionales fue conseguir una adecuada distribución del MMN dentro de sus regiones.

“Claro, cuando recién entraron con el programa de micronutrientes, el mayor problema era con respecto a la distribución, a través del Establecimiento de Salud”. (UPersonal de salud de Red)

Es decir, estos actores institucionales a nivel regional, nos permiten entender que al inicio no había problema de aceptabilidad, pero sí mas bien de abastecimiento y distribución. En este contexto, se reflexiona que la desconfianza hacia el MMN se originaría o se marcaría sobre manera cuando, se recibe la directiva desde el nivel central del MINSA, para retirar todo sobre entregado, dado que se había detectado un lote contaminado. A pesar que se sabía que no era el lote que estaba circulando en cada una de las regiones, las autoridades de salud regionales hicieron caso de la orden nacional, dado que era un tema de salud pública. Se menciona que este retiro significó un retroceso para la introducción del MMN, en tanto la duda sobre su composición o estado se empezó a esparcir. Según esta apreciación, la resultante, es que, actualmente, ya no es tan fácil convencer a las CCPP sobre esta base de desconfianza. Incluso, el mismo personal de salud, desde esta reflexión, no se siente seguro como para desdecir las suspicacias o rumores, acerca de un supuesto cambio en su composición.

*“En el año 2011, 2012, el MINSA saca un documento de suspensión de entrega, que hay que sacar casa por casa. Nosotros en realidad, no hicimos eso – simplemente se manejó de una manera tranquila... comunicando con los padres de cada una de las redes, para que ellos nos entreguen ya, los multimicronutrientes... por el tema de que había un lote que estaba contaminado y todo ese tema **Ajá** ... y ese lote que era lo observado, no estaba en la región –... A pesar que se manejó tranquilamente sin alarmar, igualito, la noticia se filtra – y de ahí empezaron a tener rechazo al producto: Diciendo que esta malogrado – tú sabes –la gente empieza la habladuría y llega pues hasta el final. Eso ha sido y es lo que está pasando ahora con este trabajo del suplemento. Ya es un poco débil, ahora sí les cuesta convencer a la gente, les cuesta hacer... ya no es como antes... (...) (fue) Fuerte, porque nosotros en sí, nos caímos con eso; y ya la gente no nos cree. Ha sido muy difícil. Por ahí empiezan los mitos, las cosas. La gente dice: “No. es que ya le adicionaron algo”. (HPersonal de salud Región)*

Otro elemento que interviene en explicar un débil posicionamiento en el consumo o uso del MMN, es el cambio de nombre experimentado en estos años. Esto dificulta la labor del personal de salud, pues no se les fija un nombre a las CCPPs, o porque es difícil de recordar para el mismo personal de salud. Si se cambia el nombre, se desorienta a la usuaria, y el trabajo de posicionamiento del producto se tiene que volver a hacer. Resulta, entonces, más práctico, seguir lo que la misma población usa para referirse al MMN, optando así, por el nombre de “Chispitas” en todo el proceso.

“... y encima y lo más triste, y siempre se los he dicho en cualquier reunión que he estado, es de que andan cambiando los benditos nombres. Que le pongan chispita, estrellita – no sé, laberinto y medio – la verdad que ni siquiera, yo... que estoy con este tema me acuerdo “nutromix” - ¡Ah! No sé. Lo único que la gente termina diciendo es chispitas ¿ya? Y eso también afecta bastante. Dicen “¿qué es lo que está pasando?”. Es como un producto, tú le cambias el nombre en el Mercado, y simplemente empiezas trabajando de nuevo. Si queremos decirle chispitas hasta el final, hay que decirle chispitas hasta el final” (HPersonal de salud Región)

A esto se suma también, los cambios en las recomendaciones generales sobre el uso del MMN, frente a los cuales el personal de salud no necesariamente está informado oportunamente. Uno de estos cambios, en la normativa, viene a ser el tipo de preparación con la que se recomienda mezclar el MMN. En este caso, se refieren a que inicialmente se les decía que debía ser mezclado solo en papillas, y luego se adicionó la posibilidad de hacerlo en mazamorritas.

“...y también (cambia) en qué alimentos debe darse. Porque, este al inicio se nos dijo que solamente en las papillas, luego, bueno pues ya fuimos, este... leyendo, y se dio, en una reunión nos dijeron que ya se podía darles también en las mazamorritas”... (P1Personal de salud de Red)

Una vez que se superaron los problemas iniciales para distribuir oportunamente el producto, han podido evaluar con más claridad que una cosa es entregarlo y otra cosa es lograr que se consuma. Se identifica por ello que existe una gran diferencia entre el recibir el MMN y el consumirlo. La CCPP estaría así recibiendo el MMN porque se lo está dando el personal de salud con el cual la une un compromiso, una relación con el personal de salud, por lo que no se opone mayormente a recibirlo.

Esta reflexión se la va a encontrar nuevamente, pero más acentuada, en la opinión de las mismas CCPPs y relacionando este compromiso con la participación en JUNTOS. El consumo, por el contrario, no está sujeto a supervisión, por lo que se tiende a no seguir dando el MMN si se presentan problemas vinculados a las reacciones negativas que ocasionaría en el niño, tales como diarreas, o al mal sabor.

“Algo me contaba sobre la aceptación o rechazo por parte de la población no sé me podría ampliar un poquito más Si la población, si la mamá ve que a su hijo no le cae bien a la primera, ya no lo consumo, o sea, lo puede recibir porque es un compromiso que en el establecimiento le dicen “señora, llévelo porque a su hijo le corresponde tantos” y la mamá lo recibe, pero que lo reciba, lo consume es un brecha bien grande si es que a su hijo no le cayó bien a la primera. Y cuando hay, cuando no le cae bien ¿qué suele pasar, cree que...? Lo bota. Ah, cuando no le cae bien, la familia lo bota” (PCoordinadora SAF UT-PNCM)

Así, se presentaba un problema en la diseminación efectiva del conocimiento sobre el MMN. Es decir, las indicaciones que desde el personal de salud debieran fluir hacia las CCPPs, necesitaban reforzarse, a fin que las CCPPs conozcan efectivamente cómo preparar adecuadamente el MMN y no se den los casos de rechazo vinculados al supuesto mal sabor del MMN. Se argumenta que si la CCPP no tiene la información adecuada y oportuna, va a seguir preparando el MMN a la temperatura no adecuada, por ejemplo, lo cual facilita que se evidencie el sabor a hierro en la comida. Se rescata aquí que el indicador fundamental para la madre es que el niño coma. Si no lo come, no se anima a seguir dándoselo. Por ello, resulta crucial reforzar, la labor educativa, oportuna, de informar sobre la preparación del MMN.

“Ahora cuando ya se superó el problema de la distribución, ya se observó de nuevo que las madres no querían mucho los micronutrientes por el tema del sabor. Entonces, como no había una información oportuna de cómo debía utilizarse el micronutriente de la manera más adecuada. Las madres no tenían ninguna información, entonces lo mezclaban a una temperatura no adecuada, entonces el niño detectaba la presencia del hierro y no consumía. Entonces como el niño no consumía, a la madre no le interesaba llevar el micronutriente. Pero esto ya, poco a poco se va superando, porque ya tenemos instruido a todos los trabajadores que deben dar la parte educativa a la madre de cómo usar el micronutriente”.(UPersonal de salud de Red)

Se argumenta que la información no eficiente, también se relaciona con condiciones subyacentes vinculadas a la calidad de la comunicación que se establece entre el proveedor y la CCPP. De esta manera, el problema radicaría no solo en entregar oportunamente la información, sino, sobre todo, en saber llegar o hacerse entender por las usuarias. Se reflexiona, entonces, que se necesita ir más allá de las indicaciones operativas, e incidir en brindar un conocimiento integral o sustantivo, que ayude a ventilar las dudas, y ayude a disminuir la resistencia al MMN.

“Y aparte, eso, es el conocimiento, es un tema fundamental que las personas que se oponen porque no consumen las chispitas, son, pues, personas que no tienen el conocimiento, porque no es solamente entregarles, “sabes qué, mire, señora, sabe qué, ya, vienes a tu control de crecimiento y desarrollo”. Ya, lo hacemos el control, le pesamos, le tallamos, le sacamos el diagnostico, le explicamos a la señora “sabe qué señora, su chispita acá esta, su multimicronutrientes y le vas a darle en su platito en el almuerzo así, así”, y ya es suficiente. Y si no tiene conocimiento, esta persona, lógico, esto va a ver como si fuese un medicamento, o algo que le va a dañarle al niño..”. (HJefe de UT-PNCM)

“...cuando tú la orientas a la madre “vas a tener cuidado con tu hijito, va tener deposiciones negruzca, eso es normal”. Se les orienta, si no, ellos se preocupan y muchas dejan de dar. Cuando la madre ya lo ha consumido, ya lo sensibilizan, ya no se preocupa, pero cuando el personal de salud no le da la orientación adecuada obvio que se va (a preocupar)...por ende, ya no quiere comer”. (HEspecialista en Gestión Comunal UT-PNCM)

Por ello, se reflexiona que para enfrentar el desconocimiento a nivel de las familias, para evitar que suspendan el dar el MMN ante la presencia de diarreas, viene a ser crucial el brindar información con mayor detalle, que aborde el consumo como un proceso con subidas y bajadas.

“El tema de la aceptación de los micronutrientes es una gran preocupación, ¿qué cosa han escuchado acerca de por qué no les dan a los niños? Lo clásico es que se enferman su estómago, tienen diarreas, otros es que son salados, tienen un sabor “x”, tiene un sabor que no es agradable a los niños, por eso lo dejan. Eso es lo clásico que he escuchado de los chicos... las veces que yo he salido he preguntado. Pero el tema de la preparación era bueno, el tema es dar más información sobre los

micronutrientes que nazca del mismo sector; estamos trabajando en nuestros mensajes dándoles información a nuestras informadoras, nuestras familias” (PJefe de la UT-PNCM)

Asimismo, se reflexiona sobre la necesidad de brindar una información comunicacionalmente más efectiva, partiendo del manejo del idioma nativo, para poder explicar y hacerse entender con la población rural. No basta con garantizar, entonces, que el personal de salud o de la UT-PNCM conozca sobre el MMN y maneje bien esta información, sino que se requiere pensar en estrategias y modalidades para garantizar un efectivo aprendizaje, que sea significativo para las usuarias.

“A los niños las diarreas – sentían malestares – tenían – entonces la familia dijo: “Mira probablemente, por el consumo de esas chispitas, entonces que mi niño está reaccionando de una manera no normal”. Ahí es que lo han cortado. Ahí es que lo dejan de dar. Justamente para todo esto, es que del mismo establecimiento de salud se tiene que dar una información objetiva sobre todo el proceso del consumo. Entonces de esa manera, nosotros hemos – lo hemos realizado junto a las facilitadoras” (HEspecialista en Seguimiento a Familias SAF UT-PNCM)

“en realidad hay bastante... resistencia de las familias, por desconocimiento, porque... por la mala información. Nosotros tenemos conocimiento que las chispitas son buenas, nos van a servir. ... ¿qué hacemos los profesionales?, conocemos todo al 100 %, cuáles son los beneficios, qué cosas vamos a obtener, y también sabemos cuáles consecuencias si no consume, ¿no?, si carece de hierro. Pero eso nosotros lo conocemos, pero no nos podemos hacer entender a nuestras familias del campo, por el tema de... lengua materna de ellos. No hablamos, ¿qué vamos a hacer entender? Acá que venga alguien que hable inglés, acá que me hablen, que me pregunte en inglés yo no lo voy a entender. Entonces, eso es lo que pasa en el campo”. (HEspecialista Gestión Comunal SAF)

Algunos entrevistados se muestran más exigentes en su razonamiento, aunque consecuentes con la reflexión acerca de los problemas que se enfrenta para el consumo del MMN, y sostienen que este acercamiento a una mejor comunicación, a un aprendizaje significativo entre la población usuaria y los proveedores, exige, de parte de los proveedores, el trabajar sobre la construcción efectiva de una base de confianza, labrada desde la convivencia, desde el compartir su vida cotidiana, así como sobre el manejo de su lengua. Este tema, el de trabajar sobre la base de la confianza, resulta pues, crucial, si consideramos las dudas o suspicacias (ver dimensión de opiniones sociales sobre el MMN) que manifiestan tener las CCPPs y otros actores frente al MMN.

“Entonces... ahora lo otro es... Solamente predicamos, predicamos, pero nosotros no practicamos. Eso es un tema, ¿no? Entonces... al menos el profesional debe vivir allá, debe convivir, debe ser parte de esa comunidad en este proceso de interculturalidad. Lo que falta en este tiempo es eso: no hay personal profesional que de repente se queda allá, viva allá, entable relaciones de convivencia y se confunda en sus fiestas, en su comida, entonces... ahí va a haber confianza. Si tú estás dentro de ese proceso, estás dentro de esa sociedad vas a aperturar la confianza, el diálogo, entonces eso es lo que falta. Entonces... nosotros bastante incidimos en ese tema. Todo taller, toda comunicación tiene que ser en su idioma, en su lengua”. (HEspecialista en Gestión Comunal SAF UT-PNCM)

Se enfatiza también el rol crucial del convencimiento que debe tener el mismo personal de salud sobre la eficacia del MMN, para que durante la consejería y el acompañamiento que realizan ante la CCPP, ofrezca una orientación positiva, con seguridad, para que así refuerce la continuidad en el consumo del MMN. Este punto hace referencia a la duda o inseguridad que se percibe a nivel de los proveedores de salud, en tanto a veces se tiende a suspender el MMN frente a la presencia de eventos no deseados como la diarrea, atribuidos por la CCPP al consumo del MMN, y frente a lo cual el proveedor no estaría muy seguro. Como se verá luego en los casos de no consumo reportados, hay algunos en los que el personal de salud reacciona suspendiendo el MMN y reemplazándolo por SF o recomendando otra vitamina comercial. Esta reflexión, se sustenta en el convencimiento que los efectos no deseados se están presentando porque en el hogar no se estaría preparando adecuadamente el MMN.

“Generalmente, eso es pues por la mala preparación ¿no? Entonces, a la mamá se le indica pues, se le orienta y de nuevo se le prueba ¿no? La mamá dice: “Hay le dio diarrea; ya no hay que darle” “Ya-Córtale” – tampoco le van a decir no? – “Córtale, luego se sana y le vuelves a dar” ¿no?” (H1Personal de Salud de Red)

Y muchas de estas ideas o elucubraciones acerca del mal sabor o no aceptación del MMN, provienen del hecho que el mismo personal de salud no motiva a que se pruebe el producto, confrontando así los miedos o las prácticas que no ayudan al consumo del MMN.

“Porque a veces, se le prende la idea – mira que los adultos somos muy imaginativos – “eso está feo, cómo le voy a dar eso a mi hijito”. Yo le digo: “¿Tú lo has probado?” Le digo a la mamá - hay veces que yo salgo -“prueba, pues” le digo... “probando se hace las cosas” - prueba y entonces no siente nada – “pero otra vez se ha hecho y ha salido algo negro” – claro, se abrió el hierro está dentro, lo sé yo, “¿eso no te lo ha dicho en establecimiento?” Dice no. Entonces, eso pasa también...” (H1Personal de salud de Red)

Se reflexiona así, que es el mismo personal de salud, por ende, necesita probar el producto para estar más seguros al momento de convencer a la CCPP. Se maneja así la imagen que el personal de salud es como un vendedor de productos nuevos, donde él mismo tiene que conocerlo y estar convencido de cómo es y en qué circunstancias cambia el sabor o el color; para de esa manera, propagandizar, mercadear el producto ante las usuarias.

“...a los chicos de los establecimientos, se les pide de que – ellos prueben ¿no? que probando, enseñamos. Si no sabemos cómo es el producto, entonces cómo lo vendemos ¿no?”(HPersonal de salud de Red)

La importancia de acompañar a la CCPP durante el proceso de consumo es también relevado por estos actores, como eje crucial para conseguir adherencia. Se argumenta así, que el personal de salud necesita darse cuenta que van a existir muchos retos que las CCPP van a enfrentar en el proceso de dar el MMN a sus menores hijos. Por ello, el consumo tiene que ir acompañado de una presencia cercana para apoyar la sostenibilidad de la práctica, combatiendo por ejemplo, el olvido.

“Requiere de un seguimiento, ¿no? De que a las madres se les haga el seguimiento e ir viendo cómo va el tratamiento. Una mejor supervisión, porque yo siendo mamá también me olvidaba de darle a mi hijito. Tenía que estar viéndole y le sobraban las chispitas, “señora, tiene que darle chispitas”, ¿no? Me olvidaba. Entonces, y también en qué alimentos debe darse”. (P1Personal de salud de Red)

“...en muchas zonas no tienes establecimientos de salud, están alejados o que no tienen personal técnico... que sienten que no les absuelven todas las dudas que ellos tienen, porque las familias siempre están pensando que hace mal mi hijo su deposición negrita, si fue estomaguito, entonces decido no darle” (P1Especialistas de Gestión Comunal y de Seguimiento a Familias SAF UT-PNCM)

Para algunos, la ocurrencia de los rechazos al MMN debido a las consecuencias que se le atribuyen, como el que haga mal al estómago o el que incluso juega en contra del querer comer, suceden con más frecuencia en las zonas rurales, y no tanto en las urbanas. Por ende, el desafío inicial, para el personal de salud, pero también para el trabajo del PNCM, viene a ser el de llegar a esas zonas, y en segundo lugar poder trabajar el tema. En la zona urbana, también se refuerza el tema de los MMN en las reuniones que hacen con las usuarias.

“...hay algunas (madres) que mencionan que les hace daño u otras que por eso no quieren comer. Lo mismo que pasa con el tema de las vacunas, por ejemplo, en zonas rurales se escucha más eso, no en zonas urbanas. En zonas rurales, más que todo, mencionan que a algunos les hace daño, pero eso es lo que se está tratando de motivar a las madres que no... que no es así, ¿no? En las reuniones que realizan con familias usuarias, tengo entendido que se aborda el tema también, de informar lo importante de los multimicronutrientes y que por qué el niño debe consumirlo, a pesar de que de repente la que no quiera es la familia usuaria, pero sí se hace hincapié en el tema”.UEspecialista en Gestión Comunal SCD UT-PNCM

Pero, para otros, el rechazo por estas mismas razones, también se produce en la zona urbana; identificándose más bien, que es el nivel de educación de la madre lo que interviene para entender las diferencias en las reacciones de las CCPPs en torno al MMN.

“Hay de todo en las zonas urbanas si te preguntan, si te cuestionan y te dicen eso, no, “a mi hijito le ha hecho mal, su deposición están de otro color” y otra que son reservados te dicen “ya” a todo. Depende del nivel de educación de la madres...”(HPersonal de Salud de Diresa)

“... hasta ahora nos viene costando, porque no todas las familias asimilan la importancia del consumo de este producto. ¿A qué cree que se deba eso? la familia, las familias en el ámbito rural, bueno, tanto de sierra como de costa creo que pasa eso, cuando encuentran algunas reacción adversa, negativa por parte de su niño automáticamente le corta, ya no le dan porque le dicen le hace mal, le estriñe le da diarrea o vómito, no sé, o se fastidia, no lo quieren comer. Entonces, si la familia ve que su hijo a la primera no le cae bien ya no existe y lo que hace es botarlo, nos ha pasado, incluso una vez tuvimos una salida de campo que fuimos varios, varios porque ahí no hay ni acceso ni entrada creo. Y nos

encontramos como con cuatro multimicronutrientes en el camino tirados, botados, o sea, de alguna casa que seguro los recogió de la posta y los lleva regando por ahí".(PCoordinadorSAF UT-PNCM)

Se remarca, por ello, la importancia de las visitas domiciliarias, en tanto se abren la posibilidad a trabajar con las familias, para reforzar el conocimiento y sobre todo el convencimiento en torno a los beneficios de dar el MMN a sus niños; así como, combatir el olvido, y las dudas frente a la ocurrencia de los eventos no deseados, como el que el niño defeque con consistencia más aguada, y que sin el reforzamiento oportuno puede derivar en una suspensión del MMN.

"Cambia la textura y para la madre ya es una diarrea y ya con eso se sugestiona, pero eso, es, debe ser abordado. Para eso es, que el personal de salud tiene que estar atento, porque tiene que trabajarlo no solamente la madre, sino al entorno familiar que es la familia; para eso es la visita domiciliaria. Porque yo tengo que llevarlo el tema a la familia y sensibilizar a la familia (sobre) la importancia. Porque si me ponen esto, que esto me va a ayudar muchísimo, mi niño va a ser inteligente, pues no dudo en, pues, estar puntual y hacerle ahí su, su (recuerdo) "ojo, debe tomar su chispita" qué se yo ¿no? y acordarse que a tal hora está consumiendo su chispita ¿no?" (PPersonal de Salud Región)

Sin embargo, se reflexiona que normativamente, o institucionalmente, la exigencia para el personal de salud se restringe solamente a dar la información y a distribuir el MMN, en tanto no se les mide por indicadores de consumo efectivo u observado. Esto, dadas las condiciones y recursos disponibles, de alguna manera se ajusta a lo que efectivamente pueden realizar, en el marco de escenarios rurales con población sumamente dispersa. El personal de salud, predominantemente femenino, enfrenta riesgos y esfuerzos mayores, al tratar de arribar a las zonas alejadas. Por ello, se incide sobre manera en la oportunidad de la consejería en CRED, dado que para ello, la misma CCPP debe llegar a donde está el personal de salud, y no al revés. La alternativa de contar con personal que llegue, de manera itinerante, hacia los poblados más alejados, es considerada como una posible solución.

"Aparentemente nosotros como salud informamos; nuestros indicadores es solo administrarlos, más no llegamos al consumo, tenemos información ...secundaria se puede decir, pero no tan fiable... uno por el recurso humano que nosotros no tenemos; y también no hemos buscado estrategias como para decir tal niño debe consumir en tal oportunidad. Hay zonas en las que son lejanas y muchas veces el personal de salud arriesga su vida en esos casos. En Huancavelica, si usted ve son zonas agrestes y llenas de cerros. La última casita que tiene un niña y gestante se está dejando. Muchas veces inclusive, (en el) personal de salud predomina más el sexo femenino y se sufre... Ellos aprovechan tal vez la consejería nutricional y nada más... se deja de lado la visita. Uno que otro, sé que llegara al 100%... (los demás) llegaran al 20, 15 % por personal de salud. .. es un punto muy frágil que nos falta mejorar y que tal vez con equipos itinerantes en el cual llegue"... (H1Personal de Salud Región)

La dificultad de llegar hasta donde está el usuario y así poder evaluar y reforzar el proceso de consumo del MMN, también se presentaría porque se reacciona negativamente frente a la posibilidad de la visita domiciliaria. Se vería como una invasión, o como una medida basada en la poca confianza a la palabra de la madre. Subyace la idea de que se está realizando una fiscalización o un juzgamiento, por lo que se recomienda que la orientación de la visita domiciliaria tiene que ser hacia el refuerzo, el aconsejar, haciéndolo con paciencia y no cayendo en la recriminación de lo que se hace en casa.

"¿No se cercioran si realmente consumen? No, es que a veces, es también, como cualquiera, no me gustaría que entren a mi casa o vieran que está o no. Suficiente con mi palabra, que consume y listo. (...) Bueno fuera que la población tuviera esa conciencia, pero no lo tienen. Son pocas las madres que si normal, que dan. En algunas partes no lo hacen adecuadamente, pero, cuando tú haces una visita domiciliaria "¿lo haces?" y "muéstrame" y descubres y no está dando; son personas de la población y no puedes recriminar, y solo aconsejarle y nuevamente recalcarle. Por eso, tienes que tener paciencia y muchas veces no es tan fácil". (H1Personal de salud de Red)

La otra estrategia para llegar a remontar el poco consumo del MMN debido a que le atribuyen un mal sabor, viene a ser la prueba del producto, en tanto permite confrontar lo que se imaginan, con lo que verdaderamente es. Permite, a las CCPPs, darse cuenta que no es como ellas pensaban,

"La mayoría que no quiere consumir. Que se rehusa a consumir. Hasta que haga lo mismo, lo haga probar. Porque nadie lo prueba. De antemano sin probar dicen que es horrible, que le da diarrea, que no le hace bien, le afloja el estómago. Hasta que se les hace probar. Muchos de las falacias que tienen

erroneamente se destierra...cuando les haces probar y se dan cuenta que no". (UCoordinadoraSAF UT-PNCM)

El mismo personal de salud, por ende, necesita probar el producto para estar más seguros al momento de convencer a la CCPP. Se maneja así la imagen que el personal de salud es como un vendedor de productos nuevos, donde él mismo tiene que conocerlo y estar convencido de cómo es y en qué circunstancias cambia el sabor o el color; para de esa manera, propagandizar, mercadear el producto ante las usuarias.

"...siempre estamos mirando y probando. ... a los chicos de los establecimientos, se les pide que ellos prueben ¿no? que probando, enseñamos. Si no sabemos cómo es el producto, entonces cómo lo vendemos ¿no?" (HPersonal de salud de Red)

Adicionalmente, se puede recurrir a ejemplos cercanos o cotidianos, de acuerdo a cada zona, para usarlos durante el trabajo con las CCPPs, para ayudar a entender que el asunto tiene que ver no tanto con el mal sabor, sino con la decisión y priorización que se le dé a la medida, en este caso, el dar MMN a su niño. Así, se recurre al ejemplo de los remedios que sabiendo muy bien que tienen mal sabor, de todas maneras se busca cómo hacer con tal que el niño lo consuma, porque se está convencido que es bueno para su salud. Inclusive se le hace tomar o comer a la fuerza. Es decir, se necesita emplear ejemplos que permitan una comparación positiva para el MMN con otras medidas que favorecen la salud del niño, a pesar que no sea del agrado para el niño,

"Además, aun si es que sabe feo, muchos de los remedios que tomamos nos saben feo pero sabemos que es un remedio, para que nos sane, para que nos mejore y aun así lo tenemos que tomar. En muchas de las comunidades campesinas o nativas ellos mismos preparan sus remedios que son horribles, en base a hierbas, y cosas así. Y yo les digo cuando voy por las comunidades "y como tomas tu jarabe de Uito? O tu jarabe de gengibre " eso es horrible, no lo puedes ni tragar ni pasarun niño jamás te pasaría probar eso y aún así obligas a tu niño cuando esta con la gripe durante todo un mes mañana y noche su jarabe porque estás convencida de que se va curar. Entonces, ¿porqué no le das tambien este sobrecito, porque no estás convencida de que sí le va hacer bien". "Sí, señorita ya le voy a dar". Entonces, "muéstrame como le vas a dar, voy a venir"... "sí señorita le voy a dar, tienes razón". Si nosotros mismos preparamos nuestros remedios, no es agradable, llorando y llorando tiene que tomar para que se mejore. Cada quien ya busca sus estrategias para convencer. Mas aún que nuestras facilitadoras son de la misma zona".(UCoordinador SAF UT-PNCM)

(2) Razones vinculadas a la práctica o actitud de la CCPP

Adicionalmente, a estos elementos más de corte institucional, se identifica factores que no contribuyen al consumo del MMN desde el lado de la práctica de las mismas CCPPs. Por ejemplo, el mezclarlo en preparación caliente, que dispara el sabor a hierro en la comida, y motiva que se deje de dar al niño argumentando que no le gusta, pero no se identifica que en realidad fue un descuido de la CCPP. O, si prepara la mezcla con las manos sucias, va a ocasionar que el niño tenga diarrea. O, debido al cambio en el patrón de alimentación, a la introducción de la alimentación complementaria junto con el MMN.

"Es que a veces, acá las mamás son un poco descuidadas – por la poca educación también que tienen – esperan un poco y lo dan caliente, lo dan tibio y al toque, parece hierro y ¡fa! Amarga pues el alimento. Ya con esto – una vez que les pasa eso – por un pequeño descuido, simplemente ya se lo quitan – "no le gusta, no quiero" que no sé cuánto. No sé – eso es un poco – está pasando en estos momentos". (HPersonal de salud Región)

"¿Eso es cierto? Lo del tema de diarrea No, no es cierto porque sabemos que puede ser, es más que todo, de repente, por la manipulación de o que también en algunos casos puede ser de que, de que la madre, el niño ha estado con, con lactancia materna, prolongada o exclusiva, y sabemos que el cambio de un alimento diferente a la leche materna ¿no? Y al ser las primeras veces de administrarle, le va a originar en la misma flora un cambio ¿no? Y que se presenten un poquito en alguna deposición suelta, pero es momentáneo. Pero la madre ya se escandaliza y ya le dio diarrea. Digamos un breve, de repente, suelta a veces pero no, no llevado a una diarrea ¿no? Pero, para la madre le dio diarrea... Cambia la textura y para la madre ya es una diarrea y ya con eso se sugestióna, pero eso, es, debe ser abordado". (PPersonal de salud Región)

"...las reacciones negativas en el campo lo han dicho: diarrea, mareo, vómitos, estreñimientos. Pero ahí se le ha dicho (a la CCPP) que el cuerpo tiene que asimilar poco a poco. A veces la familia no – una vez reacciona eso, y dejó de darle. Entonces, le tiene que decir, que tal vez no ha sido la manera – no lo ha

preparado bien – tal vez, no ha habido la higiene – entonces lo que se tiene que hacer es continuar – continuar hasta que el cuerpo lo asimile. O sea, como todo, la primera vez que se consume, puede ser dañino ¿no? Pero no debe dejarlo sino continuar que el cuerpo lo asimile y para que de esa manera permanente lo reciba pues”. (H Especialista en Seguimiento a Familias SAF)

Otro elemento identificado desde el lado de la población, viene a ser el olvido de prepararlo. Todo esto se explica, por que hay descuido y bajo nivel educacional, lo que lleva a una falta de conciencia sobre la importancia del producto. Agravado esto por los rumores negativos acerca de su composición.

“Eso pasa frecuentemente – como te digo acá – nuestra población falta mucho – mucha educación, de ser conscientes ... acá no más junto, una mamá en la DIRESA le dices: “¿le das chispitas?” – “no, que me olvidé”. Acá no más – imagínate la gente del campo, tranca, pues – porque ellos tienen dos almuerzos al día – no tiene 3- o sea, el desayuno y en la tarde – o sea, es difícil – es difícil y encima con estas versiones que están pasando, que las chispitas son malas, que una serie de cosas – ya ahí se bajó bastante ¿no?” (H Personal de Salud de Región)

“Tienen bastante aceptación las chispitas, el problema que no tienen mucha adherencia por el descuido, a veces, de los padres, reciben el tratamiento y no lo continúan, no lo dan diario, entonces, ese es el inconveniente que tenemos”. (P1 Personal de salud de Red)

La edad del niño o niña vendría a ser otro factor a tomar en cuenta para entender la aceptación o rechazo del MMN. Así, los niños pequeños no tendrían porqué darse cuenta si le han adicionado algo o no. El rol de la CCPP por lo tanto es fundamental, como filtro para el consumo o no del niño. Por tanto, si la CCPP acepta, su niño también acepta. Caso contrario, si la CCPP no quiere, no va a dar el MMN a su niño. Por ello, resulta fundamental, el que la CCPP esté convencida y bien informada (el lavado de cabeza va a las mamás), de tal modo que pueda preparar bien el MMN y darlo de comer oportunamente, sin dejar de pasar mucho tiempo; así como motivar al niño a que lo consuma.

“Los niños más grandecitos se dan cuenta; los chicos no, pues ¿no? – Es un poquito que ahí empiezan los rechazos ¿no? ... eso depende también de cómo la mamás les inducen ¿no? – “Ay, qué bonitas las bolitas; son interesantes. Son caramelitos preciosos” – ya – bacán. Los niños son niños inocentes - ellos te comen, pero eso depende de la mamá. La mamá posiblemente lo rechaza, el niño lo va a rechazar. Si la mamá quiere que le niño lo consuma, el niño lo va a consumir ¿no? – Eso está ya verificado, anotado – los niños simplemente ellos no son los que rechazan. Son las madres los que lo rechazan. O sea, el lavado de cabeza va a las mamás”. (H1 Personal de salud de Red)

“Porque parece que estuviera influyendo un poco o el tiempo de, de que en el preparado a que consuma el niño, esto se pasa de repente el tiempo y donde ya puede tornarse en que cambie el sabor porque sabemos que tiene un tiempo limitado la preparación. Entonces puede estar, estar cambiándole el sabor o pueda también sea percepción de la madre que es ella la que influye en el niño para que no se le entregue ¿no?” (P Personal de salud de Región)

Adicionalmente, se evalúa que la actitud de la misma CCPP no ayuda, que por desconocimiento, o flojera no llegan a preparar el MMN. Esta valoración negativa se refuerza al afirmar que las CCPP, sin haber probado el MMN, ya lo califican mal y no se lo dan a sus niños. O, no lo llegan a preparar bien, incluso con las manos sucias. Viene a configurarse así una representación de una actitud obstructiva de parte de la CCPP, o de algunas CCPPs, a partir de cuyas opiniones o actitudes, se va difundiendo lo negativo.

“¿Qué cree usted es lo que las lleva a ellas a no dar las chispitas? Uno, desconocimiento. Otra, pues flojera porque es gente floja. No quieren darse el trabajito de preparar y todo eso. Dicen que es feo porque ellos piensan y ni siquiera lo prueban. O sea, que el tema es eso. El tema pasa por la mamá ¿no? ... En Huancavelica se maneja el tema mira “a mi niño le ha hecho mal las chispitas”. Pero no lo ha preparado o bien, o lo ha preparado, pero con manos sucias ...Entonces, basta que una familia diga así, los otros creen esa información y ya no dan. Lamentablemente basta que pase uno y nuevamente se tiene que explicar...uno te puede mover un sector”. (H1 Personal de salud de Red)

Esta mirada de una CCPP que desconoce, que no está entusiasmada por darse el trabajo de preparar el MMN, se redondea con la explicación acerca de que las CCPPs no le dan importancia al tema, lo que explica el que no vayan a recoger el MMN. Por lo que, nuevamente, se aconseja reforzar el trabajo con la familia, con las CCPPs.

“El mayor motivo generalmente se da porque los padres de familia no le dan importancia a este proceso. Por más que le digas, a veces no le toman la importancia debida y por eso no se interesan en ir a un establecimiento de salud para ese micronutriente, entonces ahí se tiene que trabajar un poco más a fondo tener más continuidad con los padres de familia, hacer un trabajo de campo, de seguimiento, por ahí se tiene que empezar a trabajar más”. (UPersonal de salud de Red)

Se reflexiona también, apuntando a que los problemas que se presentan en torno al bajo consumo del MMN, se vinculan con la falta de responsabilidad que observan en algunas madres; que se acentúa en aquellas CCPPs menores de 18 años, en tanto prestan poca importancia al tema de la alimentación en general, teniendo como resultado niños con bajo peso.

“Por ejemplo, las dificultades ahora, que son mamás muy jóvenes. No tienen la misma responsabilidad que una madre más adulta, de que la alimentación es bien importante. Porque yo en el establecimiento he tenido bastantes madres jovencitas... Más o menos de 15, 16, 17 años... no tienen importancia de la alimentación, tienes que explicarles. Porque no es como tener un juguete, no es como tener una muñequita. Que tú tienes una muñequita de adorno y no le das nada. En cambio a ellos sí. Por lo menos cuando lo tenían bajo de peso empezaba yo a concientizarlas”. (P1Personal de salud de Red)

“No, deben ser ideas de ellos, pero de repente justifican el que no tienen esa responsabilidad de darle a la hora de almuerzo, entonces ellos justifican que tiene el sabor” (PEspecialista en Nutrición SCD)

Se sostiene que la poca información que tendría la CCPP se asocia directamente con la poca asistencia al CRED, al EESS, dado que el personal de salud viene a ser casi la única fuente de información sobre el MMN.

“En aquellos casos en que no se dan los multimicronutrientes ¿Cuál cree que sea la razón por la que no se de? Porque a veces no tiene acceso a la información o a no visitó al establecimiento de salud ¿no?” (PPersonal de Salud Región)

Se reporta también que para algunas CCPPs, si resulta atractivo el que se venga dando vitaminas en el EESS para los niños. Esto inclusive ha llevado a que, independientemente del CRED, se acerquen para preguntar por las vitaminas, lo cual ha redundado en el aumento de la cobertura para el CRED. Esto nos hace recordar como las papillas que se daban anteriormente a través de los EESS, era una estrategia bien vista por el personal de salud, porque les permitía aumentar sus coberturas.

“Después, nosotros muy bien, porque nos subió la cobertura, ... llegaban muchas señoras que no habían ido al control y que me decían “señorita están entregando unas vitaminas” Si... Teníamos poca cobertura en CRED, entonces esto favoreció ...”(P1Personal de salud de Red)

(3) Razones vinculadas al entorno social y cultural

Del lado de los patrones culturales, se reflexiona también que la costumbre en sus zonas es la de preparar sopas, y alimentar con sopas a los niños. Esto, no ayuda al consumo del MMN, en tanto las CCPPs, al saber que no se debe mezclar con sopas, deciden no dar el MMN a su niño. Este elemento ha sido también señalado entre las CCPPs entrevistadas, como se verá posteriormente, en tanto se menciona que cuando se prepara sopa no se da el MMN al niño, y solo se le da cuando se prepara segundo. No se habría trabajado con las CCPPs, el cómo transformar una preparación aguada en algo más semisólido para el niño pequeño.

“En lo que es la aceptación o el rechazo de las madres de familia, ¿qué es lo que han visto? Inicialmente había rechazo, como le comentaba porque no había conocimiento, no había tanta información sobre este suplemento. Siempre han conocido de alguna u otra forma durante el embarazo, el sulfato ferroso, pero incorporar a la dieta de un niño otro suplemento, era para ellas un desconocimiento total ¿Han identificado cosas puntuales que limiten el consumo del MMN? No necesariamente, sino es que en la alimentación de los niños cuando están enfermos muchas veces les dan la sopa; ahí es un poco como que la suplementación de las chispitas no están siendo utilizados, porque ellos ya entienden que en sopa no se pueden mezclar. En nuestra cultura, como Ucayali, a los niños los acostumbran a alimentar a base de sopas, por eso no se tiene buenos resultados para evaluar....si nosotros visitamos un hogar siempre está acompañado de su sopa....Al niño le dan sopitas”.(UJefe UT-PNCM y UCoordinador SCD)

Adicionalmente, se señala que la desconfianza o resistencia hacia lo foráneo, hacia lo nuevo, hacia lo

que venga del Estado, identificado como una característica cultural, de la *idiosincrasia* de las zonas rurales, o de las zonas con menor contacto con el mercado interno, o la sociedad nacional; también es señalada por los entrevistados como algo que ayuda a entender la reacción negativa hacia el MMN.

*"Y si no tiene conocimiento, esta persona, lógico, esto va a ver como si fuese un medicamento, o algo que le va a dañarle al niño, o es que estén preparándolo para que este niño engorde, y como dicen en la comunidad, se lo van a llevar a otro sitio. **El pishtaco (risas)**. Claro, es lo que mencionan, no. "Están dándonos, pero para que este niño, pueda engordarse, y van a llevarlo". ... algunas comunidades tienen esa (idea), digamos, por el tema de cultura". (HJefe de UT-PNCM)*

*"... lo primero es que siempre frente a un nuevo elemento hay resistencias y prejuicios entonces los padres decían que no les daban porque se le ponían los dientes amarillos a los niños que les enfermaba una serie de cosas que les atribuían ... Es el miedo desconfianza como se dicen tantas cosas **Como que por ejemplo?** Como que contendrá?...sera verdad lo que me están diciendo?...y ahí esta la cierta resistencia pero claro que a los tenemos mayor instrucción nos explican y entendemos y no hay porque desconfiar pero la población normalmente si desconfía" (PCoordinador SCD)*

*"Nuestro mayor reto es hacer que haya un consumo masivo. En realidad región selva es muy poco lo que se consume. **¿Por qué cree que es poco?** Por la idiosincrasia de las personas. La gente cree que lo que viene envasado tiene un sabor feo, que lo que viene del Estado regalado, creen que no sirve. Se cree que lo que se compra de farmacia, lo que es costoso, es mejor. Cree que lo que da el Estado es porque les sobra, no vale. Muchas veces hasta los vasos de leche tu ves esas harinas antes se las daban al perro no se los comían ellos. Nadie comía y a pesar que yo varias veces he probado y era agradable. ... Sin embargo la idiosincrasia de las personas cree eso". (UCoordinadorSAF)*

*"...Mas que todo es su cultura que ellos tienen; si a nosotros no nos ha hecho daño, entonces porque le va a hacer ... lo que se propicia es llevarlos al establecimiento de salud y vean cual es la causa porque no son las Chispitas entonces eso se les viene explicando" **P1Especialista en Gestión ComunalSAF_ (P1Especialista en Seguimiento a Familias SAF)***

Del mismo modo, se identifica que el trabajo de de adoctrinamiento desde algunas propuestas religiosas, representa también una barrera para el consumo, en tanto les prohíben consumir determinados alimentos, o lo que les da el Estado.

*"Otro tema que limita el consumo es la religión. En algunas comunidades, por ejemplo, hay religiones que (dicen) son... que no deben consumir, la sangre ¿no? Entonces, eso, ¿cómo cambiamos? Me entiendes. Entonces, va a ser casi imposible que lo pudieran consumir la sangre; o en todo caso, los multimicronutrientes, por ejemplo, en lo que son las religiones, a veces dicen "No reciban del Estado que les dé". Eso es lo que les mencionan". **HJefe de UT-PNCM***

Otro elemento que no favorece la comprensión del porqué el niño necesita consumir el MMN, viene a ser la no identificación de la anemia como una enfermedad, como algo que también le puede dar a sus hijos. Esta invisibilidad de la anemia, al no ser algo agudo sino crónico, oscurece la explicación en torno a los beneficios del MMN. En todo caso, vendría a ser una palabra sin mucho sentido para la población, o un concepto relegado a estados más avanzados, y frente al cual, por ende, no consideran a sus hijos como vulnerables. La recuperación de la anemia, en todo caso, pasaría por métodos naturales, o pasaría sin tener que hacer mayor cosa, sin mostrar efectos en el crecimiento del niño; por lo que no es necesario el tomar el MMN.

*"**¿La gente se da cuenta lo que es una anemia?** Para mi no lo ven como una enfermedad, porque para ellos estar enfermo es si te da fiebre o diarrea; pero el tema de anemia es mas difícil porque la gente dice es chiquito porque mi abuelito o mama o papa es chiquito no le ven la importancia pero cuando uno les va explicando por que se da la anemia ...como que recién dicen "caramba eso esta pasando". ... no llegamos a todas pero a las que estamos llegando si se dan cuenta" **(P1Especialista en Gestión ComunalSAF_ P1Especialista en Seguimiento a Familias SAF)***

*"En algunas oportunidades escuché el tema de para qué, por qué es importante, o mejor dicho que algunas familias creen que la anemia en sí no es una enfermedad, porque lo ven a su niño, o sea está con anemia, pero lo ven correr, lo ven saltar por ahí, jugar y todo y para ellos no es una enfermedad, entonces su hijo no está enfermo y no necesita de sus micronutrientes, para ellos no es necesario. ... que en algún momento se recuperará pero no necesariamente con los micronutrientes, ¿no? Para ellos es, en algunos casos, natural, porque en algunos casos escuchan "así era tu hermanito, así era tal fulano y creció y ya está bien". **(UEspecialista en Gestión Comunal SCD)***

(4) Razones vinculadas al mismo niño

Por último, se identifican también razones del no consumo del MMN, vinculadas al modo de ser del mismo niño. Por ejemplo, su modo de relacionarse con la comida. Así, un niño inapetente, tenderá a no comer por igual la mezcla con el MMN. A diferencia de un niño con apetito normal, que no presenta mayores inconvenientes para que coma. Del mismo modo, los niños más grandes se diferencian de los niños más pequeños, en tanto estos últimos no llegan a darse cuenta de la comida que le van a dar, mientras que los más grandes sí podrían notar diferencias en la preparación. Sin embargo, el peso mayor recae en la CCPP. Se argumenta que es la CCPP la que va regulando o moldeando la disposición del niño para comer en general, y el MMN en particular. Como veremos más adelante, en la parte de las CCPPs, este punto es relevado notoriamente por las CCPPs: la agencia del niño en relación a la comida, pero también el que algunas CCPPs no muestran tener mayores estrategias como para hacer que el niño consiga comer el MMN.

“No lo que pasa es que hay niños inapetentes en general que no comen porque aca lo que yo he visto hay niños normales que comen rapidísimo como si nada pero si hay un niño que esta anémico va a estar inapetente y hay que darle de poquito, después un poco, de otro rato. Es el que mas trabajo da” (PCoordinador SCD)

“Los niños más grandecitos se dan cuenta; los chicos no, pues ¿no? – Es un poquito que ahí empiezan los rechazos ¿no? ... eso depende también de cómo la mamás les inducen ¿no? – “Ay, qué bonitas las bolitas; son interesantes. Son caramelitos preciosos” – ya – bacán. Los niños son niños inocentes - ellos te comen, pero eso depende de la mamá. La mamá posiblemente lo rechaza, el niño lo va a rechazar. Si la mamá quiere que le niño lo consuma, el niño lo va a consumir ¿no? – Eso está ya verificado, anotado – los niños simplemente ellos no son los que rechazan. Son las madres los que lo rechazan. O sea, el lavado de cabeza va a las mamás”. (H1Personal de salud de Red)

B) La explicación del consumo y no consumo del MMNa nivel familiar, desde la perspectiva de los actores a nivel local

El personal de salud vinculado a CRED a nivel de las microredes y EESS visitados, reflexiona sobre lo crucial de mantener la continuidad en la información dada a la CCPP, como factor explicativo importante para asegurar el consumo del MMN. Esto, desde su experiencia y apreciación, abundaría en un proceso de concientización en torno a los beneficios de este suplemento sobre el crecimiento de sus hijos. Lograr que se consuma el MMN, viene a ser entonces, un efecto de la labor del personal de salud, implícitamente involucrado, realizada como una gota que labra la piedra, enmarcando la acción del MMN, dentro del interés por la salud, el buen desarrollo y crecimiento de los niños.

“De lo que usted conoce, ¿qué es lo que más les anima a dar la chispita a sus niños? Yo creo que es el darle información, o sea, insistir. Para mí es importante, por lo que estoy observando, dar esta información continuamente. Repetir, volver a decirle. Un poco de repente concientizar, si cabe esta palabra, en el sentido de que esto va a hacer de que tu niño pueda crecer un poco mejor”. (H1Personal de salud en Microred)

El resaltar los beneficios del MMN sobre la salud, desarrollo y crecimiento del niño, es algo que también se encuentra como motivador entre las mismas madres. Es decir, no solo que se lo diga el personal de salud, sino también que lo refuerce alguien similar, un par social, como lo es otra CCPP en la sala de espera de la atención CRED. El refuerzo entre pares, vendría a ser entonces, una estrategia que el personal de salud releva como efectiva para continuar motivando a la CCPP para que le de el MMN a su pequeño hijo o hija.

“...y ¿usted ha podido escuchar comentarios, más bien a favor, del consumo de las “Chispitas”? Algunas mamás, recomendando a otras, que continúe con la “Chispitas” acá (en el establecimiento de salud) esperando el turno para la atención, entre ellas comentan y dicen, “¿Para qué te toca?, le toca vacuna?...“no, le toca “Chispita” “ah, la “Chispita”, ¿y le estás dando?”... y la otra le recomienda, “no, dale, es bueno, es esto, es esto así”, sí se escucha, buenos comentarios ... algunas mamás le recomiendan a otras, que es bueno, que continúen con la administración, incluso dicen, que los niños no se enferman mucho, están más sanitos, más activos, eso es lo que yo escuché acá ... Sí, las que están dando, son las que recomiendan” (H1 Personal de salud CRED)

“¿Por qué le gustaría que reciba estos? Para que ella crezca sana y fuerte, crezca más rápido y sea más desarrollada”. (U2Agente Comunitario de Salud)

“Claro ¿Qué es lo que anima a las madres a dar chispitas a los niños? Eso ¿no? la perspectiva de que el niño vaya a tener, vaya a ser más inteligente, no se enferme; lo que les llama la atención es que los protege ¿no? de las enfermedades, o sea, cuando uno les dice bueno todos estos multimicronutrientes te le protegen, o sea, le ayudan a que el niño no se enferme y si se enferma, su recuperación es más rápida, no llegan a la desnutrición. “¿Ah sí?!” me dicen. Sí y que no va a tener que gastar en medicina, no va a tener que venir a cada rato al establecimiento de salud, entonces le hago ver todas esas ventajas”. (U2Personal de salud de microred)

De otro lado, la importancia de relacionar la introducción del MMN con el proceso de la alimentación complementaria es relevada por el personal de salud, también, como otro de los temas en torno a los cuales hay que estar dando información, reiteradamente, a las CCPPs. Así, se evalúa que el MMN está siendo insertado, en algunos casos, por no decir la gran cantidad de ellos, sobre la base de una alimentación complementaria no adecuada, en tanto hay un inicio tardío de la misma, primando la lactancia y no la comida después de los seis meses. Además, en vista a que se tiende a dar de comer al niño del mismo plato de la CCPP, se dificulta seguir los pasos de preparación adecuada del MMN. De esta manera, estas costumbres tradicionales, vienen a ser barreras para la introducción del MMN.

“... el problema se origina a partir de los seis meses, en que la mamá debería ya de ir dando alimentación. Pero para la mamá es como, digamos, un poco más cómodo seguir dándole lactancia materna, y no darle comida. ... Hay niñitos de un año o de año y medio o dos años incluso, que prácticamente siguen siendo lactantes. ¿Por qué? Porque la mamá le sigue dando el pecho a cada momento y le da un poco de alimento, tal vez hasta del mismo plato de ella, pero le separa un poquito y eso le da en la boquita y eso no le está alimentando. Entonces, ese es el mayor problema que se está observando. Y, partiendo de allí, ... que de su mismo plato le hace comer un poquito al niño, no le va a dar la chispita, porque en el mismo plato de ella no va a diluir esta chispita. Entonces, es ver un poquito lo que es alimentación complementaria, insistir, ponerle más fuerza ahí. Entonces, la mamá ahí sí le va a poder dar las chispitas”. (H1Personal de salud de microred)

Adicionalmente, se sostiene que el trabajo del personal de salud no puede darse de manera aislada, en tanto se necesita asegurar otras fuentes de información que tengan algún tipo de llegada o influencia sobre las CCPPs, tales como autoridades o líderes de la comunidad. Lo importante viene a ser, el tener una consistencia en los mensajes; el que estos líderes o autoridades, posibiliten el refuerzo de las ideas fuerza dadas a las CCPPs. Que lo que dice el personal de salud, sea reforzado por personas en quienes confía o respeta más la CCPP.

“Ahora, y lo otro, básicamente pues, involucrar a autoridades, líderes comunales en que también refuercen esta información que se les está dando”. (H1Personal de salud de CRED)

En cuanto al no consumo del MMN, encuentra el personal de salud entrevistado que el problema no está necesariamente en la recepción del MMN, pero sí en la actitud y disposición de algunas CCPPs a no darle el MMN a sus niños. Se completa esta explicación, argumentando que el MMN es dado a los animales y no a los niños. Ya sea que la CCPP reciba y no le dé el MMN a su hijo, o que no asista al EESS, la estrategia del personal de salud no es la de convencerla con argumentos solamente, sino acompañarlos de amenazas sobre la posibilidad de obstruir su cobro de Juntos. El temor funciona como un aliciente, desde la perspectiva del personal de salud, para conseguir que la CCPP cumpla con darle el MMN al niño. Esto también se usa para convencer a la CCPP a que asista al control de su niño, y que el recoger el MMN no les va a quitar mucho tiempo. Se especifica así, que el factor del tiempo invertido en asistir al EESS, es un punto sensible para la CCPP.

“¿Entre quienes se utilizan más? Mira ve , yo me refiero en algunos que yo le doy a las madres, algunas madres si le utilizan y le comen sus niños todo, pero otras madres no le comen porque le tienen ahí nomás a las chispitas y le guardan mejor dicho , lo guardan pero en otro señoras si ellos si le utilizan las chispitas incluso a veces yo o sea me voy hacer mis visitas de ensayo que le están preparando la chispita, a eso me refiero yo , algunas madres si le dan otras y otras madres no le dan ¿Y porque crees que esas madres si le dan y las otras madres no? Eso también depende de su... de las mamás ya que pongan de su parte también, porque uno nosotros como personal de salud no podemos estar toditos los días diciéndoles “dale, dale eso” no pero en cambio hay algunos mamás que sí , ponen interés ellos mismos para sus niños si le dan de comer a sus niños” (U2Personal de salud de CRED)

“Generalmente, las mamás no se niegan a recibir...lo reciben. Pero, hay mamás que no les dan a sus niños. Prefieren darle a los animales. Pero, justamente se les sensibiliza. ... a veces las mamás pertenecen a JUNTOS, entonces tomamos la estrategia que, digamos, si ellos no les van a brindar el suplemento, se le va a informar a la coordinadora de JUNTOS para que se les pueda sancionar. Entonces, ellas, por temor a que le corten el JUNTOS, comienzan a darles a sus niños la chispita. ... O sea tratamos de buscar estrategias para poder visitar a las mamás , le llevamos a veces a la promotora o le decimos “si tu recibes JUNTOS y no traes a tu niño, no te voy a sellar nada”, entonces la mamá como sea (cumple) para cobrar el dinero... ya se trata de hablar con la mamá porque a veces este... a veces como “que estoy ocupado para hacer, pasteando mis vacas , estoy ocupado”. Se entiende porque son sus actividades diarias y los hacen, pero igual se le explica que eso no la va demorar ni una hora, ni dos horas. Una media hora vienen lo pesamos y lo tallamos, le explicamos de los multimicronutrientes, firmas tu FUAS y te vas y eso nomas, y, a veces, me entiende” (H2 Personal de salud CRED)

El rol del Programa Juntos en lograr una mayor asistencia al CRED, y por ende, el favorecer la entrega del MMN y así facilitar la superación de esa barrera de acceso, es resaltado también por el personal de la UT-PNCM. Así, una diferencia rescatada, apunta a ubicar la irregularidad en la asistencia a CRED como un punto neurálgico. Para superarlo, se alza la figura del Programa Juntos, y el elemento de exigencia que se aplica en su implementación, teniendo como efecto el que las CCPPs asistan puntualmente a realizar el control CRED, y por ende a recibir sus MMN. El problema en la zona urbana, revelado por el entrevistado, viene a ser cuando la CCPP trabaja también y, por ende, el cuidado del niño pasa a segundo plano (*no se dedican*), y suceden los inconvenientes para asistir al CRED y por ende no recibir oportunamente el MMN.

*“...hay mamás por ejemplo, aquí en la parte del campo, la mayoría nos apoyan, la mayoría va, asiste a hacer su control, especialmente, por el apoyo del Programa “Juntos”, como les exige y todo, entonces, puntual van hacer su peso y talla, sus “Chispitas”, todo, ¿no? No tenemos problema. Lo que de repente, (sí) se ve problemas en la ciudad, ¿no? ahí sí hay esa debilidad, hay mamás que tienen trabajo y no se dedican creo, ¿no?, porque yo también a veces, voy a reemplazar, a cubrir por un mes, dos meses, entonces, veo esa debilidad **En la parte urbana** Sí, en la parte urbana **Pero por ejemplo, las mamás de todos los Módulos, que comprende “Tres de Mayo” (zona rural pero con SCD) ¿van a “Juntos”?** Sí **¿Toditas?** Sí, toditas **Entonces, ahí no hay problemas, de ir al control de CRED** No, no, no hay problema” (H2 Acompañante Técnico SCD)*

*“O sea, siempre están atentas Atentas sí, siempre están en sus controles cumplidos, como también en este “Juntos”, les exige creo, para que tengan su control completos, como eso nomás van a recibir las “Chispitas”**Pero por ejemplo, ¿las mamás que no están en Juntos?** Ellas también, pero pocas son señorita, casi todos que reciben “Juntos” están” (H2Facilitadora SAF2)*

Desde la perspectiva de los miembros del CG y CV, se refuerza también la asociación entre la obligatoriedad que imprime el Programa Juntos (*porque reciben Juntos, los tienen que llevar a sus bebitos*) y la asistencia al EESS, para que los controlen. De manera interesante, éste entrevistado, recupera la vinculación estrecha del programa Juntos a la alimentación del niño, y al control del peso en consecuencia, para ver si suceden cambios.

*“Ahora más que nada estamos asistiendo a la posta porque reciben Juntos, los tienen que llevar a sus bebitos... así está, así está, tienen que llevar sus controles también tienen que pesar, así está. **¿Y todas las mamás están en Juntos?** Sí, y con sus bebitos si están en Juntos **¿Tienen que recibir si o si su control?** Tienen que recibir su control **¿Y qué piensa de eso que van por lo de Juntos?** En Juntos hay pe’ señorita alimentación, tienes que asistir al puesto de salud, cómo estas, eso señorita está controlando para cumplir esas cosas por ese programa, pues, señorita” (H2 Consejo de Vigilancia SCD)*

*“**¿Saben, han conversado con las mamás si les están dando las chispitas a sus hijitos o si no les están dando?** Vocal: No, no hemos escuchado, pero de darles sí les dan, sí les dan, porque es compromiso que ellas tienen que asumir con sus hijos eso. Igual están viendo, si están... tomando las chispitas o no, igual Juntos. También está viendo. **Ah, Juntos también ve eso.** Vocal: Sí, también de las chispitas”. (P1Comité de Gestión SAF1)*

La estrategia de hacer sentir la obligación en el consumo del MMN, también es levantado por parte del agente comunitario de salud, y como veremos luego, de alguna manera también es entendido así

por la CCPP, sobre todo cuando se les presentan los problemas en el consumo del MMN. Refieren algunas CCPPs que el personal de salud les dice que de todas maneras tienen que hacer comer el suplemento a sus niños. De ese modo, la comprensión de que es una cadena de obligatoriedad desde el nivel central (norma establecida para ser cumplida), se va reproduciendo también a nivel local, y en la comprensión de los actores comunales y familiares.

*“Pero que podemos hacer, pues. Las enfermeras nos obligan para dar las chispitas. Podemos dar, lo que nos dan de la posta, chispitas, podemos dar para hacer caso. **¿Cómo los obligan?** Tienen que dar a su niño su chispita. Cosas así” (H2 Agente comunitario de salud2)*

Ocurren también problemas circunstanciales vinculados a olvidos en la entrega del MMN por parte del personal de salud, que pueden derivar en un no consumo del mismo por desabastecimiento a nivel del hogar. Cuando esto pasa, recurren a diversas estrategias con tal de subsanar el error. Por ejemplo, aprovechando cuando las CCPPs llegan a cobrar el aporte proveniente de Juntos, o si se evalúa que se le va a acabar el MMN antes de la fecha de cobro de Juntos, se opta por recurrir a convocar a la promotora de salud, a fin que pueda contactar a la CCPP y llevarle sus MMN. La noción de cumplir con la entrega del MMN, está muy consolidada en el personal de salud.

“Usted me decía que habían problemas cuando estaba la obstetra, a veces se olvidaba de darle las chispitas al niño ¿en ese caso como proceden? Llamo a la promotora se le hace venir ...lo que pasa es que los días 28 y 29 es día de sello y las mamás de Juntos vienen, y cuando vienen, ahí está la mamá que no se le ha dado la chispita. Está la promotora, se le hace saber. Pero antes de que se cumpla el día del sello, que es a fin de mes, los treinta sobres no le va abarcar; (entonces) se le cita a la promotora y se le hace llamar. ... (se) trata de darle su chispita a la mamá si o si...hay que cumplir con las cajitas” (H2 Personal de Salud CRED)

“Y ustedes, ¿llegan a coordinar con estas instituciones con JUNTOS, con vaso de leche? Bueno... con vaso de leche no, pero con JUNTOS tampoco porque igual o sea no, no tenemos... pero si dicen que esta de la mano MIDIS con JUNTOS, vaso de leche, programa 65, si van de la mano o sea es para combatir, por ejemplo si el niño normal está en el programa ... JUNTOS así esté en cuna, no hay problema porque recibe, está recibiendo, son tan aliados para combatir la desnutrición” (P2 Comité de Gestión SCD)

El miembro del comité de gestión entrevistado recoge que las CCPPs estarían asociando el dar de comer los MMN con una disminución en el apetito de los niños. Por ello, las CCPPs. optan por no dar el MMN. Esto contrasta con lo que se ve a nivel de los CCD, donde las madres cuidadoras consiguen dar de comer el MMN

“Sí, ¿qué está pasando de lo que usted conoce, de lo que ha podido conversar con las familias, en relación a por qué están comiendo, por qué no están comiendo sus “Chispitas”? Otros le dan sus “Chispitas”, pa’(sic) que...no tienen su anemia, señorita y hay familias que usted me contaba, que no Sí pues, le dan, pero no quieren, “no, porque desde que le doy “Chispita”, mi hijito no tiene apetito”, diciendo, no le dan de comer, señorita ... los niños que están en Cuna Más, yo sé que las (Madres) Cuidadoras le están dando, a su comida están echando, señorita ...se les da a las criaturas, las “Chispitas” se les da, a su comida se le echa, señorita” (H1 Comité de Gestión SCD)

Dado que muchos de los miembros del CG o del CV son también madres o padres de familia de niños pequeños, su experiencia nos ayuda a identificar elementos o estrategias relevantes para superar situaciones de no aceptabilidad del MMN. En este caso, esta señora miembro del CGSCD de su zona, cuenta cómo se las ingenió para optar por mezclar el MMN con algo dulce, como una suerte de tentativa para conseguir que su niña lo consuma, frente a los rechazos con comidas tipo segundo. Implícitamente, nos está indicando también que el cambio de horario, del almuerzo, al desayuno, favoreció la aceptabilidad del suplemento con su niña. Vale resaltar también la actitud de curiosidad o investigación que muestra esta CCPP, pues, dado el convencimiento sobre la bondad del MMN, y frente a la dificultad en la aceptabilidad y consume que observaba en su niña, optó por buscar alternativas, dentro de lo que acostumbra preparar a su niña. Este elemento, el de sentirse con capacidad para probar alternativas dentro de lo que se acostumbra, es algo a reforzar en la consejería sobre el uso del MMN en CRED.

*“Pero por ejemplo, ¿por qué no le dan en su desayuno...? Sí, también. A veces, no le gusta en su comida. Y en la mazamorrita, no le siente señorita, se lo comen **En la mazamorrita** En la mazamorrita, si le das, no le sienten, señorita **¿Esa mazamorrita es dulce?** Sí, como cuando le das*

mazamorrita de maicena con su frutita... **¿Y cuándo lo sienten?** En la comida, señorita **¿En la comida?** En la comida **Y ese tipo de comida ¿cómo es?** En segundo, segundito ... Medio agrio es, medio picante ("picante" hace referencia a "salado"); así lo sienten, señorita, no quieren **¿Lo sienten picante?** Así, pero, en la mazamorrita, sí no le sienten, como es dulce, no le sienten, señorita... **¿Y cómo descubrió usted, que en mazamorrita no lo siente?** Así, no sé cómo, como estaba medio saladito la comida, más otra formita. Yo también he probado señorita, medio agrio, no sé cómo era, malo era señorita. Por eso, "mejor, a ver, dar por si acaso, en la mazamorrita". En la mazamorrita, sí, no lo sienten, señorita. **Eso fue, porque a usted se le ocurrió** Ah sí, sí señorita **¿O la enfermera le dijo?** No, no, no..."(H1Comité de Gestión SCD)

Desde la mirada de las madres cuidadoras de CCD entrevistadas, la decisión de las CCPPs respecto al consumo del MMN por sus hijos responde a los conocimientos y opiniones que manejan. Así, y de modo similar a lo ya expresado por el personal de salud, párrafos arriba, el convencimiento de la CCPP respecto a que el MMN colabora con el que su niño no tenga anemia, y consiga un buen crecimiento, abundaría en la decisión de darle el MMN. Al parecer, esto vendría a estar pasando entre la mayoría de las CCPPs. Cabe resaltar, que este conocimiento o actitud, está basado en la confianza hacia el personal de salud, que les ha dado el producto y la explicación y sensibilización sobre el mismo. Esto consolida la apreciación, acerca que resulta fundamental formar personal que llegue a las CCPPs con ideas claras, explicaciones entendibles y metodología que favorezca la motivación hacia el dar el MMN a los niños.

"Pero hay mamás que dicen que si les dan las chispitas. La mayoría de las mamás. ¿La mayoría de las mamás si les da chispitas? Sí, de lo que yo escucho, sí... en la calle la mayoría. **¿A qué se refieren las mamás cuando dicen que "está bien"?** Para que no bajen de peso, para que no tengan anemia... Que si es bueno para la anemia, que así le han dicho los doctores y todo... y ellos confían en eso **¿Más por lo que le han dicho allá en ...?** ¡Ajam! en la posta". (H1Madre cuidadora SCD2.1)

"¿Y cómo se podría combatir esta desconfianza? Con información ¿no? Y eso de combate ¿no? o sea ¿usted cree que yo le voy a mentir? le digo, así le digo yo, ¿yo le voy a mentir? Yo estoy convencida que esto le va hacer bien a su niño y, y vire, y le pongo ejemplos ¿no? O sea, ellos aprenden más con ejemplos ¿no? Mire, tales niños y mire ahora cómo son, en su infancia han consumido estas chispitas y ya. **Así es ¿Cuando no se consume las chispitas qué es lo que ocurre con los niños?** Mira y ellos mismos se notan, las mamás notan la diferencia, notan que, que el niño que está recibiendo sus chispitas, que acuden siempre a sus controles ¿no? en todo, notan que son niños más despiertos, más hábiles, cosa que no eran su otros hijos ¿no? De repente no han tenido esas oportunidad ¿ya? Ellos lo notan, perciben. **Claro** Ya, usted ve a notar la diferencia, le digo, entre este niño que usted está suplementándolo y con otro que, que de repente no ha tenido la oportunidad ¿no?" (U2Personal de Salud de Microred)

Este argumento, el de estar convencidas que el MMN es bueno para el crecimiento y para la anemia, también lo encontramos entre las mismas MCCC, incluso para explicar el consumo de sus propios hijos. Es decir, el constatar que el MMN ocasiona cambios visibles en los niños, tanto a nivel de crecimiento, desarrollo, como de su estado de salud, fortalece la decisión de seguir dándoselo a los niños.

"¿para qué piensa, que es bueno estas "Chispitas"? Pa' que crecen...(Habla en quechua) Traductora: Ella dice, ha pensado, para que crezca y para la anemia"(H1Madre Cuidadora CCD2.2)

"Usted me contaba que algún momento usted le dio chispitas a su hijito... ¡Ajam! ¿Cómo así, cuénteme? ... yo les daba porque me han dicho que es bueno para la anemia, para eso". (H1Madre cuidadora CCD2.1)

"Y lo que es el seguimiento que aspectos positivos se ha observado sobre el consumo de los micronutrientes, se ha podido observar algún aspecto positivo. Sí, hay un aspecto positivo que de cierta forma, hay familias cuando consumen su bebé, le ven un poquito fortalecido, un poquito fortalecido, bueno es que hay algunas familias que siguen las normas del puesto de salud lo está haciendo con ellos. Y siempre dicen que sí es bueno que consuman, porque ven que el niño, hay un cambio en ellos, no casi se enferman. Porque los niños en las comunidades se enferman, pues. Fuerte... y ellos muchas veces no los llevan al puesto de salud". (U2Acompañante Comunitaria SAF)

Adicionalmente, desde la reflexión de las MC de CCD entrevistadas, encontramos como relevante el darnos cuenta que la oposición entre casa-CCPP muchas cosas que hacer y CCD-MC focalizadas en el niño, permite entender el porqué en los hogares no se llega a dar el MMN a los niños. Es decir, ponen en el centro de la discusión la priorización en la atención hacia el niño pequeño, dificultada en

el hogar porque la CCPP tiene muchas tareas paralelas o pendientes. El constituir el CCD un entorno donde la dedicación es focalizada y sostenida (*Nosotros estamos constantes*), además de mejorar la alimentación recibida por los niños. Las diferencias respecto al SCD, podemos seguir leyéndolas en la segunda parte de esta dimensión, páginas abajo; pero, lo que queremos resaltar aquí, es la identificación desde estos actores sociales, del elemento del cuidado en casa, como interviniente en la explicación del no consumo. Es un enfoque no valorativo (en el sentido que no dicen que son madres descuidadas), sino, más bien, analítico: colocando el foco de atención en la carga de trabajo que tiene la misma CCPP que se encarga de dar de comer al pequeño. Y, relacionándolo con la reflexión anterior, el apuntar hacia este elemento o condición, nos lleva a ir más allá de la explicación basada en el conocimiento o en la actitud, para identificar factores de base, ubicados en el funcionamiento y distribución del trabajo que se tiene a nivel del hogar.

“¿Qué ventajas encuentran ustedes, que el niño coma sus chispitas en el CCD en lugar de su casa? Más ventaja sería en el Wawahuasi ¿Cómo así? - Porque de lunes a viernes diario están comiendo en sus segundos. - Nosotros estamos constantes, en eso no más nos estamos dedicando. - ¿Que será? En su casa no le dan. ¿que sera, se olvidarán? - Como tienen que hacer un montón de cosas en la casa; (en cambio) nosotros (solo) en (sic) eso nos estamos dedicando”. (H1grupo focal Madres cuidadoras SCD)

La visión contraria se manejaría también, que a la CCPP no le interesa mayormente el cuidado del niño, o en específico la alimentación del niño. En el extremo de esto, se plantea que el MMN estaría solucionando el descuido de estas madres, porque se limitan a darle la dosis diaria y no se preocupan por el resto de su alimentación.

“¿Y por qué cree que es necesario promoverlos acá? En esta, en esta zona, qué le digo, pues de mi parte yo no entiendo que de, por las madres a las, que no se preocupan por su alimentación como debe ser al niño, a pesar que tiene las, las cosas ¿no? Tienen los alimentos de prepararlos pero no, no, no se interesa. Ya Entonces las chispitas más fácil pues, le dan una chispita ya, listo, ya está y...” (P1Consejo de Vigilancia SAF)

Del lado de lo que explica el no consumo, la opinión de una madre cuidadora de CCD enfatiza la no confianza en el producto mismo, el considerarlo negativo, que esconde algo negativo enviado por fuerzas foráneas al país (*que las chispitas tal vez le hacen mal, como estarán enviando así de allá*).

“¿Que he escuchado sobre las chispitas? Algunas mamás dicen “que es bueno”, pero otras dicen que ¡no! “que las chispitas tal vez le hacen mal, como estarán enviando así de allá”, así dicen las mamás que dicen que es malo pue’ (sic)”. (H1Madre cuidadora SCD2.1)

O se piensa que de un lote a otro va cambiando el sabor o se desconfía que ya no tenga los mismos componentes, cosa que hace que las CCPPs desistan de recoger el MMN.

“¿Y por lo general, las madres consumen todos sus sobrecitos o hay algunas que no consumen todo, de la información que le dan? Sí. La mayoría sí. Hay algunos, como le digo, las mamás que dicen “no”... pero son pocas que dicen. Por ejemplo, una señora que recuerdo que su niña tiene 2 años, no? Y no es del SIS, es de ESSALUD pero le entregamos las chispitas y me decía no que a su niña le gusta la de la caja blanca, la chispita, no? Ya Y actualmente tenemos la de la caja roja y ella dice “no de la roja no quiere porque tiene un olor no sé qué, en cambio de la blanca lo ha consumido normal que no sé cuánto”. ¿Y es lo mismo? Es lo mismo solamente que cambia la caja.” (P2Personal de Salud Cred SCD)

Se identifica una diferencia entre las CCPPs que son profesionales y las CCPPs que no trabajan. Los primeros dado su mayor nivel de educación, facilitan y están pendientes del consumo del MMN por sus hijos. En cambio, las CCPPs que no trabajan, y que tendría un menor nivel de educación, la representan como indiferente frente a la salud de su hijo, e inclusive no teniendo un rol decisivo en la alimentación del niño, sino que se deja que el mismo niño decida y no se insiste.

“Varía en que, me parece que los (CCPPs) que son profesionales, me parece que son más responsables, que si hijo tiene que sí tomar la vitamina, porque él sabe que esa vitamina le va a hacer bien a su niño, le va a proteger. En cambio, las mamás que no trabajan están ahí, si quiere que lo tome, si no quiere también, y al final no le obligan”. (U2Comité de Gestión SCD)

Se identifica a las madres cumplidas con el CRED como madres que también cumplen en darles su MMN, en cambio las que dejan de asistir o tienen miedo a las vacunas, es candidata a que no de el

MMN. Es decir, el personal de salud local, conoce a sus usuarias y puede prever su patrón de cumplimiento o no del MMN.

*“ ¿qué es lo que asegura que la mamá va venir y le va dar siempre la chispita? Es que hay mamás conocidas... tú las conoces desde el primer control que traen, tienen una fecha, si esa mamá no se empieza a pasar la fecha, a si se sabe que le va dar fiebre la vacuna, pero le trae puntual a su fecha, con esa mamá no hay problema, hay problema con la mamá que viene teniendo infección, y te dice no , no, lo vacunes porque está mal, anoche ha hecho fiebre. O le has citado el cuatro y te lo trae el dos, y a pesar de eso no quieren ni que lo vacunes. **¿A digamos ustedes ya las identifican? Es fácil identificar con que mamá puedes trabajar o con que mamá tienes que insistir más”. (H1Personal de Salud Cred)***

Se estaría manejando así el concepto de madres comprometidas, convencidas de las bondades del MMN, y por ende, proclives darlo a su niño. En contraposición a madres poco comprometidas con la salud y alimentación de su niño en general. La participación de la CCPP de los comités de gestión del PNCM, estaría también favoreciendo el compromiso con el consumo del MMN

*“Bueno, yo escuché que en algunas familias que le preparan pues en sus alimentos y el niño consume, y que no tiene ningún sabor y lo consume. Eso es de algunas mamás que me han comentado que sí lo están consumiendo nuestra tesorera era una señora muy activa, también era usuaria. Y ahí donde que era la facilidad de irme allá y donde que ella le preparaba, que le daba. **Entonces ella...Ella es siempre ligada, como es esa facilidad que es de nuestro comité, entonces, ...Claro, ella está más ligada a ustedes. Claro, más ligada, entonces se siente comprometida a realizarlo”. (U2Acompañante Comunitario SAF)***

Se releva también el factor de edad del niño: a los más pequeños les puedes dar sin inconvenientes, pero a los más grandes, que ya quieren “comer de la olla”, es más difícil para que la mamá mezcle el MMN. La estrategia es seguir insistiendo con la CCPP para que le den.

“Usted porque cree que hay mamás que si les dan chispitas, ¿qué cosa cree que las anima a ellas? Dentro de los seis meses si ha tenido buena acogida, pero eso es porque esta bebito, esta chiquito, porque estás ahí con sus papillitas y les estas enseñando y todo. Pero cuando pasa el año, empiezan a caminar ... ahí es donde ya hay un poco de dificultad, el niño quiere comer comida, pues, ya de la olla. ...él quiere comer de la olla. Entonces, hay un poco de dificultad de la mamá también, para que ponga y mezcle y dé. También hay mamás que sabemos que no les dan, se tiene que insistir, que tenemos que ir a sus casas, o sea fastidiarles para que les den”. (H1Personal de Salud Cred)

Entre las FSAF rescata el hecho que las CCPPs se esfuerzan en encontrar maneras para conseguir que sus hijos coman el MMN. Escenario de la anemia llevaría a estas madres a esforzarse para dar el MMN. Escenario de no tener tiempo para dar el SF haría que CCPPs evalúen que MMN es más fácil de dar

“¿Es el único caso que el niño no quisiera consumir o hay otros? Si, también hay otros, pero la mamá hace lo posible para darle. Porque a veces están en riesgo de anemia. De mi, dos tres de riesgo cumplen un año y siguen con eso anemia que tiene, es leve pero le va dar sulfato, las mamás tiene miedo “ay no, yo no quiero esas cosas para estar dando, no hay ni tiempo” Por eso le digo “dale la chispita” entonces hacen lo posible. La otra mamá le da una táctica que en yogurt le da yo a otras mamás le paso. Dale en esto puede tomar en todo intentan y ya ven la mamá la manera en que le da. A veces le da en quaker bien dulce”. (H2FacilitadoraSAF1)

C) La explicación del consumo y no consumo del MMN a nivel del hogar, desde la perspectiva de las cuidadoras principales

(1) Región Huancavelica - Servicio de Cuidado Diurno

Por el lado de las CCPP, en los dos escenarios con SCD visitados en Huancavelica, encontramos que 4 de las 13 CCPP entrevistadas, presentan experiencias de no continuidad en el consumo del MMN. Mientras que las otras 9 CCPPs contactadas, muestran experiencias de continuidad con el consumo, sea de manera regular o irregular.

(a) Los casos de NO CONSUMO del MMN

Se trata de casos de no consumo, tanto de usuarias (1) como de no usuarias (3). Veamos en qué se parecen o en qué se diferencian estos casos de no consumo, especialmente distinguiendo entre las CCPP no usuarias de las CCPP usuarias.

a.1) Razones de No consumo entre CCPP no usuarias

En cuanto a las CCPPs no usuarias, ambas ubicadas por no estar recibiendo el MMN al momento del estudio, encontramos que esta barrera de acceso al MMN, se explica en un caso porque la CCPP no deseó continuar asistiendo al CRED; y curiosamente, reporta lo que parece haber sido una comprensión errónea de parte de la CCPP: el que le ofrecieran en venta el MMN.

“¿Conoce los sobrecitos que dan en la posta? No me han dado nada. Estos (se le muestra el sobre de Multimicronutrientes) No, no. Chispita. Eso también me han dicho “cómprale”, me ha dicho. ¿Quién le dijo? Señoritas. ¿De la posta? ¡Ah! de la posta ...Me ha dicho “pero, cómprale” me ha dicho, pero yo no he comprado, no he llevado nada. ¿No ha comprado nada? Nada. Pero si le dijeron que lo compre. Así me ha dicho. Pero desde chiquito yo no he llevado, pues. No he llevado.” (H1 Cuidadora Principal No Usuaria SCD1)

Mientras que la otra, que sí sigue asistiendo al CRED, menciona que dejó de recibir el MMN por un desabastecimiento del producto en EESSALUD, a donde lleva a su niño al control, aunque el personal de salud menciona la no existencia de desabastecimiento de MMN en general para esta zona. A diferencia de la anterior, esta CCPP desea continuar dando el MMN a su hijo, porque sabe que tiene bastante hierro, incluso está animada a pagar por el producto.

“...usted ya me había contado que no le han dado desde agosto ¿no? Sí. ¿Por qué no le han dado? No sé por qué será, la verdad. No le explicaron el por qué. No. “Nada manda de Essalud”, así me ha dicho. Pero no llega, no llega siempre. Yo he llevado a mi hijito y le hacía recordar, “doctor no llega chispitas, aunque sea vendeme pa’ mi hijo yo quisiera. “No hay hija, no llega, a todas las mamitas no les doy” – así me dice. Usted le preguntó por qué no le daban chispita a su bebido? Sí, yo le he dicho ya. ¿Y qué le dijo él? Va llegar del otro mes, para enero ya va llegar. ¿Para enero le dijo? Ah. Para enero. “Ya no te preocupes, para enero ya va llegar” me ha dicho ¿Y usted sí quería que le dieran chispitas? Sí.” (H2 Cuidadora Principal No Usuaria SCD1)

El otro caso de no consumo en CCPP no usuaria, se explica por que la niña empezó a devolver la comida, por lo que decidió dejar de darle el MMN. La interpretación de la madre gira en torno a que a la niña no le gustaba el producto, y que a pesar que para ella lo consideraba bueno –como una ayuda para que llegue a comer-, la bebé daba indicios más bien de lo contrario. Frente a este indicador de no gusto por algo, la reacción de la CCPP es la de no insistir y dejar de ofrecerle el producto. El problema de poco apetito, presente ya en la niña (*Porque ella comía poco, por eso yo le he dado, a ver si come con eso*), no llega a resolverse para la madre recurriendo al MMN. Desde nuestra perspectiva, la niña está aún en el proceso de aprender a deglutir los alimentos, y es normal que regrese la comida; pero, esto es visto por la madre como indicador de no aceptación.

“¿Usted me ha contado que no le está dando la chispita a su niña, pero le ha dado alguna vez? Sí, alguna vez le di... le he dado por tres días, tres veces, por ahí. ¿Que la ánimo a darle por esos tres días? Porque ella comía poco, por eso yo le he dado, a ver si come con eso. Pero, no le gustaba, no le gustaba. Por eso le deje de dar, no le gusta para nada. ¿No le gusta? No le gusta, escupe, lo bota. ¿Y qué edad tenía su niña cuando le dio las chispitas? Tenía ocho meses por ahí. (...)” (H2 Cuidadora Principal No Usuaria SCD2)

Estos tres casos de no consumo nos abren a la diversidad de razones para el no consumo. Cada una de ellas relevante en tanto hipótesis. Dos razones vinculadas a barreras en el acceso (ya sea indirecta, por no asistir al CRED; o directa, la discontinuidad en abastecimiento a EESSALUD). Mientras que la otra, está vinculada al criterio de aceptabilidad –a la niña no le gusta por que lo escupe, lo bota- interpretado por la madre, como una amenaza mayor para su niña, al no conseguir que coma; pero, que a nuestro entender se vincula con el proceso de aprender a comer en el que se encontraba su niña.

a.2) Razones de No consumo entre CCPP usuarias

La CCPP usuaria – ubicada porque ya no viene dando el MMN a su niño - cuenta que su niño venía recibiendo el MMN en Huancayo, pero cuando se mudó a la zona de estudio, ya no lo ha llevado al EESS, por ende, ya no recibe el MMN. Como se aprecia en su testimonio, permanece indecisa de asistir con su niño al EESS, a pesar de la invitación expresa del personal de salud.

“Usted me ha dicho que, no recibe chispitas ¿no? Ujum. ¿Desde cuándo usted no recibe chispitas? Del mes de agosto...junio.Desde junio. ¿y los anteriores meses recibía chispita? Sí, si me daban (en Huancayo). Cuando iba cada mes, me daban. me puede contar ¿por qué ya no recibe ahora chispita? Porque no le he llevado a su control de mi hijo, por eso. ¿Y a qué se debió que ya no lo lleve a su control? A que me venga aquí, de Huancayo. Mm, no le ha dicho nada el personal de salud de por acá. Sí, de abajo. “Tráelo a tu niño”, me han dicho. “Normal le vamos a atender”, me dijo así. Y usted ¿ha ido a la posta de aquí? No, no he ido. Nada, no sé si ir”.(H2 Cuidadora Principal Usuaria SCD1)

Este caso, entonces, se ubica entre el primer grupo de razones identificadas ya anteriormente, el de la barrera de acceso indirecta, en tanto no se lleva al niño a CRED.

(b) Los casos de CONSUMO del MMN en el ámbito del SCD

Los casos encontrados son 9, siendo 3 de CCPP no usuarias, y 6 de CCPPs usuarias. Revisaremos primero la experiencia de las madres no usuarias, comparando los elementos de interés recogidos.

b.1) Las razones de consumo entre las CCPPs No usuarias

En primer lugar, hay que dejar en claro que no se trata de un consumo plenamente continuo. Evaluamos que el consumo del MMN se da de manera irregular e incompleto en las dos primeras CCPP no usuarias (a veces le sobro casi diez), mientras que la tercera nos ayuda a entender un consumo más bien continuo (una vez me habré olvidado, pero, de ahí, ya yo le doy). Es decir, los niños de las dos primeras madres dejan de comer algunos días de la semana o del mes; mientras que el otro caso, apreciamos mayor continuidad o regularidad en el consumo. Pero, en conjunto, muestran que siguen dando a sus hijos el MMN.

“Yo, así le doy hasta que termine. Pero, a veces le sobro casi diez (sobres de MMN al mes), así le sobro...”(H2 Cuidadora Principal No Usuaria SCD3)

“¿Ud. dejó de darle en algún momento las chispitas? Si una vez...cuando me he olvidado y después ya había comido su comida, ahí recién me acuerdo. ¿Pero ha dejado de dárselos por periodo largos? No, eso si no... una vez me habré olvidado, pero de ahí ya yo le doy. ¿Y qué hizo justamente cuando se acordó que no le había dado las chispitas? En la noche le doy en su mazamorra. (H1 Cuidadora Principal No Usuaria SCD3)

Se presenta así, la posibilidad de analizar lo que anima y lo que desanima el consumo del MMN en estas madres, cuya resultante final es continuar dando el MMN. De esa manera, vamos identificando más razones, a partir de los casos reportados. En un caso, la CCPP no pone en duda la decisión de dar el MMN, pero está supeditada a la actuación de varios inhibidores: la aceptabilidad del niño, el trabajo fuera de casa de la CCPP, el estar con el tiempo en contra como para ocuparse de darle de comer el MMN, el olvido de ella misma, y la oposición del padre del niño. Frente a todos estos inhibidores, esta CCPP, continúa dando el MMN a su hijo, aunque sea de manera irregular. El convencimiento de la CCPP, entonces, equilibra la balanza hacia el consumo. Sin embargo, aparece ya la duda en la CCPP, sobre todo, frente a la evidencia que el niño come cuando no pone el MMN en la preparación (Cuando no le echo chispita lo come todo).

“Yo, así le doy hasta que termine. Pero, a veces le sobro casi diez (sobres de MMN), así le sobro... Cuando no quiere comer, yo no le echo a veces, cuando no quiere comer. Cuando no le echo chispita lo come todo. Por eso a veces no le echo. Sí yo voy a trabajar, yo no le doy porque estoy apurada..A veces domingos y sábados ya me olvido así. Particular siempre paro en mi casa, ya le doy...De mí (hijo), su papá no quiere.Le doy cuando no está, pero cuando está, ya no le doy. (H2 Cuidadora Principal No Usuaria SCD3)

El siguiente caso, nos permite identificar el proceso de ida y vuelta en la decisión de la CCPP, pero, que en el mismo, la resultante es la continuidad. Así, al darle el MMN, la CCPP menciona que le provocó trastorno estomacal (*un poquito le hizo mal a su estómago*). Este evento no deseado motiva a la madre a preguntar al personal de salud, quien refuerza el beneficio del MMN (*buenas vitaminas*) y relativiza la razón del trastorno, atribuyéndolo a haberle dado mucha comida, o al no lavado de manos. Notemos que no desde el recuerdo de la madre, el personal de salud no recurre a explicar a la CCPP la posibilidad de la ocurrencia de diarrea pasajera vinculado al consumo del MMN, y más bien, se razona desde el lado de lo que ha hecho mal la CCPP. Como resultante, la CCPP resulta convencida y continua dando el MMN a su niña.

“Y a veces como yo le daba en poquito nomás. La primera vez ha comido así normal, pero después de un poquito que le dejo a gustar, como el sabor medio rarito, no quería comer y a la fuerza ya le hacía comer y justo le hizo daño y le dije a la señorita; y me dijo “esto no le va hacer nada, no le va hacer nada...esto más bien al contrario para ella es bueno, si tal vez se enferma es que mucho le has hecho comer o tal vez porque se ha metido con mano sucio, así por eso será, porque no creo que las chispitas le haya hecho daño, porque esas son buenas vitaminas” dijo. Así “ah ya señorita” y me dijo “pero sigue dándole y vas a ver cómo va a ir tu hija” así me dijo. “Ya señorita” le dije. Así y me volvió a dar mis chispitas, y yo le doy a mi hija. Y cada vez que come su segundito le doy, le doy. (H1 Cuidadora Principal No Usaria SCD3)

El siguiente caso, nos permite identificar una barrera o inhibidor vinculado mas bien a una comunicación no eficiente durante la atención en el CRED, que da como resultante el que la CCPP no identifique adecuadamente para cual de sus dos pequeños hijos es la cajita de MMN que se le ha entregado. Si bien la CCPP le sigue dando al mayor (24m) de los pequeños, decide no dar el MMN al niño de 9m frente al hecho que sólo recibió una cajita (*he llevado a los dos, me ha dado una cajita*), aunque le queda la duda, pero no llega a aclararla con el personal de salud. Sin embargo, aparecen también otras razones vinculadas a la edad del niño, donde mientras más grande el niño, mejor aceptabilidad va a tener frente al MMN (*Estito (24m) está comiendo, éste mi bebe no quiere, cuando grandecito, sí...*); y lo otro es la barrera de asistencia el CRED: la CCPP discontinuó los controles de CRED de su niño más pequeño debido a que viajó a Lima, y cuando retorna a su comunidad, no llega a enrolar nuevamente a su niño al CRED a pesar del pedido del personal de salud. Esto podría explicar la confusión antes mencionada sobre el beneficiario de la caja de MMN. Al parecer, el niño mayor vendría a ser un continuador en su control y en recepcionar el MMN. Mientras que el menor, al haber discontinuado el control, no está debidamente iniciada en el MMN. Vemos así, como una misma CCPP presenta casos de consumo y no consumo. Desde nuestra interpretación, lo que está primando en este caso es el elemento de la edad del niño y la evaluación de la CCPP sobre si es adecuado o no para esa edad, el darle el MMN. Adecuado también desde la lectura de si es fácil o no darle el MMN a un niño pequeño. Nuevamente, el inicio temprano de la alimentación complementaria se presenta como dificultad o como reto. Esto, la dificultad para comer, ya no se presenta en niños cercanos o mayores a dos años.

“...ahora no le estoy dando (9m)...le doy a éste (24m). Recién me da seguro... No sé para quien le habrá dado. Para los dos lleve, a los dos para que me atienda, para los dos y me ha dado ahí chispitas...No he preguntado... he llevado a los dos, me ha dado una cajita. No le he preguntado, seguro me ha dado para chiquitito... Estito (24m) está comiendo, éste mi bebe no quiere, cuando grandecito, sí... ¿Nunca le pregunto porque no le daban más antes la chispita? No he llevado, cuando estaba chiquitita yo he llevado y no le daban. ¿A su niño (24m) a que edad le dieron la chispita? Estito me ha dado de seis meses, siete meses, así me ha dado. ...¿A su niña no le han dado? No estaba. Me fui a trabajar a Lima, cuando no hay nada salimos a trabajar. Ya cuando regreso me gritan “¡tienes que traer a su control!” ... lba a ir este mes, no? El 31 de este mes, me tocaba. No he llevado. No estaba. Tiene que darme una cajita, ha dicho. Ahora yo voy a ir el 24. (H1 Cuidadora Principal No Usaria SCD2)

A manera de conclusión, estos casos de CCPPs no usuarias de SCD que si dan el MMN a su hijos, aunque no necesariamente de manera regular, nos permiten entender, lo crucial de contar con una consejería y retroalimentación cercana, abierta y fluida. La claridad, explicitación y detalle de contenidos sobre el producto y cómo prepararlo, ayuda sobre manera a las CCPP. Por otro lado, podemos apreciar que, a la vez, la CCPP siempre está haciendo un balance entre, por un lado, lo que sabe del nuevo producto, lo que la anima y convence; y, por otro lado, lo que conoce del comportamiento, reacciones y modos de ser y de comer, en su pequeño hijo. Se va adaptando y variando inclusive los nuevos conocimientos, respecto a lo que va consiguiendo o no. El poder

percibir resultados a corto plazo en el desarrollo de su hijo, así como el no haber tenido mayores complicaciones o reacciones no deseadas como el tener diarrea, o el que no quiera comer, fortalecen también su persistencia y continuidad. El saber que se puede conseguir que el niño vaya adoptando poco a poco una nueva práctica o alimento, también ayuda a la continuidad. A la base de esto, está el propio carácter o modo de ser de la misma CCPP, así como, la carga de trabajo que venga manejando.

En el caso de la cuidadora principal, que brinda el MMN en **varias partes durante el día** (el sobre completo) y en una preparación aceptada por el niño (mazamorras); procedimiento que es alentado por el personal de salud, pues el objetivo central sería que el niño reciba efectivamente el MMN. Se ha optado por la distribución del MMN, en varias tomas, con el fin de *diluir* el olor que se desprendería (se considera que la combinación de todo el sobre en dos cucharas, amplificaría el olor); y dado que - en preparaciones espesas- el niño sentiría igualmente el olor, se elaboran preparaciones semi espesas como mazamorras, quaker, sopa de sémola:

“Hay niños que no lo asimilan, no quieren comer, en caso mío, yo le doy un sobrecito y debe acabar todo el día, porque en una comida, en dos cucharadas no lo come, lo siente. Yo le he preguntado a la señorita (se refiere al personal de salud) y me dice, “está bien todo el día, pero que acabe el sobre. Yo le doy así a mi hijo y mi hijo, eso lo pasa (...). Entonces, yo le consulté eso a la señorita, pero que lo acabe el sobre y yo le doy, todo le doy a mi hijito, en el desayuno, el almuerzo y ahora para la cena, para que acabe todo el sobre” (H1 Cuidadora Principal Usuaría SCD2)

Este ejemplo esclarece la importancia de la *consejería*, revelando su carácter crucial en la *continuidad del consumo*. Es decir, la consejería como un espacio en el cual se puedan presentar dudas y preguntas, así como demandas de sugerencias y retroinformación; en fin, aquélla definiría, en gran medida, el sostenimiento de la práctica. En efecto, ante la dificultad expuesta por la cuidadora principal, el personal de salud le plantea la alternativa de distribuir la dosis diaria a lo largo de las comidas del niño:

“¿No le habían explicado cuando su niño no quería, puede darle de esta forma u otra? Por eso le digo, cómo puede comer mi hijo, yo le expliqué, “así así, está muy bien” me dijo, “con tal que acabe el sobre (se refiere a la distribución en varias tomas durante el día)” (H1 Cuidadora Principal Usuaría SCD2)

Sin embargo, nos encontramos con un caso de **consumo del MMN incompleto**, pues no se utiliza la dosis, en su totalidad, cada vez que se combina con la comida:

“¿Y cómo prepara usted las Chispitas en su casa? Yo le preparo...le abro después con un poquito, polveo y ahíto lo mezclo, después yo le doy (...) póngase que son las doce de la mañana, tiene su plato de comida, saca la Chispita y ¿qué cosa hace? (...) cuando tiene hambre, le saco sus Chispitas y le sirvo a su platito su comida y le echo un poquito del Chispita. ¿Del sobrecito le echa todo? No, poca nomás. Si le echo todo, no quiere. Ah! no quiere. Olerá, no sé, poquito nomás echo, pero la doctora dice todo tienes que echar a cada día. Yo no le echo todo, poco nomás si no, no come” (H2 Cuidadora Principal No Usuaría SCD3)

No se colocaría la dosis completa, pues la madre sostiene que si procede de tal forma el bebé rechazaría la comida. El probable olor, que se derivaría del MMN, se atribuye como posible explicación de tal renuencia; y con el fin de no exacerbar dicha característica, se atenuaría la dosis. Tal como se indica, suele colocar aproximadamente la mitad del contenido del sobrecito, diariamente, aunque sabe que tiene que utilizar el sobre completo. La madre está convencida que el niño no come con gusto -y lo hace en poca cantidad- por el MMN; pues, más adelante, se plantea claramente que la comida sin combinar con el MMN es recibida sin mayores dificultades,

“¿Y cuántos sobrecitos le da al día? Yo le doy, a mí...ese sobrecito me dura casi dos días. ¿Un sobrecito le dura dos días? Sí, no lo acaba, poquito cuando echo nomás, si no, no come, no le gusta. ¿Y usted no lo ha consultado, con la doctora que lo atiende? Sí. ¿Y qué le dijo? “De Chispitas, tiene que terminar tu hijo, ¿por qué no haces terminar? Tienes que hacer comer a la fuerza (...). Como sea, tienes que tratar de darle, que termine” me dijo” (H2 Cuidadora Principal No Usuaría SCD3)

“Yo le preparo...le abro después, con un poquito le polveo y ahíto lo mezclo, después yo le doy. ¿Del sobrecito le echa todo? No, poco nomás, si le echo todo, no quiere. Ah, no quiere. Olerá, no sé, poquito nomás echo, pero la doctora dice, “todo tienes que echar a cada día (...). Yo no le echo todo, poco nomás, si no, no come” (H2 Cuidadora Principal No Usuaría SCD3)

Comenta, no obstante, que cuando prepara lentejas jugosas (comida del agrado del niño) agrega el sobrecito entero; a diferencia de su práctica usual de elaboración de sopas (preparación predominante).

b.2) Razones de consumo entre CCPP Usuarías

Pasamos a revisar los 6 casos de consumo encontrados para las CCPPs usuarias de SCD, indicando las diferencias y las semejanzas que muestran en relación a los aspectos de interés. En primer lugar, de estas seis CCPPs, dos dan el MMN en su propia casa y cuatro lo hacen a través del CCD. El proceso de consumo del MMN experimentado por los hijos de estas CCPPs, puede catalogarse de irregular en cuatro de los casos y de continuo en dos de ellos. En estos últimos dos casos, se presenta continuidad en la ingesta; así como, aceptabilidad por parte de los niños

“¿Alguna vez no le ha querido comer? No. normal come. ¿cuándo recién empezó a comer chispitas, también? Sí. ¿Y cómo así se ha dado cuenta que sí quería comer chispitas? Ah, ya. Cuando le da, en primerito (sic) se comía. De ahí, ya, normal ya come. Entonces, ¿ella siempre ha querido comer chispitas? Así es. ¿Y en algún momento no ha querido comer chispita? cuando se ha enfermado? No. ¿Hasta cuándo está enfermita igual los come? Normal está. Normal come.(H2 Cuidadora Principal Usuaría SCD4.2)

“¿Y qué tal recibe C su comida con chispitas? Sí, come diario...Le gusta la chispita. ¿Y cómo se da cuenta que le gustan las chispitas? No sé señorita, pero le gusta ¿cómo? Ah. Nos pide pues. ¿Cómo así, a ver cuénteme? Así, le apunta a donde está la chispita, ahí...Así agarra no más y masca (el sobre) señorita, cuando no le abro.¿Desde el inicio quería? Sí, quería. A él le gustaba.Y ahorita,¿ le siguen gustando las chispitas? Sí señorita. ¿Y en algún momento C no quiere comer las chispitas? No señorita. Sí come.(H2 Cuidadora Principal Usuaría SCD4.2)

Por el contrario, los otros cuatro casos muestran momentos críticos que implicaron interrumpir temporalmente el consumo del MMN, pero que no significaron un cuestionamiento o rechazo a seguir dando el MMN, sino que más bien, fueron momentos para la búsqueda de estrategias para poder seguir ofreciéndoselo, o este se reanuda en el contexto del CCD. Las barreras que se les presentaron a estas CCPPs, se vinculan a eventos externos o no vinculados con la ingesta, tal como el realizar viajes fuera de la zona que interrumpen el recojo del MMN; o cuando la CCPP se olvida de ofrecer el MMN al niño

“...¿le han dado todos esos meses siempre, todos los meses o ha habido meses que no le han dado en la Posta? Un mes no estuve aquí señorita, no estuve aquí me he viajado, ... esos meses hemos estado allá en Lima y ahí si no, no ha ido también a recibir y no le he dado tampoco...Solamente un mes, 2 meses así máximo no habré recogido señorita, ya de ahí mensual le doy ... (H1 Cuidadora Principal Usuaría SCD3)

“¿Le da las chispitas a su niña? Si le doy ¿Cada cuánto tiempo le da? Según me da de la posta. Hago terminar ¿Cuándo le da en la posta? Ocho sobrecitos, me he olvidado (H1 Cuidadora Principal Usuaría SCD1)

Adicionalmente, las barreras se vinculan con eventos relacionados con la preparación, como el decidir no dar el MMN cuando no se cuenta con la preparación adecuada para mezclar el suplemento, en este caso al prepararse sopas y no segundos.

“Todo se lo come por igual señorita ¿Todos los días le está dando? Todos los días... a veces cuando no cocino segundo, no más no le doy. ¿Ese día no más no le da su chispita? No le doy señorita...En todo el día señorita...No le doy señorita, entonces me queda uno (sobre)...¿Y al mes como cuántas veces hace sopita como para que no le dé su chispita? Un día... así no más señorita. (H1 Cuidadora Principal Usuaría SCD3)

Y principalmente, la barrera de la aceptación del niño, expresada en no querer consumir la mezcla con el MMN. Esta renuencia a comer puede ser algo que se presenta en algunos días, o un evento marcado a lo largo de un período.

“...hay días no te recibe. ¿Y por qué hay días que no le das la chispita? No sé por qué. No le gustará, señorita.¿Pero más es que sí come o más es que no come? Sí. Sí come.Digamos, de los 7 días de la semana, ¿cuantos días más o menos estará comiendo él su chispita? Cuatro. A veces

un día. Así nomás no come, señorita. O sea, ¿a veces solamente un día a la semana come su chispita? No. No come. Ah, ya. (H1 Cuidadora Principal Usuaria SCD4)

Lo interesante de estos casos de consumo, viene a ser el camino o la lógica seguida por las CCPPs para retomar o no abandonar la suplementación. El convencimiento de la importancia del MMN para el crecimiento y desarrollo del hijo, sirve como aliciente suficiente para no discontinuar el tratamiento.

“Y en algún momento ¿usted dejó de darle las chispitas? No señorita, porque cuando no le doy, dicen que eso cuesta señorita, en farmacias, y cuesta eso cuando compras para... así yo he escuchado señorita. Había una mamá así que no le daba, le botaba, le botaba y su hija se había enfermado, tenía anemia y entonces, la había llevado a comprar y costaba señorita y eso a veces escucho en capacitaciones también, entonces ya mi obligación es darlo por su bien de mi hija. (H1 Cuidadora Principal No Usuaria SCD3)

Otra madre, entrevistada, informa que dio diariamente **sólo la mitad del sobre** -de los seis meses hasta el año-. Al cumplir el niño un año, brindó el **sobre completo**. Esta forma gradual de proceder se explicaría porque habría iniciado el consumo con un sobre entero - según las recomendaciones del personal de salud - el niño no aceptaba la comida (H2EPFUSCD1). Notemos cómo, de alguna manera, las madres buscan alternativas que aseguren el consumo, adaptando las recomendaciones. Lo importante es vincular estas iniciativas con la orientación, del personal de salud, para que resulten adecuadas. Aprovechar, en suma, una actitud positiva frente al MMN que hace posible la negociación (si esta interpretación de la cuidadora principal hubiera sido conocida por el personal de salud, tal vez se habría podido sugerir o plantear la distribución de la dosis de un sobrecito completo, en varias tomas durante el día, recibiendo de esta manera, la dosis requerida).

(2) Región Huancavelica - Servicio de Acompañamiento a Familias

(a) Los casos de consumo

En los casos estudiados, hemos encontrados 6 ejemplos de consumo del MMN. Dos de ellos pertenecen a CCPPs no usuarias, y los otros cuatro a CCPPs usuarias. El consumo del MMN en los niños de estas CCPPs, no ha estado libre de eventos de no consumo, sobre todo en los primeros meses, dado que se les presentaron dificultades para conseguir que el niño consuma el MMN; o porque el niño tuvo diarrea.

En ambos tipos de situaciones, las CCPPs optan por interrumpir el consumo del MMN de manera temporal. Pero, lo relevante viene a ser el soporte retroalimentador del personal de salud, que brinda alternativas orientadas a facilitar la superación del impase; o la decisión de la CCPP de insistir para que consuma.

“Y al principio usted me decía que ella no le comía la chispita ¿no? No. ¿Cómo era? Cuénteme qué le pasaba al inicio. Como me explicó el doctor: Cuando cumpla los 6 meses, “una cucharita le vas a dar”... Ya igualito lo hice pues ¿no? y no quiso. Empezó a botar. Traté de hacer comer su hígado y lo botaba. ¿Y qué hizo después? Ya no le insistí en hacerle comer. No quería comer. Tenía que decirle al doctor. ¿Al otro mes? Ajá, al siguiente mes. “Mi bebe, doctor, para botando” y dijo “échale un poquito de azúcar. Y ahí sí vas a ver que va a comer”. Y ahí le eche un poquito de azúcar, le moví un poquito y empezó a comer. ... (H2 Cuidadora Principal No Usuaria SAF3)

“Y por ejemplo cuando no las comía ¿Por qué no las quería comer? Cuando estaba mal. Ahí ella ya no quería comer y con ningún tipo de comida quería. ... Hasta que se sane... a veces la traigo a la posta y ahí recién se sana... ¿Y qué le decían ellos? “Eso es cuando se va acostumbrar su estomaguito, algo le está chocando o estarás preparando mal su comida, que le estará chocando... sucio, tienes que lavarte tu mano pa’ que empieces a cocinar y pa’ que hagas comer” (H1 Cuidadora Principal Usuaria SAF2.2)

Come señorita, pero, antes no quería comer. Antes no quería comer.... ¿Cómo te hacía cuando no quería comer? No le gustaba... A la fuerza hacía comer ¿Pero él no quería comer? No señorita ¿Y ahora qué tal lo come? Ahora sí come todo. Antes, él no quería (H1 Cuidadora Principal Usuaria SAF3)

De ese modo, han logrado mantener o continuar el consumo del MMN. Sin embargo, esto no implica que posteriormente no existan algunos días de interrupción. Estos se explican ya sea porque la CCPP deja de ofrecer el MMN, no recuerda o no consigue hacerlo algún día; o cuando el niño no

quiere comer o no come todo lo preparado. Tampoco estos eventos significan un dejar de consumir el MMN, dado que consigue retomarlo al día siguiente. Es decir, tienen presente la falta (*me olvido*) y la solución (*al día siguiente tenía que darle*).

“¿Y en algún momento dejo de darle las chispitas? Sí, señorita porque a veces me olvido... Me olvido o estoy apurada así. Ya no me acuerdo. ¿Y qué hace después por ejemplo? Ya no le di en todo el día. Al día siguiente tenía que darle...ya le hacía comer, ya señorita. (H2 Cuidadora Principal No Usuaría SAF3)

“¿En algún momento ha dejado de darle la chispita? No ¿A veces su niño no quiere comer y usted no lo obliga? No, no lo obligo a veces, a veces lo obligo también. ¿Pero no habido algún momento en que haya dejado de darle la chispita? No. Pero, sí me olvido un día si. Pero, más no. ...Sí, estoy haciendo comer, está consumiendo; esta todo normal. (H1 Cuidadora Principal Usuaría SAF3)

“Cada día, en diario, pero no le daba diario, casi interdiario. Así le daba. Cuando me olvidaba así. Ah cuando se olvidaba más que todo Ajá cuando estaba apurada hay veces que me olvido, a la chacra salimos cuánto le quedaba o cuánto le estaba sobrando? Quedaba a veces 7 o 8 a veces... 10 así le quedaban ¿Le quedaban? Ajá, pero más que nada eso es lo que comía, si sobra ¿porque se olvidaba? Cuando estaba apurada ... Cuando estaba apurada o en la chacra vas a la chacra, campo así con tus animalitos estás también (H1 Cuidadora Principal No Usuaría SAF2.2)

Otra razón que explica el no dar algunos días el MMN, se vincula con la comprensión que el MMN viene a ser, de alguna manera, un reemplazo de alimentos de origen animal, como la carne. Por tanto, cuando en casa no se prepara comidas con carne, la lógica de la CCPP la lleva a adicionar al plato del niño el MMN, lo cual llevaría a enriquecer su plato. El MMN viene a ser así no un suplemento sino un reemplazo de AOA.

“Tal vez algún día que no cocina con carne, ahí le doy la chispita ¿O sea te han dicho que cuando no des carne, le des las chispitas? Si señorita (H1 Cuidadora Principal Usuaría SAF2.1)

La aceptación del niño no sólo se limita a la posible percepción del sabor, sino también a la textura o consistencia que permitiría enmascarar ese sabor, según la apreciación encontrada en una CCPP. Estas preparaciones pueden incluir opciones aguadas como sopas, pero también espesas como la alverjita, el arroz. El objetivo es más bien lograr que el niño no sienta el sabor que llevaría a que no acepte el producto

“¿Usted me dice que a su niño no le gusta mucho en segundo, usted le echa la chispita capaz no quiera comer? Si pues no quiere. ¿Usted me dice que siente un saborcito medio...? ¡Ajá! ¿En cambio sí le gustan las sopas...?Y como pues, como normal y esa cucharita tengo que hacer terminar...No se siente mucho en sopas.¿En qué sopas?En sopita de leche no se siente mucho. ¿Y usted le da? En esas, en la sopita le doy. Espesito le hago. Cucharita nomas. En que comida por ejemplo no acepta las chispitas ¿Ha cocinada , le da sus comidas ¿ en qué comida no...? En quinua no quiere comer...A la fuerza le hago comer (risas)¿En qué comidas usted cree que su niño podría comer más fácilmente?En alverjita o en este...en arrocito así. No siente mucho.(H2 Cuidadora Principal Usuaría)

(b) Los casos de no consumo

Encontramos en la muestra estudiada seis casos de CCPPs que no dan el MMN a sus niños. Vienen a ser 2 CCPPs no usuarias y 4 CCPPs usuarias. A su vez, dos de las CCPPs se atienden en Essalud, o habían venido recibiendo el MMN allí. En uno de estos casos, el de una CCPP no usuaria, el no consumo se produce por la interrupción de la entrega del MMN en Essalud, sumado a que la misma CCPP decide no preguntar o pedir el MMN posteriormente.

Existe también el caso de otra CCPP que no había estado llevando a su niño al CRED, por lo que no tenía opción de recibir el MMN.

Las otras situaciones de no consumo vinculan dos tipos de reacciones, procesadas por la misma CCPP. De un lado, la poca aceptabilidad hacia el producto por parte del niño, traducida en que no quiere comer la preparación con el MMN. Y del otro lado, la poca aceptación de parte de la misma CCPP, de la tarea de dar de comer o asegurarse que coma el MMN, máxime si no se consigue que el

niño coma, y se tiene que hacer bastantes otras tareas en la casa o con los animales y chacra. Sin embargo, subyaciendo a todo esto, está el hecho de la dificultad y retos que se encuentra o se presentan en el proceso de enseñar a comer al niño que está iniciando su alimentación complementaria. El MMN, al acompañar los inicios de la AC, comparte también todas las dificultades que conlleva el lograr que coma el niño pequeño.

“¿Y cada cuanto tiempo le da? No le doy ¿? ¿Alguna vez le ha dado usted a su niña que consuma chispitas? Sí, pero ya no quiere comer, por eso no le doy... ¿Por qué le dio la primera vez? Porque...a ver si va comer o no, cuando no le gusta, no le doy ¿A qué edad dio su niña las chispitas? Ocho meses ¿Durante cuánto tiempo le dio? No sé. ¿Cuántas veces le dio, una vez, dos veces? Una vez ¿Y cómo noto que no le gustaba? Todito lo ha botado. Usted me dijo que lo probó del sobrecito A ver si era feo. ¿Cuándo no comió? No le doy, lo he botado. lo botan ¿por qué cree que es? Es que porque es difícil abrir y tienes que mover, se demora, por eso que no le dan. Parece fierro oxidado no le daría (Risas). Por eso no le doy... Es que ella quiere jugar... me gana la hora ¿Por ejemplo cuanto tiempo destina para que coma su niño? A veces, me da tiempo para ir a la chacra, nos vamos. Y el hecho que no quiera y bote, mejor ya no le doy. (H2 Cuidadora Principal Usuaría SAF2)

“Ya, entonces en su casa usted si le llevo a dar alguna vez sus chispitas a su bebe Si le he dado por eso no comía, lo dejaba ese plato, cambiaba el gusto ¿Y a qué edad le dio esas chispitas? Cuando tenía seis, siete, ocho le daba, pero no comía ¿Y durante cuánto tiempo le estaba dando las chispitas? Le he dado, cuando no comía ya no le he dado, no le he dado, no le he dado porque no come...Cuando no quería comer, he probado, porque tanto así, entonces me he probado y era feo pe', feo para no comer. ¿Y era con todas las comidas que no lo quería comer o con algunas No comía, con sopita también le he daba. ¡No!. Cambia el gusto las chispitas, como ajinomoto que cambia la comida, así. (H2 Cuidadora Principal Usuaría SAF1)

El que el niño no quiera comer la mezcla de comida con el MMN, lleva a las CCPPs a darse una idea del porqué, por medio de la prueba de la preparación. Al encontrarlo de mal sabor (feo, fierro oxidado), las CCPPs, no insisten, y dejan de dar el MMN. Pero, esto se suma a condiciones previas o paralelas vinculadas a cómo se percibe o se relaciona la CCPP con el servicio de CRED. Si se evalúa que no es necesario (*los niños no se enferman por ende no es necesario ir al CRED*), o que no les agrada que les levanten la voz o les llamen la atención, la tendencia será a dejar de asistir al EESS, por ende, se deja de recibir el MMN. Si se sigue asistiendo al CRED, pero no se quiere dar el MMN al niño, la CCPP puede llegar a recibirlo, pero sin ofrecérselo al niño, o le dice al personal de salud que ya no le den el MMN.

“Ya es tiempo ya, cuando tenía seis, siete, ocho meses ahí es lo que le daba por no comer, le he dejado de recibir y cuando me daba no le daba. Y ya no lo lleva tampoco al establecimiento Si Y nos puede contar a que se debió esto Porque no come pues, no come, para mentira nomas. Peso talla, ay, aburre quizá pesando tallando me aburre, a veces no tengo tiempo, no lo llevo y hay enfermeras que reniegan ya pe, cuando no lo llevo me gritan, a veces como te digo también tengo tallercito con mi esposo a veces a ayudarlo voy y no tengo tiempo, me olvido porque no lo llevo “porque no lo has traído tienes que traerlo” me dicen ¿cómo mentira? ¿las chispitas, mentira? No, mentira le recibo pa' que no come, mentira le recibo pa' que no come mi hijo... cuando me daba también no le daba ¿Y qué le dijo el personal de salud, que le dijo la enfermera cuando no va cuando no recibe las chispitas, que le decía? No traes a tu hijo, “¿Porque no traes?” me dice. Y le digo pe', “que no tengo tiempo, no tengo tiempo para traerles, no se enferman tampoco”. (H2 Cuidadora Principal Usuaría SAF1)

(3) Región Piura - Servicio de Cuidado Diurno

En Piura, en el distrito de La Arena, elegido como ámbito de SCD a estudiar, se pudo conversar con 3 cuidadoras principales (CCPP) no usuarias y 4 CCPP usuarias. Todas las CCPP han recibido el MMN en alguna oportunidad en el EESS; y todas reportan haberlo ofrecido a sus niños entre uno a 4 meses por lo menos, pero no todas continúan dándoselo. Así, de las 7 CCPP contactadas, 4 refieren que su niño o niña continúa consumiendo el MMN, siendo 3 de ellas usuarias de CCD. Las otras 3 CCPPs, señalan que no vienen dando de comer el MMN a sus niños, siendo una de ellas, usuaria de CCD.

Los dos niños no usuarios de CCD que muestran un no consumo, presentan un patrón de alimentación complementaria no adecuada, en tanto les gusta comer más sopas que comidas sólidas, y uno de ellos casi no aceptaba comida hasta los dos años. El niño de la CCPP usuaria de CCD que

no consume el MMN, también come preparaciones aguadas, dado que almuerza en su casa porque no acepta la comida que le dan en el CCD

“¿qué tal come? ... hablando con la verdad, primerito cuando tenía seis mesecitos yo le comencé a dar su comidita no? y no me quiso comer. No comía nada, lo que era nada de nada; y después como tomaba seno, ya no, no le obligaba, porque no quería, vomitaba. ... ya lo deje pasar al año, tratando ahí, tratando de darle para que coma, pero, nada. Y me ha venido a comer, hablando con la verdad, la verdad, me ha venido a comer casi a los dos años.” (P2 Cuidadora Principal No Usuaría SCD1)

Para el caso de los niños o niñas que continúan consumiendo el MMN, la tendencia encontrada es a aceptar más bien comidas semisólidas, tipo arroz atamalado o menestra. Comen sopas también, pero las madres refieren que les gustan más sus segundos, además, del pescado y otras carnes. En este caso, lo aguadito o lo atamalado, tiene consistencia espesa, pero no seca. Por ejemplo, no les gusta el arroz graneado por ser muy seco.

“Come arroz, menestra, pescado, carne, pollo. Le gustan las lentejas. No le gusta la comida seca. Le gusta mojadita. (P2 Cuidadora Principal Usuaría SCD3)

“Le gusta más comer aguadito, casi no el arroz. Aguadito es como un atamalado. Le gusta más el pescado que la carne. Poco le gusta el arroz seco. Ya no lacta. Tiene más hambre en las mañanas. Le encanta la fruta. (P2 Cuidadora Principal No Usuaría SCD3)

En cuanto a la asistencia al CRED no encontramos diferencias entre los casos de consumo y no consumo, ya sean de usuarios como de no usuarios. Todas manifiestan ir a los controles porque les interesa saber cómo va creciendo su niño. Del mismo modo, que en cuanto a la entrega del MMN, dado que todas mencionan no haber tenido problemas para recibirlo. Sin embargo, hay dos CCPPs usuarias que actualmente ya no reciben el MMN. En el caso de una, a pedido expreso de ella misma, ya no se le entrega el MMN; y en el otro caso, se trata de una CCPP que por motivos de viaje dejó de asistir al CRED por un año, y al regresar, llevó a su niña al CRED, pero el personal de salud le dijo que ya no podían darle el MMN por haber discontinuado demasiado tiempo. Lo curioso de este último caso, es que la niña si está consumiendo el MMN, porque le dan la dosis que recibe su primo, en el EESS, quién no la consume.

No encontramos diferencias en cuanto al conocimiento sobre el MMN entre las CCPP con niños que consumen y aquellas con niños que no consumen. Todas saben que el MMN es bueno para la salud de los niños, especialmente para la anemia o para la hemoglobina. Saben que contienen vitaminas, y algunas mencionan otros nombres de componentes.

En relación a la forma de preparación del MMN entre las CCPPs que dan y no dan, muestra ser adecuada en cuanto a que se vierte el contenido de un solo sobrecito al día, en comida tibia. Sólo una CCPP no usuaria comenta que mezcla el sobre en todo el plato del niño, pero, éste logra siempre acabarlo; mientras que las otras CCPPs, indican que lo mezclan o lo han mezclado en dos cucharaditas de la comida del niño, separadas del resto de comida. Donde sí se observan variaciones es en el tema de la regularidad o continuidad para con la consistencia recomendada. Todas saben que se debe preparar con comida sólida o semisólida, y que se necesita consumir rápidamente. Sin embargo, en el grupo de las que han interrumpido el consumo, una de ellas, no usuaria, dejó pasar más de veinte minutos luego de mezclar el polvo con la comida; y las otras dos CCPPs, usuaria y no usuaria, mezclaron el MMN con líquidos o comida aguada (sopas). Los niños que siguen consumiendo el MMN, hijos tanto de usuarias como de no usuarias, lo vienen comiendo en preparaciones espesas, sea en casa o en el CCD.

“¿Aquí en el puesto de salud te dijeron que no se le daba con líquidos, no? Aja, que no se le daba, o sea no, no me explicaron que le podía dar en mazamorra, en frutas, solamente en comidas, en comidas, en comidas...Lo que son purés ¿ cuando se lo dabas, se los dabas en sopitas? Sí, en sopita; le hacía bien batida la verdura y ahí le metía (P2 Cuidadora Principal Usuaría SCD2)

(4) Piura - Servicio de Acompañamiento a Familias

Las CCPPs que no dan actualmente el MMN a sus niños refieren que a sus menores hijos les sobre vino diarrea por haber consumido el suplemento, en dos de los tres casos; o que su niño no quiso seguir comiendo la mezcla de comida con el MMN. En ambas situaciones, la comprobación de que es

el MMN el factor desencadenante de los efectos no deseados, se da cuando se ofrece al niño comida sin MMN y ya no se produce la diarrea o el niño no rechaza ya la comida.

Para comprender mejor el juego de las dimensiones que intervienen desde diferentes ángulos, en la decisión de la CCPP de interrumpir y no retomar el consumo del MMN, vamos a apoyarnos en el proceso del siguiente caso, de una CCPP no usuaria de SAF, con niña de 7 meses, en Ayabaca, Piura.

La niña recibió el MMN cuando cumplió 6 meses, sin mediar una consejería individual, sino en una reunión grupal de madres, donde sólo se les dijo que se lo den a sus niños.

“¿Usted sabe qué tienen las chispitas? No, no. No le explicaron tampoco. No me dijeron nada, cuando nos dieron estaban hartísimas. Ah, ya, estaba llenito. Sí, pues, que a veces nos llaman a reunión, y no me dijo la enfermera. Me dio nomás para que le dé.” (P1 Cuidadora Principal No Usuaria SAF1)

La CCPP entendió que debía darle tres veces al día, con la posibilidad de darle en sopas, así como de mezclarlo con la papilla. La CCPP observa que la niña no lo consigue pasar, que lo bota; pero lo que la alarma sobre manera es que la niña empieza a hacer un proceso de diarrea continuada, lo que ocasionó que ya no quiera comer y sólo quiera que le den pecho materno o biberón. Al ir a consultar con el personal de salud, y manifestarle su preocupación, la CCPP discute con la enfermera para negar que la diarrea sea por suciedad. Al final, el PS coincide con la CCPP en que efectivamente el MMN le hizo mal, y que se lo van a cambiar.

“Y, entonces, me dijo la enfermera ‘es raro que le hayan hecho daño las chispitas’...pero, yo la meto ahí en el andador, cuando tengo que hacer, no la tengo caminando. O si no, la tengo cargadita. Como para decir que se agachó por el suelo y se comió un puñado de tierra ¡Ninguno, pues! Entonces yo le he dicho a la enfermera ‘las manitas las tengo limpiecitas, no ha agarrado. Sus uñitas bien cortaditas las tiene. O ¿coger tierra para comer? No’, le digo. ‘Yo le he sentido que han sido de las chispitas’. Me dijo, ‘Lo vamos a cambiar, no le asienta, pues’.” (P1 Cuidadora Principal No Usuaria SAF1)

Cómo ya no quiere seguir dándole a su niña, afirma que para qué va a seguir recibiendo el MMN, si para ella es algo dañino para su hija, pues le ocasiona problemas con el estómago.

“Y ¿qué hago yo con recibirlas y tenerlas ahí de adrede? Las voy a botar para abajo. O las voy a tirar a la candela” le dije a la enfermera “Yo le digo a la enfermera, ‘si me las vuelve a dar, yo se las dejo en la mesa...disculpe, pero, yo no quiero esto, porque no quiero enfermar del estómago a mi hija”(P1 Cuidadora Principal No Usuaria SAF1)

Las CCPPs que continúan dando el MMN a sus niños comentan que no les ha producido diarrea a sus hijos, o que si se presenta, dejan de darle mientras están con el episodio y luego retoman el consumo del suplemento. Frente a las ocasiones cuando el niño no quiere comer la mezcla con el MMN, lo que las diferencia de las otras CCPP es, al igual que con el suceso de las diarreas, que han insistido en darle el MMN, recurriendo a estrategias sobre cómo darle de comer, tales como el sacarla a pasear o a mirar los animales, o esperar un rato y seguir insistiendo dándoles ellas mismas de comer, e inclusive dándoselos a la fuerza.

De otro lado, los niños que están consumiendo el MMN, coinciden en comer preparaciones espesas como purés, menestras, tallarines. Y aunque también reciben sopas, las CCPPs manifiestan que comen más lo espeso. Sólo uno de estos tres niños come poca cantidad. Los casos de los niños que no consumen el MMN, coinciden en ser menores de 9 meses, dos de ellos, y el otro interrumpió el consumo hacia los 12 meses. Dos de estos niños comen más sopas, mientras que al otro, le dan sobre todo papillas espesas.

Los casos de consumo y no consumo muestran en común que dan importancia a la asistencia al CRED para saber cómo va creciendo y desarrollando sus menores hijos. Sólo una de ellas, cuyo hijo no está consumiendo el MMN, manifiesta que se siente obligada a ir al CRED y aunque no está de acuerdo con vacunarla, por ejemplo, o con que le llamen la atención, tiene que seguir asistiendo. Todas las CCPPs han recibido el MMN en el EESS sin mayor problema. En dos de las CCPPs, cuyos niños ya no vienen consumiendo, la entrega fue interrumpida a pedido expreso de las mismas CCPP (frente al hecho que el MMN les venía produciendo diarreas, según su apreciación), recibiendo una de ellas SF a cambio.

Se encuentra en todas las CCPPs, tanto las que sus niños vienen consumiendo, como las que no, diversas razones favorables sobre la importancia del MMN para sus hijos, (para controlar anemia, para subir de peso, es obligado que se le tiene que dar a los niños, es alimento, es vitamina, para que le de fuerza, para sus huesos, para que no se enfermen, para que estén sanos, para la hemoglobina). Es decir, se conoce que es bueno para los niños, pero, frente a los retos u obstáculos de la presencia de diarrea o del rechazo del niño, algunas CCPPs insisten con el consumo, mientras que otras dejan de dar. De alguna manera, la severidad de las ocurrencias (diarrea persistente o el que el niño no coma casi nada), podría ayudarnos a comprender la diferencia.

Donde si encontramos diferencia entre los casos de consumo y los de no consumo, es en cuanto a la preparación del MMN. En los casos de no consumo, encontramos que dos CCPP que le daban a sus niños más de un sobre al día (dos y tres sobres diarios), ya sea en papilla o en sopa, y la madre que le daba un solo sobre al día, se lo mezclaba en toda la comida y no en dos cucharadas. Las CCPPs que continúan dando el MMN a sus hijos lo preparan en porciones pequeñas, ya sea de 2 o 4 cucharadas, en preparaciones espesas como purés, papillas, arroz con guiso; y sus niños llegan a comerlo todo.

Encontramos otra diferencia entre los casos de consumo y los de no consumo, que se refiere al tipo de acompañamiento o retroalimentación con el que contaron frente a los eventos de rechazo o diarrea. En el caso de las CCPP cuyos niños consumen, todas resaltan que se les explicó bien en el EESS, pero las que son usuarias de SAF agregan que las facilitadoras les volvieron a explicar o a recalcar sobre la importancia del MMN, animándolas más a que lo hagan. Las CCPPs con casos de no consumo, cuando se comunica al personal de salud sobre los eventos de diarrea, al final el mismo personal de salud refuerza la idea que el MMN le ha “chocado” al niño y optan por cambiar hacia el SF o por interrumpir la suplementación frente a la negativa de la madre.

Uno de las condiciones básicas para explicar la continuidad o no en el consumo del MMN, viene a ser el tipo de acompañamiento que recibe la CCPP. Todas las CCPP tienen la posibilidad de acceder a la consejería del PS. Sin embargo, no todas reciben una retroalimentación efectiva a tal punto de resolver las dudas que se presentan frente a los momentos críticos en el consumo del MMN. Las madres están altamente, conscientes de la necesidad que el niño consuma el MMN, sin embargo, se ha levantado una barrera que ve difícil cruzar, con sus recursos actuales (no se halla orientación ni apoyo concreto en las principales referencias - el personal de salud -). El sentido unilateral de la comunicación se retrata claramente, cuando la CCPP plantea que el interés del personal de salud, sólo radica en el cumplimiento de la entrega del MMN,

“...tengo que darle a como dé lugar, pero sí, no lo he intentado, ahí tengo, pero no le he intentado dar (...). No me explican, más que todo, cómo le podría dar pues, ellos se cierran en “inténtale, inténtale”, pero no dicen, “cámbialeo dale en otra o en tal, en tal comida no encuentran el sabor (...) ellas piensan que su trabajo es darnos y ya, y tenemos que hacer lo posible, pero nosotros, ¿dónde sacamos la información para darle?” (P2Cuidador Principal Usuariá SCD2)

Del mismo modo, encontramos, entre los casos de no consumo, que la opinión de los familiares cercanos es más bien contraria a que le den el MMN, o viene a ser más fuerte la evidencia de que el MMN le ocasionó malestar estomacal a su menor hijo. Los casos de las CCPPs que vienen dando el MMN, muestran que sus familiares más bien las apoyan animándolas o haciéndolas recordar que le den el suplemento a su niño.

(5) Región Ucayali

En Ucayali se encontró casos de CCPP que no reciben MMN porque no llevan a sus niños al CRED porque no pueden ser atendidos ni menos asegurados en el SIS, debido a que aún no cuentan con su DNI respectivo. Además, se presenta de manera más evidente las barreras para el acceso al EESS, de orden básicamente económico. El ir al CRED implica gastos e inversión de tiempo, que no necesariamente se tienen o se está dispuesto a gastar en una visita prolongada y no agradable al EESS,

“¿Y qué le parece a usted llevar al niño al control de crecimiento y desarrollo? A veces yo quiero ir, pero a veces no me voy. Porque a veces no tenemos plata para ir a la posta ¿Para qué necesita la plata para ir a la posta por ejemplo? Para comer, para comprar frutitas, su pampers, todo. ¿Cómo

cuanto rato tienen que esperar cuando están ahí? A las ocho de la mañana creo que le abre la posta, por eso seis de la mañana me voy, le espero ahí paradita. Sin desayuno a veces me voy a la posta así. ... a veces esperamos hasta la 1, así. ... A veces cuando enferman me voy. Pero cuando no enferman no me voy. **¿Y hace cuánto fue la última vez que se enfermó, el de 10 mesecitos que lo ha llevado?** Por primera vez cuando tenía nueve meses. **Ahí a los nueve meses se enfermó y usted lo ha llevado al control.** No, no lo he llevado al control. **Ah, todavía no lo ha llevado al control al de los 10 meses.** No lo he llevado al control porque todavía no tiene su DNI. Cuando llega sí voy a llevarlo.....**¿Y por qué usted cree que algunas mamás no llevan a sus hijitos al control?** A veces algunas no tienen su DNI. **¿Les falta de DNI?** Ajá, y a veces no tienen seguro. Así no lo llevan algunos. **(U1 Cuidadora Principal No Usuaria SCD1.2)**

D) La explicación del consumo y no consumo del MMN a nivel del CCD.

Este tema lo hemos trabajado a partir de la revisión de las observaciones hechas a algunos CCD en las tres regiones estudiadas, así como, desde la reflexión de las madres cuidadoras de CCD, del AT, y la de las mismas CCPP entrevistadas.

(1) EL MOMENTO DE CONSUMO DEL MMN EN LOS CCD

Un primer elemento a resaltar viene a ser que en todos los CCD visitados se observó prácticas adecuadas para la preparación de la mezcla del MMN con la comida, en los recipientes de cada niño. Es decir, se aplicaron todos los criterios involucrados, tales como el utilizar preparaciones espesas, el separar dos cucharadas de dicha comida para mezclar todo el sobre del MMN, el mezclar en temperatura tibia, el dar de comer primero esas dos cucharadas, y después el resto de la comida.

“La MC dice, “vamos a darle sus Chispitas”, refiriéndose a Alonso. Los sobrecitos de MMN (enrollados en forma de tiras) que corresponden a cada niño en suplementación, se encuentran dentro de un envase de plástico con tapa, el cual se ubica en el estante cercano al área de lavado de manos. Se separa en el mismo envase, una porción de comida (aproximadamente, cuchara y media) abre el sobrecito de MMN con una tijera y coloca en dicha porción, la totalidad del contenido; el cual se combina, revolviendo varias veces la comida, hasta diluir el polvo. Si bien la comida llega caliente, ésta se encontraría ya tibia, al momento de la preparación del MMN, habida cuenta del tiempo transcurrido entre la entrega de los maletines térmicos (conteniendo los envases plásticos con la comida para cada niño) la disposición de los envases en el centro de la mesa y su posterior entrega a cada niño (lo cual se realiza, diciendo en voz alta el nombre del niño o de la niña) y el breve agradecimiento y plegaria que la MC realiza.”(HObservación en CCD1)

El momento del almuerzo viene a ser el momento exclusivo para ofrecer el MMN durante toda la jornada. Y según la reflexión tanto de las MCCCCD, como de los AT y de los Especialistas de Salud de las UT-PNCM, así es como se les ha explicado que se haga, desde el personal de salud. No se plantea la posibilidad de dar el MMN en la entrecomida de la tarde, en el caso que algún niño muestre rechazo para comerlo con el segundo o comida salada. El dar en el almuerzo se toma como una consigna a cumplir a como dé lugar.

Diversos elementos se presentan como interesantes durante la observación del momento de comer el almuerzo en los CCD. Sólo en uno de ellos, en Huancavelica, se olvidaron de poner las chispitas hasta cuando ya se había iniciado el consumo del almuerzo. La madre guía presente recordó y de inmediato se procedió a mezclar cada sobre en el plato de los niños y niñas.

En todas las demás observaciones, la MCCCCD encargada, o las encargadas, luego de lavarse las manos, recogía los sobres de MMN y ubicándose en la mesa respectiva, junto a los tapers de comida, procedía a mezclar el MMN. Esto se hace, en la gran mayoría de los casos, procediendo a preparar la mezcla uno por uno. Y se hace, generalmente de espaldas a los niños, para que no vean que se está poniendo el MMN. Se mezcla, se le da al niño la primera cucharada, y si ya puede comer solo, se le deja para que termine por su cuenta. Se sigue con el próximo niño, de la misma manera. Se necesita de todas maneras lograr una estandarización en la forma de preparar el MMN, a fin de conseguir algo más operativo y efectivo

“...también he visto que algunas madres cuidadoras a veces no es como lo debido, a veces colocan las chispitas en una cuchara o dos cucharas o no lo mezclan bien o diferente manera tienen las madres cuidadoras de que les dan y en eso se está trabajando de homogenizar de una manera adecuada, de tal manera que los niños puedan consumir.”(HEspecialista en Nutrición SCD)

El caso de los bebés menores de un año, es diferente. La MCCCCD los carga y se asegura de darles de comer directamente. Desde ese centro, la MCCCCD va monitoreando la ingesta de los otros niños, incentivando al consumo básicamente con estrategias verbales o de juego modelado (“mira como come él”), o eventualmente, ayudando a comer al o a los niños que están más cerca de ella.

“A diferencia de los otros niños que comen solos, Alonso – quién recibe el MMN - es el más pequeño del grupo y requiere ser alimentado. La MC sentada en la cabecera de la mesa, sienta en su regazo al bebé e inicia la alimentación, brindando una cuchara de la porción en que se combinó el MMN, lo hace mirando y sonriendo al bebé, le dice, “am, am”. Alonso recibe el bocado. La MC sigue dándole cucharadas de la porción combinada con el MMN, mientras lo hace, le dice a Alonso “toda la Chispa ¿ya? Mira, avión avión”; “va a salir un pericotito, ese pericotito quiere comer de toditos”, el bebé sonríe. El bebé termina todo el MMN, “ve, ya terminó su Chispa”, no ha demorado en hacerlo, más de cinco minutos. Luego se prosigue con el resto de la comida. (HObservación en CCD1)

Resulta así, que se observa una competencia por la atención de la MCCCCD, en el momento de la comida, donde es privilegiado el niño más pequeño. A esto se suma la propia actuación o carácter del niño, en tanto no todos son tranquilos, y presentan retos para la MCCC, a fin de lograr mantener su atención y lograr que coman,

“Y además hay unos niños que he notado que se van, corren, son muy traviosos, y a veces no se dedican a comer, entonces pasa un buen tiempo de lo que ya están, han echado la chispita y los niños se van, corren y cuando les quieren dar ya es otro sabor extraño, entonces ya es difícil que lo consuma. He notado todas esas cosas y para mí estaría bien siempre y cuando se pueda homogenizar la manera, pero a veces es un poco difícil porque cada niño es todo un mundo, (HEspecialista en nutrición SCD)

Por el lado de la cantidad de la mezcla con MMN consumida, se observó casos de consumo efectivo (tragaron toda la cantidad), así como casos de consumo incompleto y de no consumo. Por ejemplo, una niña que ya podía comer sola, se le separaron las dos cucharas, se le mezcló el MMN y se le puso el taper delante de ella. La niña procedió a comer del otro lado, es decir de donde no había MMN y la MCCCCD no se dio cuenta de ello. La niña comió buena parte de su almuerzo, se llenó y manifestó no querer seguir, retirándosele el taper con toda la parte de la mezcla con MMN sin haber sido consumida. O en otro CCD, llega el hermano mayor de un pequeño, la MC le entrega el taper ya con la porción de MMN separada y mezclada, para que le de de comer a su hermanito, pero no necesariamente el hermano mayor le dio de la parte mezclada.

“Le dice a Ani, “de un cantito se come, aquí está la salcita”, refiriéndose al MMN que se ha combinado; sin embargo, Ani no come necesariamente, la porción con el MMN. No se realiza un control permanente, si Anita come efectivamente, la porción en la cual se ha combinado el MMN. Anita hace un bolo en su boca y quiere botarlo, “no no”. Ani ha salpicado la comida alrededor de su envase, está devolviendo la comida que tiene en la boca, “no no, come todo, ¿ya no quieres comer? le vamos a poner ahicito, no hay fruta, para el que no come, no hay fruta para Anita”. La MC se incorpora para traer un trapito que está en la zona del lavadero, limpia la zona de la mesa, en donde Ani está sentada, “mira lo que has hecho, le has chapoteado todo”. La MC le da bocados de comida, que llenan la mitad de la cuchara y Ani come. (HObservación en CCD3)

En los casos donde el niño se puso a llorar y no querer comer, o donde no quiso comer, la MCCCCD no insiste más y le deja con el plato al frente y va a atender a otros niños. Mientras más niños que atender haya, más complicado es el proceso. Algo se alivia cuando no todos los niños comen a la vez.

En el caso de niños que no comieron en el almuerzo, a pesar de que la MCCCCD le ofreciera y animara, se observó que para la entrecomida de la tarde, el menor mostró mucho apetito, y se comió toda su ración bastante rápido, pero no se le puso allí el MMN.

Mientras mayor es el número de niños que van a almorzar, por cada MCCCCD, mayor es la complicación para manejar y motivar a comer a los niños y niñas. Esto se complica aún más cuando se tiene que dar el MMN. Sin embargo, para las MCCCCD esto no se ve como un trabajo adicional, o una carga más en el trabajo. Les parece, algo sencillo y muy importante para los niños.

Se observó también que las MCCCCD, en su mayoría, mostraban desde su práctica una incorporación avanzada de estrategias de alimentación responsiva, como el mirar a los ojos a los niños y niñas

mientras les dan de comer o les animan a comer; el hablar con ellos y no sólo dar comandos; el recurrir al juego para conseguir la atención y focalizarse en el bocado, hacer simulaciones (*“Mira, mira cómo como... rico uhmmm”*), cantar diversas canciones, felicitando por que están comiendo.

Hay observaciones donde más de una MCCCCD se ocupa de dar de comer a los niños o niñas, en la misma mesa, o de animarles a comer. Puede ser que haya llegado la madre guía y apoye. O puede ser que la MCCCCD que ya se desocupó, apoye a su compañera. O también, que llega alguna CCPP quien se ocupa de darle de comer a su propio hijo. En esos casos, se logra más efectividad en cuanto al consumo del MMN y de la comida en general.

Cabe mencionar que en la mayor parte de las observaciones los niños no llegan a comer más allá de un cuarto o la mitad de la ración. Algunos niños llegaron a comer más cuando vino su respectiva madre y les dio de comer.

(2) LA PERCEPCIÓN DEL SERVICIO BRINDADO EN EL CCD

Las entrevistadas no usuarias saben que hay Madres que cuidan de los niños, durante algunas horas, además de brindarles alimentos. Sin embargo, tienen referencias críticas del servicio, compartidas por otras cuidadoras principales. Estos comentarios, cuestionan, precisamente, el cuidado en la alimentación de los niños; se indica que las personas a cargo, no siempre se afanan en lograr que el niño coma. La principal barrera se conforma alrededor de la calidad de la atención y el trato que recibiría el niño o la niña.

También hay madres usuarias pero que brindan el MMN directamente, en casa y no en el CCD; su preocupación central comprende la falta de confianza, en que el niño será atendido de tal manera, que se garantice el consumo a cabalidad de sus alimentos. En el esquema de atención del CCD, no hay espacio para una atención según las características personales del niño y su comportamiento al comer.

Dar el MMN en el CCD, constituiría una **estrategia** que se adiciona al posible repertorio de alternativas de la cuidadora principal, sin embargo, esta posibilidad colisiona con la contradicción que se encuentra entre la comida que se prepara en el CCD y con aquella a la que está acostumbrado el bebé, es decir, con la que ha aprendido a comer. Esta posibilidad de consumo, requiere para la madre, principalmente, un proceso de adaptación del niño, al tipo de comida que se sirve en el CCD; sin embargo, si la consigna de dar a todos los niños en el almuerzo, pudiera hacerse flexible en los casos de mayor dificultad, podría ensayarse el consumo en la mazamorra de media tarde u en otra opción. Lo importante es que la cuidadora principal al igual que la Madre Cuidadora, conozcan las preferencias del niño y se garantice el consumo. No sólo se requiere un proceso de adaptación a nuevas preparaciones, se enfrenta igualmente, el reto para las Madres Cuidadoras de lograr que el niño o la niña, acepte el MMN.

El problema que encuentran, algunas de estas CCPP, es que su niño, aún no se adapta a la comida del CCD. *Cómo dar de comer*, juega también un rol central en la alimentación. La *atención* que demanda alimentar al niño es fundamental para algunas madres, por ello, prefiere brindar el MMN directamente, es decir, sin la mediación de las Madres Cuidadoras en el CCD. Dado que los niños no siempre permanecen quietos en la mesa, necesitan asegurarse que se comerán las dos cucharadas con el MMN. Sin embargo, se reconoce que en el CCD, las Madres Cuidadoras brindan el MMN a los niños.

Las representaciones sobre el *cuidado*, resultan centrales y definen la confianza respecto al CCD. El cuidado debería prodigarse con el mismo celo y atención, a todos los niños por igual. Esto se contradice para algunas CCPP, pues ha tenido referencia de niños que han enfermado, asistiendo al Programa, *“mejor los cuido yo, porque la vez pasada, llegaron niñitos que se enfermaron ahí...”*.

Asimismo, el *cuidado* que requieren todos los niños, puede quedar en entredicho si las Madres Cuidadoras, tienen a sus hijos en el mismo CCD; para esta madre, la Madre Cuidadora se va a concentrar en el cuidado de su propio hijo, descuidando a los otros niños, *“hay madres que están trabajando y sus niños están en Cuna Más (...) las mamás están con los hijos ahí y más cuidan a sus hijos y a los demás no los cuidan como debe ser”*

El *apego* recíproco entre madre e hijo, se convierte en otra barrera para que la madre opte por dejar a sus hijos en el CCD; en el cual los niños *“lloran, gritan demasiado”*, al separarse de sus madres, *“las mamás los van a dejar, pero los niños (...) ven que se van, se quedan llorando, además, mis hijas están apegadas a mí también”*. El hecho que el niño siga lactando, constituiría otra razón de no participación en el CCD. Sin embargo, un aspecto beneficioso del CCD, es brindar la posibilidad a las madres de contar con tiempo para realizar diversas actividades. Se reconoce también que el consumo de las Chispitas, puede facilitarse en el CCD.

Conocer estos posibles efectos, se torna esencial, si consideramos, algunas de las razones que manifiestan las cuidadoras principales, explicando el *no consumo del MMN*, en el CCD. Tal como la Madre Cuidadora relata, el estreñimiento que presentan los niños, asociado al consumo del MMN, lleva a las cuidadoras principales, a desistir del consumo. Encontramos de esta manera, una suerte de conflicto entre la cuidadora principal y la Madre Cuidadora, respecto a la importancia del consumo del MMN. La Madre Cuidadora administrará el MMN – siempre que la cuidadora principal no lo advierta – lo cual establece un dilema de carácter ético,

“Hay madres de familia que sí llevan a la Cuna las Chispitas, pero no quieren que le den a su hija, por el motivo que se estreñe (...) nosotros le tratamos de decir que no, que eso sólo es en el transcurso de unos días, mientras que su organismo se adapte, a lo que está recibiendo, pasando ese tiempo, ya se normalizan (...) pero a veces, ellas no, desisten que nosotras le demos esa vitamina (...). Pero a veces, cuando no llega la mamá a darles de comer, nosotras sí les damos, pero cuando llega la mamá a darle de comer a ella, no le gusta darle” (P2 Cuidadora Principal Usuaría SCD1)

En las representaciones de las CCPP usuarias de CCD, el asistir a este servicio es valorado, a partir de la apreciación de *cambios positivos en sus* niños. Acceder a mejores condiciones de alimentación, por ejemplo, hace que el niño sea *“más despierto”*. La alimentación se vincularía fuertemente, con el desarrollo cognitivo y físico del niño o la niña.

Sin embargo, para otras CCPP, usuarias y no usuarias, varios son los beneficios que pueden identificarse por asistir el niño a un CCD. En primer lugar, ofrece la oportunidad de trabajar y dedicarse a diversas actividades a las madres, sabiendo que sus hijos serán cuidados. Otro aspecto que se reconoce fundamental, lo constituye, la alimentación que se brinda a los niños. Asimismo, se valora el desarrollo de habilidades sociales, mejorando el tránsito al contexto escolar. Sin embargo, el acostumbrarse a la nueva rutina de alimentación también es un reto.

“...es una barrera en los niños que recién están iniciando y les dan las chispitas, algunos no están acostumbrados a ese sabor, aunque no tuviera ese sabor medio extraño, es como un agente extraño. Los niños para que puedan asimilarlo, los que por primera vez están consumiendo, se hace un poco de barrera y a veces he percibido que a veces no lo consumen toda la cantidad que deberían consumir de su ración por el tema de que le dan ... entonces a veces tienen otros hábitos, nosotros para hacerle asimilar que consuma eso hemos tenido un poco de lucha en algunos.” (PEspecialista en Nutrición SCD)

Las CCPP identifican cambios beneficiosos de corto plazo en sus niños por asistir al CCD. Al desarrollo en el niño y la niña, de un *mejor desenvolvimiento social*; se añadiría la *alimentación* que se les brinda. Como podemos observar, se produce una alineación importante de intereses de cuidado y desarrollo del niño que la madre valora y que el CCD proveería; tal alineación se condensa, en los *cambios* que las madres aprecian en los niños, quiénes estarían *“gorditos”* y *“más despiertos”*. El *desarrollo social del niño*, constituye otra de las razones centrales que llevan a varias CCPP entrevistadas a participar en el CCD. Identifican que les provee un marco de aprendizaje vital para la madre, pues desean que su hijo pueda desempeñarse socialmente; y es mejor a que permanezca en casa todo el día.

El consumo pasa también por el *seguimiento* que realiza la madre, de la alimentación de su niña en el CCD. Lo interesante es que *no se delega* simplemente, la responsabilidad de *dar el MMN*. El personal de salud en este caso, promueve una línea de responsabilidad permanente, respecto al consumo, al pedirle a la CCPP que esté preguntando siempre por cómo le están dando a su niño el MMN.

2. Síntesis de los hallazgos de las tres regiones

La explicación del consumo y no consumo del MMN es diversa y compleja. Desde la perspectiva del personal de salud o del personal que labora en las UT-PNCM se identifican varias razones a nivel institucional que han colaborado para acentuar la desconfianza hacia el consumo del MMN. Estas aluden a los cambios en la normativa sanitaria, a los problemas que ocasionó el retiro obligatorio del MMN debido a la contaminación de un lote, además del hecho que no se consigue hacer llegar muy bien el mensaje a las cuidadoras principales, pero también, a que no necesariamente existen relaciones de confianza entre éstas y el personal de salud. Es común incluso, que el mismo personal de salud, no ha llegado siquiera a probar el MMN, por lo que no estarían propiamente, convencidos.

La preparación inadecuada del MMN en el hogar estaría explicando los casos de no aceptación por parte del niño, y esta preparación inadecuada tiene que ver con el tipo de información dada y como es entregada. Actualmente no existe un problema de distribución del producto, pero sí uno de comunicación inefectiva entre el proveedor y el usuario. A esto se suma el hecho, de la dificultad para realizar un seguimiento oportuno, y a que no se cuenta con indicadores o evidencias de consumo observado, sino sólo de referencias reportadas por la cuidadora principal. Sin embargo, también se manifiesta que todavía existe un reto para llegar hasta las zonas más alejadas para poder dar una consejería adecuada, a lo que se suma el bajo nivel educativo de la cuidadora principal, el carácter difícil de ciertos niños que en general no quieren comer, así como, el que no se maneja el idioma nativo. Adicionalmente, se recurre muy poco a que las cuidadoras principales prueben ellas mismas la mezcla de comida con el MMN. Esto ayudaría sobremanera a evitar que atribuyan cambios de sabor en la comida. Por el lado de las cuidadoras principales, usuarias o no usuarias, cabe mencionar, en primer lugar, que en la gran mayoría de los casos trabajados, han intentado por lo menos una vez dar el MMN a sus menores hijos. Es decir, incluso en aquellas cuidadoras principales que actualmente no vienen recibiendo el MMN, existe una historia previa que contar sobre el proceso o experiencia con el MMN y su menor hijo. A partir de esa situación inicial, se suceden una serie de procesos, que derivan en diferentes resultantes, siendo lo más común el que se instale un consumo irregular, habiendo muy pocos casos donde el consumo se da de manera ininterrumpida.

La existencia de eventos no deseados, como problemas de diarrea o de no aceptación por parte del niño, conducen a situaciones de interrupción del consumo del MMN. A esto colabora el hecho que mayormente no se explica a las cuidadoras principales acerca de la ocurrencia posible de dichos eventos. En los casos donde se ha recibido consejería oportuna, o donde se recurre a buscarla, se consigue seguir apostando por darle el MMN. Esta consejería puede venir tanto del PS como de los colaboradores voluntarios del SCD o del SAF, que animan a que se administre el MMN.

Del mismo modo, apreciamos diferencias entre las CCPP en cuanto a las estrategias para animar a su niño a comer el MMN, tanto para el momento mismo de comer, como para la preparación del MMN. Esto también estaría repercutiendo en una continuidad o no del consumo del MMN. Es decir, todo el reto de conseguir que el niño coma, se agrava cuando se adiciona la tarea de dar el MMN.

Las razones más comunes para explicar la interrupción del MMN desde las cuidadoras principales, se relacionan ocurrencia de enfermedades como diarrea; o por estancias fuera de la casa, viajes a otras partes; olvidos de la madre por encontrarse apurada por el trabajo, entre otros. Esto repercute a nivel de la regularidad, o de la cantidad ofrecida. La presencia de diarrea, o el hecho que el niño ya no quiere comer más, conduce a que algunas cuidadoras principales opten por interrumpir de inmediato el MMN. Mientras que otras, esperan, intentan nuevamente y si comprueban que al darle de nuevo el MMN, provoca el mismo evento no deseado, concluyen en la no conveniencia de seguir ofreciéndoselo a su menor hijo. Hay casos entonces, de rechazo inmediato, y otros de rechazo posterior. La mayor parte de las cuidadoras principales ubicadas para el estudio como que actualmente no reciben el MMN, se clasifican en este tipo de consumo.

A manera de conclusión, estos casos de cuidadoras principales no usuarias de SCD que si dan el MMN a su hijos, aunque no necesariamente de manera regular, nos permiten entender, lo crucial de contar con una consejería y retroalimentación cercana, abierta y fluida. La claridad, explicitación y detalle de contenidos sobre el producto y cómo prepararlo, ayuda sobre manera a las cuidadoras principales. Por otro lado, podemos apreciar que, a la vez, la cuidadora principal siempre está haciendo un balance entre, por un lado, lo que sabe del nuevo producto, lo que la anima y convence; y, por otro lado, lo que conoce del comportamiento, reacciones y modos de ser y de comer, en su

pequeño hijo. Se va adaptando y variando inclusive los nuevos conocimientos, respecto a lo que va consiguiendo o no. El poder percibir resultados a corto plazo en el desarrollo de su hijo, así como el no haber tenido mayores complicaciones o reacciones no deseadas como el tener diarrea, o el que no lo quiera comer, fortalecen también su persistencia y continuidad. El saber que se puede conseguir que el niño vaya adoptando poco a poco una nueva práctica o alimento, también ayuda a la continuidad. A la base de esto, está el propio carácter o modo de ser de la misma CCPP, así como, la carga de trabajo que venga manejando.

I. OPINIÓN Y VALORACIÓN, OPINIONES SOCIALES ATRIBUIDA AL MMN

LA OPINIÓN Y VALORACIÓN ATRIBUIDA AL MMN

La composición de esta dimensión distingue dos áreas generales de exploración; en primera instancia, presentamos la **opinión y valoración** que el conjunto de actores sociales, atribuyen al MMN - Cuidadoras Principales; Acompañantes Técnicos y Comunitarios; Colaboradores Voluntarios; Personal de Salud y ACS – además de los actores regionales del PNCM y del Sector Salud; tratando de establecer las nociones más características, asociadas a la importancia y al valor que se asigna al MMN. En segunda instancia, abordamos las **opiniones sociales que circulan respecto al MMN**, en el entorno en que se desenvuelve el conjunto de actores estudiados y que éstos recogen y comunican; con el fin de identificar las representaciones más características y establecer más ampliamente, el contexto social en que se plantea el proceso de suplementación (este tema será atendido de manera extensa y amplia más adelante).

A continuación se exponen las principales representaciones que las cuidadoras principales, articulan alrededor de la valoración que confieren al MMN; aquilatando las similitudes y diferencias entre usuarias y no usuarias, allí donde las hubiera⁴. Asimismo, se recorre el conjunto de los otros actores sociales vinculados con el sector salud y el PNCM, identificando igualmente, las diferentes ideas fuerza, destacadas por los actores y que nos permiten situar la importancia que se atribuye al MMN. Las principales fuentes de referencia para la construcción de la presente dimensión, se basan en las entrevistas en profundidad y Grupos Focales, realizados a los actores mencionados.

Esta dimensión se enlaza con otras dimensiones fundamentales como el “Consumo y aceptabilidad del MMN”, pues la valoración que los actores atribuyen al MMN, juega un rol fundamental de motivación y compromiso con la práctica de consumo; asimismo, con aquellas relacionadas con labores de orientación e información como “Acompañamiento del proceso de suplementación” y “Consejería Nutricional”, pues permiten conocer las principales representaciones que dan fuerza al consumo del MMN, con el fin de reforzarlas y crear estrategias comunicacionales con mensajes claves, que se nutran directamente, de la voz de los actores, entre otras acciones de promoción.

1. Análisis Regional

A) Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno

(1) Sub-dimensión: La valoración e importancia que se atribuye al MMN

(a) Región Huancavelica

(i) Cuidadoras principales Usuarias y No Usuarias

➤ OFRECE UNA PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA CONTRA LA ANEMIA

El MMN se asociaría claramente, con la *prevención de la anemia* y por tanto, con un mejor estado de salud de los niños,

⁴ La distinción entre cuidadoras principales usuarias y no usuarias, siguiendo su posición respecto a la importancia y valoración que confieren al MMN, no muestra mayor fuerza, por el contrario, se advierte gran coherencia en sus representaciones. Tanto usuarias como no usuarias, se encuentran no sólo expuestas al PNCM, sino también a la consejería que se recibe por el personal de salud; para muchas de ellas, el camino o aproximación inicial al MMN, se abre a través del personal de salud y sobre este rastro, **se refuerza** la intervención del Programa. Si nos remitimos a las nociones que las cuidadoras principales comunican, sobre la importancia del MMN, a partir de la *consejería* que se les brinda (Ver dimensión “La consejería nutricional en torno al MMN”) encontraremos gran consonancia en el discurso sobre los beneficios de la suplementación, que ambas referencias de estudio - PNCM y Salud – difunden y promueven. La diferencia crítica entre usuarias y no usuarias, debe examinarse sobre todo, a nivel del **consumo efectivo del MMN**, campo en donde la intervención del Programa, resulta gravitante y en donde se torna vital, la comprensión de aquellos casos de *no consumo entre usuarias*.

“¿Por qué quisiera que sí le den las Chispitas? Para que sea mejor mi hijo (...) con Chispitas le da ánimos, que le agarraría difícil sus anemias (sic)” (H2 cuidadora principal usuaria SCD1)

“Por su anemia más que nada, señorita (...) más que nada por su salud, para que no les de esa enfermedad de la anemia” (H1 cuidadora principal usuaria SCD3)

“Más que nada, previene de la anemia (...) por eso le he dado, porque estaba un poco bajo de hemoglobina” (H1 cuidadora principal usuaria SCD2)

El consumo del MMN, se hallaría fuertemente, vinculado con la información del estado de salud del niño, que se brinda a las cuidadoras principales en los EESS; conocer que se encuentra con anemia, impulsaría aún más, la práctica. En esta línea, experiencias previas, tratando la anemia de sus niños con el MMN, se convierte en otro elemento, reforzando su consumo; pues las CCPP dan testimonio directo de su eficacia,

“Es importante, porque es un complemento para su alimentación y aparte de eso, es un hierro, porque mi hijo también, cuando estaba más pequeño, estaba con desnutrición, o sea, tenía anemia, estaba un poco bajo, de ahí se ha superado mi hijo, de eso, le han vuelto a sacar la hemoglobina y estaba bien, ya mi hijo” (H1 cuidadora principal usuaria SCD2)

“¿Y qué le anima a seguir dándole la Chispita a su hijito? Por su anemia señorita (...). Tenía anemia cuando estaba chiquito, seis meses le he hecho sacar y tenía...entonces, por eso, es que yo estoy siguiendo dando diario y no dejo de darle” (H1 cuidadora principal usuaria SCD3)

Deseamos reparar que no se trata sólo de la eficacia del MMN, como tal (en el tratamiento de la anemia) sino también en el *sentido de eficacia* que experimenta la propia cuidadora principal, respecto a su práctica, al lograr recuperar a su niño,

“¿Cómo ve a un niño que come bien sus Chispita? Bien, sano (...) ahora que ha cumplido dos años, le he hecho sacar su análisis de sangre y me dijo “no tiene anemia”, tiene 13, entonces, yo también me alegro...está sano, está bien, por eso, yo le sigo dando” (H1 cuidadora principal usuaria SCD3)

De la misma manera, entre las cuidadoras principales no usuarias, la prevención de la anemia, se convierte en una motivación importante de consumo,

“En Chispita, hay mucho hierro dicen, y por eso, quiero para mi hijo (...). Ah, usted sabe, para qué sirven las Chispitas. Sí, para que no agarre tanto enfermo, para que no esté tanta anemia, todo” (H2 cuidadora principal no usuaria SCD1)

➤ POTENCIA EL DESARROLLO COGNITIVO DE LOS NIÑOS, HACIÉNDOLOS “MÁS INTELIGENTES”

El MMN y su relación con la constitución de niños cada vez *más inteligentes*, compone uno de sus aportes más estimados y movilizadores (ya se conoce la alta valoración que alcanza para los padres y las madres, el futuro desempeño escolar de sus hijos, dando horizonte a ideas de progreso y superación social; la noción del impacto a largo plazo de los beneficios del MMN, toma aquí gran vitalidad),

“¿Y sabe para qué sirven las Chispitas? Para sus neuronitas, para su cerebro (...) para que crezca, para que sus neuronitas que se aumente” (H2 cuidadora principal usuaria SCD4.1)

“¿Cómo ve usted a los niños que no comen Chispitas? (...) parece desnutrido, así son pues (...). ¿Y los que sí comen Chispita? Sí, más inteligentes” (H2 cuidadora principal usuaria SCD4.2)

Así, esta cuidadora principal brinda el MMN, pues desea que su niño sea cada vez más inteligente y pueda así, *captar* y desarrollar diversos conocimientos y habilidades,

“... pa’ que sean más inteligentes señorita, para que su mentecito (sic) (...). Para que piensen más y para que...captan más sus dibujos, sus animales, las letras, las vocales” (H1 cuidadora principal usuaria SCD3)

Esta cuidadora principal no usuaria, establece igualmente, un fuerte vínculo entre el consumo y el desarrollo cognitivo de su hijita, pues la evalúa atenta y activa; hábil aprendiendo lo que observa;

desplegando avidez y curiosidad por nuevos aprendizajes; en tanto los niños que *no consumen*, mostrarían gran apatía,

“¿Y qué le anima a seguir dando las Chispitas? Me anima, porque uno, mi hijita va a aprender rápido las cosas, o sea, ve algo y rápido capta...aparte de eso, se da cuenta en todo y a veces, yo digo, “¿por qué otros niños no son así?” son más quedaditos...un poquito que no son...que cuando ven algo y se le enseña, no aprenden rápido, miran nomás y no hacen nada. Por ejemplo, en mi hija, ve música o sus hermanos hacen sus tareas y ella también quiere hacer, o sea, se mete en todo (...) en todo quiere estar, y todo lo que hace, se da cuenta y ya sabe qué está haciendo, lo que está contando, todo ya” (H1 cuidadora principal no usuaria SCD3)

➤ APORTA EN EL BUEN CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

Su efecto más evidente e inmediato y que resaltan tanto usuarias como no usuarias, se establece alrededor de los indicadores de peso y talla, referentes centrales de la evolución del estado de salud de los niños y de las niñas,

“...le ayuda en el crecimiento y el peso” (H1 cuidadora principal usuaria SCD2)

“... si yo fuera una mamita, tengo ahorita mi bebito que ha cumplido seis mesecitos, ¿Qué me aconsejaría usted (...)? (...) “Dale”, le puedo decir, más consejos pues, “para que esté bien” ¿en qué estaría bien mi bebito? Su talla completo y su peso también, para que suban” (H2 cuidadora principal usuaria SCD4.2)

Esta cuidadora principal, detalla que observa diferencias entre sus hijos, según el consumo del MMN; aquel que consume – el más pequeño – estaría ya alcanzando en cuanto a talla, a su hermano mayor, quién no lo consumiría,

“Y a diferencia de su bebito, que sí come Chispitas, ¿Cómo ve al que no come...? Le está alcanzado ya ¿no? (...) el menorcito, ya va a igualar ya” (H2 cuidadora principal usuaria SCD4.1)

En lo que respecta a las cuidadoras principales no usuarias; el aporte de los MMN, en su buen crecimiento y desarrollo, muestra también su importancia,

“...son vitaminas, yo creo que sí son buenas, porque va a ayudar a nuestros hijos, en su desarrollo (...) en su crecimiento y para mí, creo que está bien, que les den a los niños, porque como ellos dicen, están en crecimiento y ellos van a desarrollar” (H1 cuidadora principal no usuaria SCD3)

“...¿cómo es un niño que come Chispitas? (...) más desarrolladito en su cuerpecito. “Desarrolladito” ¿Como qué? Son gorditos, no están flacos, nada pues” (H2 cuidadora principal no usuaria SCD1)

➤ APORTA EN EL DESARROLLO EMOCIONAL Y SOCIAL DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS: EL MMN DANDO “CHISPA” Y VITALIDAD

Una cualidad que las cuidadoras principales, atribuyen al consumo del MMN, corresponde al aporte en el desarrollo emocional de los niños y las niñas; pues aquellos que lo consumen, se caracterizarían por ser *alegres y activos*,

“¿Qué más ve en un niño que sí come Chispita? (...). Alegre crece pues” (H2 cuidadora principal usuaria SCD4.1)

“¿Por qué quisiera que sí le den las Chispitas? Para que sea mejor mi hijo. Eso es lo que me han dicho, con Chispitas le da ánimos” (H2 cuidadora principal usuaria SCD1)

Asimismo, esta cuidadora principal no usuaria, no sólo descubre una mayor vitalidad, sino también una actitud más resuelta y sociable en el niño que consume los MMN, al remarcar que se mostraría menos temeroso,

“Ese niño es bien alegre, ya no tiene miedo...” (H2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

➤ **BRINDAN UN ESCUDO DE PROTECCIÓN CONTRA LAS ENFERMEDADES**

La protección contra las enfermedades – noción compartida entre usuarias y no usuarias - compone otra de las contribuciones capitales del MMN, constituyendo niños y niñas cada vez más fuertes y sanos,

“¿Qué le motiva para seguir dando Chispita? Para que esté sanito pues” (H2 cuidadora principal usuaria SCD4.1)

“Mi hijito no se enferma tanto, está sanito, más por eso, le doy” (H2 cuidadora principal no usuaria SCD3)

“Un niño que no come Chispita, ¿Cómo lo ve? El niño siempre para enfermo, siempre le están llevando a la Posta, todo les agarra a los niños, a los que no le han dado Chispitas, siempre pasa eso” (H2 cuidadora principal no usuaria SCD1)

La importancia que se atribuye al MMN, puede también leerse, a partir de las recomendaciones que la entrevistada – cuidadora principal no usuaria - realiza a las madres, cuyos bebés inician el consumo del MMN, reforzando la idea de protección que provee el MMN,

“En base a su experiencia, que tiene con su niño de las Chispitas ¿qué le recomendaría usted, a una madre que tiene un niño de seis meses y está comenzando a darle sus Chispitas? “Tienes que darle sus Chispitas a tu hijo, para que no se enferme, para que esté sano, así” (H2 cuidadora principal no usuaria SCD3)

➤ **AUMENTAN EL APETITO**

Dado que la *anemia* se vincularía principalmente, con evidencias de *bajo peso* y con la *ausencia de apetito*, se valora en los MMN, su cualidad de activar el mayor consumo entre los niños y las niñas. El MMN se considera así, una llave que abre el apetito, efecto reconocido entre usuarias y no usuarias,

“Le ayuda bastante (...). Le da más apetito de comer. Yo lo veo así en mi niño (...) como ellos tienen más apetito de comer, suben de peso” (H1 cuidadora principal usuaria SCD2)

“¿Para qué sirve, no? (...) Para que le den más alimento, pues señorita. Con su Chispita, más come, más bastante ya” (H2 cuidadora principal no usuaria SCD4.2)

La situación contraria, se manifiesta en aquellos casos de no consumo, en los cuáles se observa, la falta de apetito de los niños y el predominio de la lactancia (notemos cómo esta cuidadora principal destaca las dificultades que rodean el inicio de la Alimentación Complementaria, pero vital para complementar la lactancia materna, dados los mayores requerimientos nutricionales de los niños y las niñas),

“¿...si compara al hijo de su vecina, que no usa Chispitas? Bueno, hay otros niños, que no tienen apetito de comer, nada, solamente, están en la tetita nomás, no quieren comer, no quieren consumir (...) está mal que no consuman nada y lactan nomás, porque la leche exclusiva es seis meses, porque de ahí para arriba, sólo es un complemento (...) tiene que comer bien el niño” (H1 cuidadora principal usuaria SCD2)

➤ **NO SE PRECISAN LAS VENTAJAS DEL CONSUMO DE LOS MMN**

Hemos hallado casos en los cuales las cuidadoras principales, no precisan o identifican los beneficios de los MMN; nos referimos a cuidadoras principales tanto usuarias como no usuarias, que no estarían recibiendo los MMN,

“¿Qué opina sobre esos sobrecitos? No sé, ¿será bueno?” (H1 cuidadora principal usuaria SCD1)

“¿Usted cree que les hace bien a los niños? No sé señor, cómo será” (H1 cuidadora principal no usuaria SCD1)

La cuidadora principal no usuaria, habría ofrecido a su hijita mayor el MMN (no conocemos sin embargo, el régimen de consumo, es decir, si se hizo con regularidad y de manera adecuada) no

logrando distinguir efectos significativos, incluso, detalla que suele enfermarse continuamente, cuestionando en última instancia, su eficacia,

“La mayorcita comió e igualito nomás, igualito gripe, cada rato agarra (...) no hace nada esa Chispita” (H1 cuidadora principal no usuaria SCD1)

(ii) Los otros actores sociales: PNCM y Salud

➤ EL APOORTE CAPITAL EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA

La **prevención contra la anemia**, representaría uno de los aportes centrales, del consumo del MMN, tal como el personal técnico PNCM, va a colocar en primera línea,

“Es para prevenir la anemia pues ¿no?, como son micronutrientes, tiene Ácido Fólico, tiene hierro, entonces, una manera de prevenir la anemia en los niños, ¿no?, por eso” (H1 Acompañante Técnica SCD)

“...el primer punto es para prevenir lo que es la anemia” (H-Especialista en Salud SCD)

De manera consistente, el combate contra la anemia, conformaría un núcleo central en las representaciones de la mayoría de colaboradores voluntarios, Madres Cuidadoras y miembros del Comité de Gestión y del Consejo de Vigilancia,

“...es bueno darles las Chispitas a los niños, porque así prevenimos la anemia y también les ayuda a crecer sanos” (H1 Madre Cuidadora SCD2.1)

“... protege pa' que no tenga anemia, señorita. O cuando tienen anemia, ese “Chispita” cuando le hace comer, por ejemplo, sale de anemia los niñitos” (H2 Comité de Gestión SCD)

“...las Chispitas es bueno, señorita, por ejemplo, pa la anemia... y por eso, debemos de darle de comer en su comidita, señorita (...) cuando no come (el MMN)...como te digo, flaquito, chiquito, señorita, y se enferma mucho” (H1 Consejo de Vigilancia SCD)

Será sobre todo, el personal de salud (responsable CRED y de Microrred) el que va a ubicar y destacar el consumo del MMN, como estrategia fundamental en el esfuerzo por *reducir los índices de anemia*, a nivel Regional,

“¿Por qué cree usted, que el consumo de las “Chispitas”, es importante para los niños de la Región? Bueno, para disminuir el índice de anemia...” (H1 Personal de Salud CRED SCD)

“Disminuir la desnutrición crónica y la prevalencia de anemia...” (H1 Personal de Salud Microrred)

“...ayuda a mejorar o a superar la anemia ¿no? y acá en Huancavelica, tenemos una anemia muy marcada y por ende, esto lleva a una desnutrición al niño (...) limitan todo el desarrollo del niño, no solamente, es su crecimiento, sino toda la parte del desarrollo” (H-Coordinadora SCD)

➤ EL APOORTE DEL MMN EN EL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO Y DE LA NIÑA

Un eje significativo, revelando la importancia del MMN, se encuentra en su contribución en el *buen crecimiento y desarrollo* de los niños y de las niñas. Esta noción se halla fuertemente, extendida en el conjunto de actores, situados en diferentes niveles de responsabilidad, nos referimos a Especialistas del Programa, actores comunales y ACS,

“...es de gran ayuda para la salud de los niños, para recuperar el peso (...) la talla principalmente, por la desnutrición crónica” (H-Especialista en Gestión Comunal SCD)

“Es para que mejore su peso y talla pues señorita, y para que no esté desnutrido” (H2 Comité de Gestión SCD)

“...a veces, los de su edad (se refiere a los niños contemporáneos a su hijita) son más chiquititos pues, yo le daba, lo que me daban las enfermeras de la Posta, la Chispita, mi hijita ha tomado siempre, con eso es lo que está más su cuerpo desarrollando (...) para que estén con peso completo, talla completa...” (H1 Comité de Gestión SCD)

“(el niño que no consume el MMN) A la vista, no sube su peso (...) su talla también ahí nomás, entonces, les decimos (a la CP) “seguro no estás alimentando tu wawa, seguro no estás dando su Chispita” (H2 ACS SCD1)

Las virtudes del MMN no sólo se definen alrededor de sus efectos en el *buen crecimiento y desarrollo* de los niños y las niñas, sino también en el **aspecto cognitivo**. A decir de esta Especialista entrevistada, así como de la Acompañante Técnica, el MMN aportaría de manera decidida en los objetivos del Programa, es decir, contribuiría en el desarrollo integral de los niños y con especial énfasis en dicho aspecto,

“¿Qué se podría lograr finalmente, con estas Chispitas en los niños? El objetivo del Programa ¿no? mejorar el desarrollo de los niños ¿no? desarrollo integral, que sean niños más hábiles, inteligentes y mejorar su desarrollo cognitivo...” (H-Especialista en Salud SCD)

“...para mí es muy importante, para que el niño de repente, reciba la alimentación completa, para que de repente, en cuanto a su aprendizaje, a su conocimiento, a su crecimiento, desarrolle bien el niño, de manera integral (...) porque un niño que está bien nutrido, también va a tener un aprendizaje bueno” (H2 Acompañante Técnica SCD)

En efecto, la acción del MMN en el desarrollo cognitivo de los niños, si bien es reconocida por la gran diversidad de actores entrevistados; serán particularmente, las Madres Cuidadoras, dado su rol educativo, las que identificarán con particular acento, las *habilidades de aprendizaje* que observan en los niños y las niñas,

“¿Usted ha notado cambios en los niños que han consumido Chispitas? Si, bien sabe, aprende rápido” (H2 Madre Cuidadora SCD1.2)

“¿Y qué opina usted sobre las chispitas señora K...? Pa’ lo niños bien, pa’ que crecen más sanos, más desarrolladitos. ¿Cómo desarrolladito? Más inteligentes en las clases, en los estudios también, en las cosas” (H1 Madre Cuidadora SCD1.1)

“...para que tenga más aprendizaje en su cabecita...” (H1 Comité de Gestión SCD)

De igual manera, para este Responsable de CRED, el horizonte de futuro del niño – auspicioso o poco favorable – se instala con fuerza, rodeando el consumo de los MMN; un buen inicio de esta práctica, permitirá dotar al niño, de una base fundamental para el buen desempeño escolar,

“...y más importante, porque el niño está en proceso de crecimiento y desarrollo, posteriormente va entrar al nido, al colegio, entonces, si es que no se ve desde un inicio, más adelante ese niño no va rendir ni nada por el estilo” (H2 Personal de Salud CRED SCD)

La relevancia de esta noción, se aprecia claramente, cuando esta responsable de CRED, plantea como estrategia de motivación, destacar como uno de los beneficios centrales del consumo del MMN - el *desarrollo del cerebro* -. Ubica de esta manera, la proyección de éxito escolar de los niños y las niñas – escenario tan valorado para los padres - siendo fundamental para ello, comprometerse con una práctica de consumo. El niño no sólo aprenderá mejor, sino también será *“más activo y despierto”*,

“...lo que yo más les enfatizo, es en la vitamina A, el Zinc, que son los más importantes, para el desarrollo del cerebro, entonces, eso es lo que ellos más captan, ¿no? Se les dice, “mira, este Zinc, ayuda a que tu cerebro más, el hierro, también ayuda al cerebro y si tu niño come esto, vas a hacer que su cerebritito, también empiece a desarrollar, crezca, no va a crecer solo en tamaño, sino se va a desarrollar, y si se desarrolla, tu niño va a aprender mejor, va a ir a la escuela, va a ser más activo, más despierto a que cuando no se desarrolla su cerebritito” (H1 Personal de Salud CRED SCD)

Otro plano de desarrollo y que propiciaría el consumo del MMN, alude al **emocional**. Una forma de apreciar el valor que se atribuye a los MMN, se constata en las diferencias o el contraste entre los niños que los consumen y los que no; aquellos se distinguirían por ser *activos y curiosos*; en contraposición a los niños que presentan mayor timidez, tal como esta colaboradora voluntaria expresa,

“(los niños que consumen el MMN) serían “más avivados (...) más despiertos (...) más hábil, cualquier cosa están preguntando”, los niños que no consumen, son callados” (H1 Comité de Gestión SCD)

El siguiente testimonio de una Madre Cuidadora, no sólo subraya que los niños y las niñas que consumen el MMN, se caracterizarían por ser *alegres y hábiles*; sino comunica igualmente, cómo se refuerza en los niños, la importancia del consumo del MMN,

“¿Cómo ven a un niño que si come sus Chispitas diario? Alegre señorita (...) el niño que toma a diario sus Chispitas, está alegre, bien contento, rápido con los juguetes. “Vas a crecer más grande” le digo, “ya estoy grande” me dicen, los niños son más chistosos, se suben a la mesa y dicen “ya estoy grande, porque he terminado mis Chispitas” (H1 Madre Cuidadora SCD1.1)

➤ EL AUMENTO DEL VALOR NUTRICIONAL DE LA ALIMENTACIÓN COTIDIANA DE LOS NIÑOS Y DE LAS NIÑAS

Notemos en la siguiente cita, el gran potencial que se le atribuye al MMN, pues asegurando su consumo, se tiene la certeza que se está *reforzando* de alguna manera, *la alimentación* del niño y la niña, y con ello, conjurando los problemas asociados a una alimentación deficiente (esto no significa según lo observado en el CCD y en la concepción de la Madre Cuidadora entrevistada, que resulta fundamental que el niño no sólo reciba la porción combinada con el MMN, sino la cantidad de comida que requiere; comunica sobre todo, la importancia que se le atribuye),

“Si es que no termina el niño la comida, nos ayudaría pe’ a que las Chispitas le ayuden, le refuercen. ¿Cómo así que le refuercen? Que si no terminan casi toda la comida, pero igual han comido las Chispitas, le ayuda pe’ a no bajar tanto de peso” (H1 Madre Cuidadora SCD1.2)

En la misma línea, diversos actores, identifican fundamental este beneficio; pues no siempre se puede acceder a alimentos variados y de alto valor nutricional, especialmente, los de origen animal, que permitan contar con una dieta balanceada y los nutrientes necesarios que el organismo demanda para conservarse en buen estado de salud,

“(para) combatir ciertas deficiencias de los niños, en temas nutricionales” (H-Especialista en Nutrición SCD)

“Aunque Chispita le da y aunque no le da otros alimentos, le está ayudando también (...) otras personas no tienen para obtener variedad de alimentos y cuando le hace comer Chispita, se supone le está ayudando a su hijito...” (H2 GF ACS SCD)

“...en casa, la familia común y corriente, no tiene todos los nutrientes necesarios, entonces, es esencial y básico para el niño” (H2 Funcionario Municipal)

“...la “Chispita”, tiene un complemento completo, como dice, el suplemento, ahí está señorita más balanceadito, pa’ que den su comida, señorita” (H1 Comité de Gestión SCD)

En efecto, el MMN se considera por su composición (en el cual se distingue de manera significativa, *“proteínas”, “sangrecita”, “higaditos”*; elementos considerados valiosos nutricionalmente, en las representaciones de los actores) un aliado eficaz en la alimentación de los niños y de las niñas,

“A mí me ha parecido bueno, señorita (...) para darle a los niños más alimentación (...) es bueno darle a los niños más proteína señorita” (H1 Madre Cuidadora SCD1.1)

“Ayuda a los niños en su alimentación, porque tiene bastante proteínas...” (H2 Consejo de Vigilancia SCD)

“Buena es la Chispita, buena es para que desarrollen (...) tiene hierro, todo tiene, contiene sangrecita, higaditos, esas cosas contiene, esa Chispita dice, por eso es igual. No hacemos comer diario higadito, diario sangrecita (...) Chispita nomás podemos hacer comer” (H2 Madre Cuidadora SCD1.2)

➤ LOS EFECTOS EN UN MEJOR APETITO

La importancia que se asigna a los MMN, puede apreciarse igualmente, en los efectos positivos observados en los niños y en las niñas, respecto al *mayor apetito* que muestran, aspecto que es apreciado principalmente, entre las Madres Cuidadoras,

“...bebido que come Chispita, tiene más ganas de comer” (H1 Madre Cuidadora SCD2.2)

“Más que nada, fortalecen sus huesitos, se desarrollen bien, porque tiene calcio. Pa’ que tengan ganas más de comer, mas apetito...” (H1 Madre Cuidadora SCD1.1)

(b) Región Piura

(i) Cuidadoras principales Usuarias y No Usuarias

➤ BRINDA UN ESCUDO DE PROTECCIÓN CONTRA LAS ENFERMEDADES

CCPP usuarias y no usuarias, establecen una clara conexión entre el consumo del MMN y el mejor estado de salud de los niños, operando como un escudo contra las enfermedades; desde esta perspectiva, el MMN se destaca por la *protección* que brinda. Es importante reparar, que las CCPP sitúan este beneficio en el largo plazo, hallándose un fuerte sentido preventivo asociado al consumo - para que “*más adelante*”, “*cuando estén más grandes*” – se encuentren protegidos,

“¿Qué le recomendarías a una mami que recién empieza a dar las Chispitas (...)? A que sí le den, porque la verdad, que eso les ayuda bastante, a que después, nuestros hijos cuando estén más grandes, no se enfermen, porque hay niños que cuando no están bien protegidos, cualquier enfermedad, llegan a tener, porque no están bien alimentados, no recibieron una vitamina, cuando estaban pequeños” (P2 cuidadora principal usuaria SCD3)

“¿Qué le puede pasar al niño, si no come esas Chispitas? (...) más adelante, puede tener complicaciones ¿no? o una enfermedad que no lo haya protegido esas Chispitas” (P2 cuidadora principal no usuaria SCD1)

“Es importante, como le digo, son para ellos, para que ellos puedan tener una buena salud y estén protegidos” (P2 cuidadora principal no usuaria SCD3)

En esta línea, amplios serían los beneficios del consumo del MMN; destacándose la vivacidad que desarrollaría en el niño y la fortaleza para evitar y resistir enfermedades (notemos que se afirma desde la propia experiencia y de los cambios que se experimentan, a través del consumo),

“¿Y cómo cree que se vería un niño, que sí come bien sus Chispitas? Se ve más nutrido, más emocional (sic), más despierto, mejor dicho, a un niño que no lo recibe, que se siente apagado, que se siente desganado (...) y cae más enfermo (...) el niño que come esas vitaminas, no cae mucho enfermo, más que todo, el niño que no lo está recibiendo, vive enfermo, vive desganado. En cambio (...) antes yo veía a mi niña más enferma (se refiere antes del consumo del MMN) más desganada; en cambio, ahora no, se siente con unas ganas más de comer, de jugar, ya diferente” (P2 cuidadora principal usuaria SCD1)

Esta cualidad de protección de la salud de los niños, lleva a algunas madres entrevistadas no usuarias, a expresar que hubiera sido ideal contar con el MMN, en el caso de sus hijos mayores,

“...ahora, para acá está viniendo eso para los niños (el MMN), que les está protegiendo. Hubiera venido en tiempos atrás, como cuando nosotros criamos a nuestros hijos y en la cual no ha habido esa ayuda para ellos” (P2 cuidadora principal no usuaria SCD3)

Asimismo, el vigor de los niños, se presenta muy vinculado al fortalecimiento de los huesos, campo en el cual se reconoce igualmente, una contribución sustancial del MMN,

“...en el Cuna Más, les empezamos a dar sus Chispitas, para que los niños se sientan más alimentados y tengan más fuerza en sus huesitos (...) que tengan un mejor apetito” (P2 cuidadora principal usuaria SCD1)

➤ EL ENRIQUECIMIENTO DE LA ALIMENTACIÓN COTIDIANA: “...PARA QUE SU ALIMENTO SEA MÁS NUTRITIVO”

El MMN es visto igualmente, como un alimento *específico* de los niños; alimentos recomendados como *menstras*, *hígado de pollo*, así como las *Chispitas*, conformarían “*sus alimentos de ellos*”; en

suma, es un *“alimento”* que aumenta el valor nutricional de la alimentación cotidiana de los niños, fortaleciendo su salud, beneficio reconocido tanto por usuarias como no usuarias,

“¿Y qué te anima para seguir dándole a tu bebé las Chispitas? (...). Que es una buena alimentación” (P2 cuidadora principal usuaria SCD3)

“Para que su alimento sea más nutritivo ¿no?” (P2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

“Más que todo, las enfermeras nos dicen a nosotros, que si le estamos dando menestras, su higadito de pollo, que son sus alimentos de ellos. Y nos dan sus Chispitas, que nos dicen que ese es un alimento para ellos, que se les da en su comida (...) sería como un alimento más para ellos, para que tengan una buena salud y para que su organismo sea más...¿cómo le puedo decir?, más reforzado” (P2 cuidadora principal no usuaria SCD3)

Se presenta una fuerte noción de estar ayudando a los niños, ofreciendo el MMN; es interesante anotar cómo esta cuidadora principal, destaca que así el niño o la niña se coma un poco (refiriéndose a la porción combinada con el MMN) se está recibiendo *vitaminas* (no sólo se ha comprendido a cabalidad el sentido de la estrategia de separar en porciones la comida, para garantizar el consumo total del MMN, sino más profundamente, los beneficios de su consumo). Es necesario señalar, que las cuidadoras principales – tal como las dimensiones de *Conocimientos y Consumo y aceptabilidad del MMN* establecen – si bien saben que deben priorizar el consumo de la comida combinada con el MMN (por ello la indicación de separación de una porción y su consumo en primera instancia) no dejan de brindar la porción no mezclada con el MMN, pues conforma parte de la cantidad que se suele comer; aumentando más comida, si así lo demanda el niño o la niña,

“¿Y qué diferencias habría entre un niño que come sus Chispitas y el que no come sus Chispitas? Que estuviera...o sea, que le faltara alimentación, porque eso es algo que tú le das y le ayuda más...así se coma ese poquito, le estás ayudando a tener más...que reciba más vitaminas y la verdad que sí es bueno eso” (P2 cuidadora principal usuaria SCD3)

Además, el consumo del MMN, tendría la virtud de *incrementar el apetito*,

“Me parece bien que le den las Chispitas, porque ahí les ayuda el apetito a comer pues. Hay algunos niños que no quieren comer, que están muy flaquitos, que no quieren comer la comida” (P2 cuidadora principal usuaria SCD4)

➤ OFRECE UNA PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA CONTRA LA ANEMIA

La prevención y protección contra la anemia, se reconoce como contribución sustancial del MMN, tanto por usuarias como no usuarias,

“Mi opinión es que...las Chispitas los ayuda a los niños en su crecimiento, en su alimentación y en su hemoglobina (...). Cuando le diste a tus niñas, ¿Qué es lo que te animaba a darles las Chispitas? Por su baja hemoglobina que tenía, porque inclusive ha enfermado...” (P2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

“¿Recomendarías a las madres que les den las Chispitas? Sí. ¿Qué le dirías para convencerla? Que le den, porque es importante, eso de la enfermedad de la anemia...” (P2 cuidadora principal usuaria SCD4)

“...son importantes para los niños, para que estén protegidos de muchas enfermedades y crezcan bien ¿no? no estén ni anémicos y que tengan un aprendizaje más adelante, que se desempeñen mejor...” (P2 cuidadora principal no usuaria SCD1)

Esta última cita, enlaza hasta aquí, los diversos beneficios que se encuentran en el consumo del MMN, protege contra múltiples enfermedades y entre las más características, la anemia; además, de apoyar en el mejor desarrollo cognitivo de los niños y las niñas; desde esta perspectiva, se reconoce un crecimiento cada vez más saludable e integral.

➤ POTENCIA EL DESARROLLO COGNITIVO Y EMOCIONAL DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

Una dimensión que las cuidadoras principales valoran, alude al desarrollo de la *inteligencia* en los niños; esta proyección de *desarrollo cognitivo*, se entronca igualmente, con el desarrollo emocional,

“Y sí es bueno darles, porque les ayuda, para desarrollarse más sus mentes” (P2 cuidadora principal usuaria SCD3)

“...les ayuda al desarrollo mental, físico y emocional, más que todo, es un nutriente esencial para ese niño” (P2 cuidadora principal usuaria SCD1)

De esta manera, la mayor vitalidad del niño, tomando expresión no sólo en el desarrollo de habilidades cognitivas sino también emocionales y sociales, moviliza imágenes que animan a las cuidadoras principales, a confiar en el consumo del MMN. Los rasgos con los cuáles caracterizan a los niños y a las niñas que consumen el MMN, resultan realmente, movilizadores; resultan *más alegres*; muestran disposición a nuevos aprendizajes, son *más despiertos*; despliegan gran energía y exhiben un comportamiento más seguro y abierto a la interacción,

“¿...qué aptitudes tiene un niño que sí consume las Chispas? Bueno pues, es un niño más alegre, más creativo (...) son muy inquietos (...) tienen curiosidad de aprender muchas cosas ¿no? Y a veces, hay otros niños que son tímidos y cualquier cosa lloran y todo...” (P2 cuidadora principal no usuaria SCD1)

“En algún momento, te dijeron que cuando ella crezca, ¿iba a tener algún efecto positivo las Chispitas o sólo le iba a hacer bien ahorita, que está chiquita? No, cuando esté grande. ¿De qué manera, te dijeron que la iba a ayudar? O sea, más despierta, más alimentada” (P2 cuidadora principal usuaria SCD3)

“Para ti, ¿Cómo es un niño que come bien sus Chispitas? Tienen más energía, más ganas de jugar (...). Más despertado (sic), más activo (...). Y un niño que no come sus Chispitas, ¿Cómo es? Hay niños tímidos, calladitos, no juegan, se ponen a un ladito” (P2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

➤ RELATIVIZANDO LOS EFECTOS Y LA EFICACIA DEL MMN

Siguiendo la experiencia de algunas cuidadoras principales, no siempre se distinguen diferencias significativas asociadas al consumo del MMN. La siguiente apreciación - de una entrevistada usuaria que habría discontinuado el ofrecimiento del MMN a su niño - señala que su sobrino, con algunos problemas iniciales de crecimiento, se habría desarrollado de manera normal, sin necesidad de adicionar algún suplemento a su alimentación cotidiana; evaluación que refuerza o justifica de alguna manera, no reintentar con el consumo.

Esta cuidadora principal manifiesta que alrededor de los nueve meses, se produce un punto de inflexión, pues su bebé empieza a rechazar la comida combinada con el MMN, pero también aquella sin el MMN, explicando la madre, que el bebé asociaría la comida en general con el sabor del MMN. Este período crítico de inapetencia, duró aproximadamente, dos semanas. No se retoma el consumo del suplemento, pues se teme que el bebé vuelva a pasar por un período de rechazo de la comida; el factor de rechazo de la comida, sería sin duda el MMN, para esta madre entrevistada, dado que el bebé acepta ahora la comida sin problemas, cuando no se combina,

“Por ejemplo, mi sobrino que tiene cuatro años (...) él era chiquito, le dijeron en la Posta que iba a ser así, pero cuando lo tenía su mamá, ya en su casa, porque con la mamá siempre se ponen así, que no quieren comer; en cambio acá, con mi mamá sí come, y ahorita ya creció y con la comida, sin necesidad de que le estén dando vitamina” (P2 cuidadora principal usuaria SCD2)

(ii) Los otros actores sociales: PNCM - Salud

➤ EL APOORTE CAPITAL EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA

La *prevención de la anemia*, se distingue como una de las cualidades esenciales del consumo del MMN,

“En una charla, hablaron de los micronutrientes, que era contra la anemia” (P2 Madr Cuidadora SCD2.1)

“Les dan las Chispas, para prevenir la anemia, cuando está bajo de hemoglobina...” (P2 GF Madre Cuidadora SCD1)

“...es un complemento alimentario y que sirve pues, para evitar la anemia...” (P2 Acompañante Técnica SCD)

Al representar la anemia un problema álgido para la Región, su *reducción* se establece como otro de los beneficios fundamentales del consumo del MMN. Los actores entrevistados señalan su gran preocupación por la envergadura del problema y sus implicancias, si éste no logra remontarse (tales implicancias se advierten sobre todo, en el desarrollo cognitivo, vital para el futuro desempeño escolar de los niños y las niñas). Así, el horizonte de la política de suplementación, se colocaría en la constitución de niños y niñas con un mayor potencial de desarrollo y oportunidades,

“¿Por qué es importante el consumo de Chispitas en la Región? ...nosotros en la Región, por lo menos acá en La Arena, nuestro distrito, nuestros niños, la desnutrición crónica y la anemia, es importante... dar las Chispitas para disminuir la anemia pues y que nuestros niños no se vean afectados, cuando ya tengan la edad de ir a la escuela, en el aprendizaje” (P2 Personal de Salud CRED SCD)

“¿Y qué se podría lograr con su consumo? (...) Bueno, no habría problema de anemia y tenemos niños anémicos, bastantes niños anémicos” (P2 Personal de Salud Microrred SCD)

“...a través del uso, vamos a garantizar las cantidades adecuadas de hierro, ¿no? de hierro y minerales en el niño (...) tener menos niños con anemia, reducir los promedios de anemia que se tiene y a la vez (...) contar con niños intelectualmente muy...con respuestas mucho más rápidas, el desarrollo de su potencial adecuado ¿no? Lo que se espera de un niño, sobre todo, ya en la etapa escolar, porque el reflejo de la intervención, lo vamos a visualizar en la etapa escolar (...) porque sabemos que las neuronas han tenido la cantidad de hierro adecuada...” (P Personal de Salud Región)

Al igual que la colega Responsable de CRED de la Región Huancaavelica, esta entrevistada, destaca el *carácter más completo del MMN*, dada su composición; pues al hierro, se añaden otros elementos, como las vitaminas A y C, *ampliando con ello, sus funciones de protección*,

“Las Chispitas para mí sí...le aportan bastante (...) bueno, al menos, sí lo consumen mejor, ¿no? A diferencia del Hierro, es mejor, está más completo, porque tiene todo lo que el niño necesita a esta edad. Por ejemplo, este año no hemos tenido la vitamina – el Retinol – pero por lo menos, dentro de las Chispitas, tiene la Vitamina A, tiene la Vitamina C, es más completo, como le digo a la mamá. Entonces, antes les dábamos solamente el Hierro, nada más; en cambio, esto ya es más completo y es mejor” (P2 Personal de Salud CRED SCD)

➤ EL AUMENTO DEL VALOR NUTRICIONAL DE LA ALIMENTACIÓN COTIDIANA DE LOS NIÑOS Y DE LAS NIÑAS

La idea de complementar la alimentación cotidiana de los niños y de las niñas, se encuentra tras el consumo del MMN, haciendo posible, reducir los riesgos de padecer anemia, compensando las posibles deficiencias de la dieta familiar,

“...les ayuda a fortalecer un poco su alimentación. Nosotros pues, damos la alimentación balanceada, pero los niños que no están en las Cunas, entonces, a ellos también les ayuda a compensar un poco, la alimentación baja, que les dan en sus hogares” (P2 Acompañante Técnica SCD)

“...para que les refuerce el alimento de los niños, eso yo sí lo recomendaría” (P2 Comité de Gestión SCD)

“...complementan ¿no? para que no tengan anemia (...) de repente, no le da carne, pero está complementando con eso” (P2 ACS SCD2)

➤ LA PROTECCIÓN QUE BRINDA CONTRA LAS ENFERMEDADES

Brinda asimismo, *protección contra las enfermedades*, vital para que el niño y la niña puedan crecer y desarrollarse,

“...sobre todo, es para la disminución de las enfermedades, eso también apoya, es bastante” (P2 Consejo de Vigilancia SCD)

“(el MMN) mejora defensas por mala alimentación, no les permite crecer, porque se enferman mucho” (P2 GF Madre Cuidadora SCD1)

Mirando más globalmente – tal como la Coordinadora SCD destaca - las condiciones sanitarias presentes en las comunidades, en las cuáles no siempre se cuenta con agua segura y sistemas apropiados de eliminación de excretas, aspectos que inciden en el padecimiento de parasitosis, entre otros males; el consumo del MMN, se convierte en un aporte fundamental en el fortalecimiento del estado de salud de los niños y las niñas,

“El hecho que los niños tengan una suplementación, que va a ayudar a su estado de salud, si bien es cierto que el menú que brinda Cuna Más es bueno, pero todo el entorno de los niños, no es tan favorable, siempre va a necesitar algo más, y el tema de los parásitos es un tema crucial, por el agua, excretas y qué bueno, que haya un elemento adicional, que contribuya a que su estado de salud mejore” (P-Coordinadora SCD)

La experiencia directa de la *eficacia de la suplementación*, lleva a la Coordinadora SCD, a proclamar con evidente convicción, la importancia del consumo del MMN. Ha podido observar cómo una niña – familiar cercano – quién presentaba recurrencia constante de infecciones respiratorias y estomacales, mejora notablemente su estado de salud, a propósito del consumo del MMN,

“...en realidad, yo sé que es buena, por la experiencia de Cuna Más, pero también por la experiencia de mi propia sobrina (...) tuvo su bebe que estaba muy delicadita, yo le digo, “tienes que darle los multimicronutrientes (...) y ella tenía cierta resistencia, “no, le digo, tráela un día y aquí lo probamos y le damos” entonces, empezó a consumir en mi casa con lo que yo había aprendido y lo comió normal y con ella, yo he evidenciado qué potente es este multimicronutriente” (P-Coordinador SCD; subrayado nuestro)

➤ EL APOORTE DEL MMN EN EL DESARROLLO INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y DE LAS NIÑAS

El carácter *poderoso* del MMN, puede apreciarse en lo que se considera, un *desarrollo* cada vez más *integral* del niño y de la niña; es decir, no sólo contribuye en su mayor fortaleza y crecimiento a nivel físico, incide también en su desarrollo cognitivo, emocional y social. De esta manera, actores situados en diferentes niveles o ámbitos de acción (Salud, PNCM y actores comunales) van a destacar su contribución en el buen crecimiento,

“Es importante, porque bueno, contiene cinco micronutrientes (...) que son importantes y esenciales para el desarrollo y crecimiento del niño” (P2 Personal de Salud Red SCD)

“...es bastante interesante, porque tiene vitaminas que van a ayudar mucho al crecimiento y desarrollo del niño, el Ácido Fólico que es importantísimo, tiene hierro, tiene vitamina A, C, todo lo que necesita el niño para su desarrollo...” (P-Especialista en Nutrición SCD)

“...el niño desarrolla y crece mejor (...) está ya gordito...” (P2 Consejo de Vigilancia SCD)

Asimismo, otra de las dimensiones más características, asociadas a los beneficios del MMN, residiría en sus efectos en el *desarrollo cognitivo*, haciendo a los niños y a las niñas, *más inteligentes*. Esta noción conforma como podemos observar una de las representaciones más extendidas en el conjunto de actores,

“Lo principal...ayuda al niño, para que sea más inteligente que nosotros (...) para ayudarle al cerebro” (P2 Consejo de Vigilancia SCD)

“(es) para su capacidad intelectual” (P2 GF Madre Cuidadora SCD1)

“ ¿Y el niño que no come esas vitaminas, cómo estaría? Desnutrido (...) un poco desnutrido porque a veces, hay niños que cuando usted, le pregunta alguna cosita, ellos se quedan como...tontitos ¿no? Y hay otros, que ya rápido dan la respuesta” (P2 ACS SCD2)

“...tengo conocimiento, que ayuda al desarrollo mental de los infantes, ¿no? ¿Qué vas a tener?, gente que no tiene la capacidad de raciocinio, porque no ha tenido alimentos. Si no tienes buena comida, no tienes buen aseo y no tienes esto...vienes en desventaja con quienes sí lo tienen” (P2 Funcionario Municipal)

Este mejor desarrollo cognitivo, se coloca en el horizonte del buen desempeño escolar y hasta profesional de los niños; constituye una imagen altamente, potente en términos sociales y políticos,

que no sólo se reafirma a nivel de políticas sociales sino que se alinea a nivel cotidiano con las expectativas sociales tan caras para los padres, en las cuáles se proyectan imágenes de éxito social y escolar.

Por último, el buen desarrollo del niño y de la niña, no sólo se advierte en la fortaleza física y en su desempeño cognitivo, sino también a *nivel emocional y social*. Los efectos favorables de su consumo, se descubren al observar - *el vigor, la alegría y el carácter activo e independiente* - de los niños y de las niñas (en contraposición a aquellos que no consumen el MMN, quienes se presentarían *abatidos, desconcentrados y tristes*; notemos cómo estos atributos hacen referencia al plano físico, cognitivo y emocional, remarcando el aporte en el desarrollo integral del MMN),

“Un niño que come bien (el MMN) en la Cuna, no se le ve triste, los que no comen, andan todos flaquitos, tristes, pálidos, decaídos, se distraen, no son despiertos; en cambio, los niños de la Cuna, son bien despiertos, hacen las cosas solos, ellos solos se ponen a jugar y a cantar” (P2 GF Madre Cuidadora SCD1)

“¿Qué ventajas tiene un niño que consume Chispitas, con otro que no consume, por ejemplo? A que crecen mejor (...) o sea, su estado de ánimo, no sé...hay niños que están decaídos (...) o sea, no tiene fuerzas (...) o sea la mayor fuerza... físico, mental (...) que le dé fuerzitas ¿no? por ejemplo, el niño cuando se les da sus vitaminas, está fuerte, juega todo el día, no tiene sueño, así es” (P2 Comité de Gestión SCD)

(c) Región Ucayali

(i) Cuidadoras principales Usuarias y No Usuarias

➤ BRINDA UN ESCUDO DE PROTECCIÓN CONTRA LAS ENFERMEDADES

La experiencia de eficacia del MMN, la cual se traduce en el buen estado de salud de sus niños, fortalecería la convicción de las cuidadoras principales. Se observa al parecer, una mejor resistencia a las enfermedades o una menor recurrencia de las mismas, aspectos que resaltan tanto usuarias como no usuarias,

“¿Qué te anima a seguir dándolas? (...) Que le veo bien, no se enferma” (U1 cuidadora principal usuaria SCD4.1)

“¿Y para usted, cómo es un niño que sí come bien estas vitaminas? (...) Sí se le ve bien, crece más sano, no se enferma tanto” (U1 cuidadora principal no usuaria SCD1.3)

“¿Y cómo le va a un niño que no consume las Chispitas...? Me imagino desnutrido, sin ganas de nada, más débil, también ¿no?, claro, se enferma más con facilidad” (U2 cuidadora principal usuaria SCD4)

➤ OFRECE UNA PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA CONTRA LA ANEMIA

Un aporte central del MMN, residiría en su poder para prevenir la anemia,

“Porque las Chispitas previenen la anemia...” (U1 cuidadora principal usuaria SCD1)

El caso de la siguiente entrevistada es sumamente interesante, ha tenido la experiencia de brindar el MMN, pero también se encuentra actualmente, ofreciendo a su bebé, un jarabe (no se especifica) prescrito por un médico particular. Dejó de recibir el MMN, pues se traslada a ESSALUD. Desde su experiencia previa, manifiesta que el consumo del MMN, es sumamente, beneficioso, pues ha podido comprobar sus efectos en los niveles de hemoglobina alcanzados por su niño, durante su consumo,

“...yo creo que las Chispitas, también ayudan bastante, porque en el tiempo que yo le he dado, le ha ayudado bastante en su hemoglobina, estaba con 14, 14.5 (...) creo que ayuda bastante” (U2 cuidadora principal usuaria SCD1)

Las menciones específicas sobre este beneficio, de protección contra la anemia, se han registrado básicamente, entre usuarias del Servicio.

➤ APORTA EN EL BUEN CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

Un objetivo muy importante para las cuidadoras principales usuarias como no usuarias, lo conformaría el buen crecimiento, de los niños y de las niñas, el cual se afianza con el consumo del MMN,

“¿Cómo son los niños que comen las Chispitas todos los días? Son gordos, mira ve mi gordita, ¿has visto mi gordita? Ella toda cosa come, le gusta las Chispitas (...) le abre el apetito” (U2 cuidadora principal usuaria SCD2)

“¿Qué ventajas puede traer para un niño, que come sus Chispitas? (...) Que crezca, que está gordito” (U1 cuidadora principal usuaria SCD4)

“¿Y tú recomendarías a otras mamis, que le dieran a sus niños las Chispitas? Claro (...) porque siempre le da la enfermera, para que esté creciendo, “siempre me dan eso y otra vecina que sí le dan, a mí también me dan”, le decimos” (U1 cuidadora principal no usuaria SCD3)

Esta última cita, no sólo comunica la importancia del MMN, en el crecimiento del niño; sino también la fuerza que alcanza dar testimonio de la adopción de la medida, a otras cuidadoras principales (en este caso, vecinas) fortaleciendo la motivación y la práctica de consumo.

➤ AUMENTA O ABRE EL APETITO: “...ANTES QUE TOMARA CHISPITAS, NO TANTO COMÍA PUES”

Tanto usuarias como no usuarias, establecen una relación muy estrecha entre el MMN y su propiedad de *abrir el apetito*, característica muy valorada, pues *que el niño coma*, representaría una de las principales preocupaciones de las madres,

“Que tienen muchas vitaminas, dice (...) para que tenga más apetito de comer” (U1 cuidadora principal no usuaria SCD2)

“¿Y qué le anima a seguir dándole las Chispitas? Porque le veo que come, o sea, le ayuda el apetito más” (U2 cuidadora principal usuaria SCD4)

“...también las Chispitas le ha antojado a comer más, siempre tenía hambre...” (U2 cuidadora principal usuaria SCD1)

En esta línea, observar un cambio propicio en el *apetito* de los niños (motivo de satisfacción para las madres), se convierte en señal inequívoca de las bondades del MMN. Estas cuidadoras principales, señalan de manera explícita, que es a partir de su consumo, que el apetito de sus niños muestra un aumento notable,

“Antes que tomara Chispitas, no tanto comía pues (...). Poquito comía. ¿Y ahora? Ahora come más, pues” (U1 cuidadora principal usuaria SCD4.2)

“Es bueno pues, yo le veo que es bueno (...) ¿Cómo ves ahora a tu niño? No, a él le gusta, yo veo que más come y se pone a jugar tranquilo (...) más se recupera, antes que tomara Chispitas, no tanto comía pues (...) eso a mí me gusta, que coma” (U1 cuidadora principal usuaria SCD3)

Por el contrario, la evidencia de falta de apetito y con ello la debilidad que muestra el niño o la niña, resulta crítica, dado que se interpreta como posible *síntoma* de *anemia*,

“¿...has escuchado hablar sobre la anemia? Sí (...). A veces, cuando no tienes fuerzas, su cuerpo, de lo que no comes a veces (...). ¿Y cómo ves a un niño que tiene anemia? ¿Cómo te das cuenta que tiene anemia? A veces, cuando no quiere comer, no tiene apetito así” (U2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

➤ POTENCIA EL DESARROLLO COGNITIVO Y EMOCIONAL DE LOS NIÑOS Y DE LAS NIÑAS

El MMN tendría la virtud de obrar en el desarrollo cognitivo, de los niños; la cual se identifica sobre todo, entre las cuidadoras principales usuarias,

“¿En qué ayuda a una niña, sabrá usted? Sí... en su salud (...) en su capacidad de inteligencia” (U2 cuidadora principal usuaria SCD4)

“¿...recomendarías a un niño que no ha consumido Chispitas? Sí le recomiendo que le den, para que vea cómo está su desarrollo de su niña, que compare el que consume y no consume. A veces, se desenvuelven bien con los niños, tienen físico e intelectual” (U1 cuidadora principal usuaria SCD4)

El área emocional constituye otro aspecto – asociado al consumo - que las cuidadoras principales, consideran significativo en el desarrollo de sus niños, observarlos activos, vivaces y sobre todo, alegres, se torna en impulso del consumo,

“¿Cómo es un niño que come su Chispita? Bien. Y un niño que no come sus Chispitas? Es triste (...) Bien alegre es mi hijito” (U1 cuidadora principal usuaria SCD3)

➤ LA DIFICULTAD DE PRECISAR EL SENTIDO DEL CONSUMO DEL MMN

Es importante subrayar aquellos casos que no logran precisar, los beneficios del MMN y en los cuáles si bien se anota, se ha recibido información, ésta no se recuerda; situación hallada principalmente, entre no usuarias del Servicio,

“¿Qué opinas de las Chispitas, o sea, para qué crees que sea? No sé, para qué será” (U1 cuidadora principal no usuaria SCD1.1)

“Me has dicho que te han explicado, por qué es importante, pero no recuerdas...No, te explican pues, la primera vez que dan, pero después no” (U2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

Esta última entrevistada, va a señalar precisamente, que no es posible reconocer mayores diferencias entre los niños que consumen y los que no consumen el MMN (notemos que en la exploración se indaga si se ha podido observar tal vez aspectos positivos e incluso negativos asociados con el consumo, los cuáles pudieran indicar la aparente irrelevancia del MMN, según su experiencia),

“Igual se ven (...) cuando le estuviste dando a tu bebé, ¿hubo algún cambio o no le viste nada? No. ¿No le dio tal vez más apetito (...) algún malestar al estómago? No, nada” (U2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

Estos casos llaman la atención en la necesidad de *brindar información y orientación sostenida*, sobre todo, en aspectos centrales como los beneficios del consumo (además de otros *temas claves* como la preparación adecuada del MMN); constituyen una alerta o retroinformación para el desarrollo de la *consejería* que se brinda durante la atención CRED (este tema será más ampliamente, desarrollado al abordar la dimensión de *Consejería*).

(ii) Los otros actores sociales: PNCM - Salud

➤ EL APOORTE CAPITAL EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA

El consumo del MMN, resultaría capital en la *prevención de la anemia*, caracterizándose como una de sus contribuciones centrales; se destaca asimismo, el *amparo* que provee contra las enfermedades, además de cimentar el buen desarrollo a nivel cognitivo; asegurando con ello, un óptimo desempeño escolar a futuro, de los niños y las niñas. De manera similar a los otros casos analizados; alrededor de la identificación de este beneficio, se articula una gran cantidad y diversidad de actores; sólo con el fin de ilustrar tal profusión, consignamos las siguientes citas,

“...es muy importante que los niños deben de consumir, porque así estamos ayudando, para prevenir la anemia, para que ese niño esté protegido, para que tenga defensas y para que fácilmente, no se enferme” (U1 Acompañante Técnica SCD)

“Para los niños, bastante importante, para evitar la anemia y por ende la desnutrición crónica...” (U1 Personal de Salud CRED SCD)

“...es bueno para prevenir la anemia, para que los niños crezcan...” (U1GFMCSKD1)

“...eso es lo que ayuda pues a combatir la anemia, la desnutrición y para que el niño tenga las ganas de comer” (U2 Consejo de Vigilancia SCD)

“...es muy importante que los niños deben de consumir, porque así estamos ayudando para prevenir la anemia, para que ese niño esté protegido, para que tenga defensas y para que fácilmente no se enferme” (U1 ACS SCD)

Serán principalmente, aquellos actores, ubicados en una perspectiva de trabajo más global (personal de salud, funcionario municipal, Especialista SCD) quiénes ubicarán la importancia del consumo del MMN, dentro de una estrategia orientada a reducir la prevalencia de anemia,

“El mensaje así claro (...) revertir los índices de prevalencia de anemia en la zona (...) por lo menos, disminuirla, reducirla, o sea, evitar ya, que nuestra población que nace, entre a un estado de anemia...” (U1 Personal de Salud Red)

“...la importancia de la Chispita, para reducir la anemia más que todo” (U1 Personal de Salud Microrred SCD)

“...para prevenir la anemia en nuestros niños, que el porcentaje es alto” (U-Especialista en Nutrición SCD)

“¿Qué impacto se puede lograr a través de su consumo? Mejorar justamente los niveles de desnutrición y de anemia ¿no?” (U2 Funcionario Municipal)

La lucha contra la anemia, cuya prevalencia resulta crítica a nivel Regional; pasa, como afirma esta entrevistada – Responsable de CRED - por el convencimiento cabal del propio personal de salud, de la efectividad del MMN; quiénes *más seguros y convencidos* deben mostrarse, transmitiendo de esa manera, tal seguridad y convicción a las cuidadoras principales,

“¿Qué se podría mejorar, respecto al trabajo de los MMN, en su jurisdicción? Uno, que de todo el personal, especialmente, de enfermería, estemos 100% conscientes o sensibilizados que el MMN, sí ayuda a los niños (...) que nos puede ayudar a mejorar la situación en que nos encontramos como Región, con bastante prevalencia de anemia y para eso, el que más seguro tiene que estar, somos nosotros, para esa seguridad, brindar a nuestros pacientes” (U2 Personal de Salud CRED SCD; subrayado nuestro)

Así, la importancia que se atribuya al MMN, no constituye un tema que se resuelve sólo a nivel individual o quede librado a la postura personal; atañe a un nivel colectivo de trabajo, en este caso, del personal de salud; cuya tarea principal es el de motivar, brindar orientación y *convencer* a la cuidadora principal, del carácter fundamental de su consumo.

➤ EL APOORTE DEL MMN EN EL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO Y DE LA NIÑA

Niños y niñas *“más desarrollados y fuertes”*, nos devuelven una imagen de *crecimiento saludable*, contribución crucial que se atribuye al MMN,

“A mí me parece bien. Le veo a los niños que están comiendo eso, más desarrollados, más grandecitos los veo” (U1 Madre Cuidadora SCD2)

“Una de las ventajas que sé (...) le hace crecer bien, está fuerte (...) crece gordito” (U2 Consejo de Vigilancia SCD)

Asimismo, el consumo del MMN, abre oportunidades de desarrollar el potencial cognitivo de los niños y las niñas, tal como el Responsable de la Red de Salud resalta,

“¿Qué impacto cree que se puede lograr a través de su consumo? Uno, que la población no llegue a estados graves de anemia y lo otro es, que se le permita (...) a la población infantil pues, desarrollar su inteligencia, su cognición...” (U1 Personal de Salud Red)

Actores más directamente, vinculados a las cuidadoras principales, van a sostener en la misma línea, que estar libres de anemia y que el MMN permite, conduce a un mejor rendimiento en la escuela, lo cual sitúa a las cuidadoras principales en el mediano plazo, quiénes suelen demandar resultados inmediatos. Frente a este panorama, los ACS participantes del Grupo Focal, manifiestan que animan

y motivan, señalando la posibilidad que se abre, de lograr un futuro más promisorio para sus hijos e hijas, a través del estudio,

“...para que salgan adelante los hijos, para que lleguen a la Universidad, sólo así se animan las madres” (U1 GF ACS SCD)

La **imagen de los niños que consumen sus Chispitas**, entrelazan así características importantes, destacándose la **fuerte articulación entre salud** (niños sanos que no suelen enfermarse); **la gran vivacidad que muestran** (se los describe con mayor ímpetu, alegres, activos, con ganas de jugar) y un **mejor desarrollo del aspecto cognitivo** (más despiertos, en suma, más inteligentes),

“... los que consumen Chispitas... ellos son más juguetones, más alegres, más divertidos, más traviesitos y los que no lo consumen, son un poco más así...dejaditos, sin ganas de jugar y así un poco tímidos y así cualquier cosita se enferman” (U1 Madre Cuidadora SCD2.2)

“...el niño que toma sus Chispitas, siempre va a ser un niño, que está coloradito, que está sudando, corre de aquí, de allá; y el niño que no toma, siempre va a ser un niño quedado...” (U2 Comité de Gestión SCD)

“Los niños que reciben sus Chispitas y que lo consumen, son niños que juegan, que son más inteligentes, más despiertos, más sanos. En cambio, un niño que no come sus Chispitas, no se mueve mucho, no quiere hacer nada, no coge ningún juguete, no son amigables y duermen más” (U1 GF Madre Cuidadora SCD1)

En suma y en palabras de la Acompañante Técnica, el consumo del MMN, brinda la posibilidad que el niño y la niña, se desarrollen de manera integral,

“Las ventajas que nos trae (...) tener niños saludables, niños sanos, niños activos, para lograr todo lo que es su desarrollo cognitivo, emocional, social, físico” (U1 Acompañante Técnica SCD)

➤ LA PROTECCIÓN QUE BRINDA CONTRA LAS ENFERMEDADES

Los niños y las niñas crecen de manera saludable, pues se hallan *protegidos contra las enfermedades*, no siendo presa fácil de malestares y dolencias, tal como esta Madre Cuidadora y actor comunal destacan,

“...yo veo a las niñas, que le dan las Chispitas, ellos crecen fuertes, sanos, no se enferman así de fácil, pero los niños que no consumen Chispitas, yo los veo que se enferman, con la ampolla... fiebre les da, diarrea, se enferman continuamente y yo veo que las Chispitas está dando solución” (U1 Madre Cuidadora SCD1)

“Para mí, como madre, me parece bien que los niños deben recibir esas Chispitas. Ayuda en sus defensas a los niños, en su desarrollo” (U2 Comité de Gestión SCD)

Así, la Responsable de la Estrategia de Nutrición, sostiene que si la CP se comprometiera con la práctica de consumo, con la regularidad requerida; estima que el impacto en la salud de los niños y las niñas, alcanzaría gran resonancia, habida cuenta de la alta prevalencia de parasitosis; enfermedades diarreicas y respiratorias, en la población infantil de escasos recursos económicos,

“...si logramos que esta madre haga el uso los doce meses (de suplementación) por lo menos, estamos a este niño, dando las posibilidad o la oportunidad de mejorar su salud, no solamente, en el transcurso de esta edad de suplementación, sino de repente, de aquí para el futuro” (U1 Personal de Salud Red)

➤ LA VENTAJA DE SU ACCESO GRATUITO

Un *beneficio de tipo económico*, también se destaca, pues se accede al MMN, sin mayores gastos; reconociéndose aquí, el aporte del Estado (más adelante, al exponer, las *opiniones sociales* que circulan en torno al MMN, hallaremos, una lectura que nos devuelve una posición controversial y crítica, atacando precisamente, su asociación con el Estado, su carácter gratuito y no beneficioso). Desde una lectura más directa y cercana a la realidad de las familias, estos colaboradores voluntarios – Madres Cuidadoras y miembro del CG – van a señalar el carácter inaccesible que implica para la economía familia, adquirir *vitaminas*, cuyos costos resultan onerosos, en tanto el MMN, de distribución gratuita, se plantea como una gran ventaja

“...a mí me parece una gran ventaja esas Chispitas, ¿por qué? Antes de todo, por la economía del papá (...) por decir, me dejo de comprar una vitamina, ya pues, pero mi niño, si está tomando una vitamina que es la Chispita, o sea, ya no gasta” (U2 Comité de Gestión SCD)

“...yo veo que todo apoyo de las Chispitas, para las mamás que no tienen, que son bajo recursos, a veces, no tienen para que lo compren en farmacia, a veces, cuesta caro...” (U1 Madre Cuidadora SCD2.2)

“Como nos dice la licenciada, ¿no? nosotros como mamás, debemos aprovechar de que esta vitamina nos la dan gratis, de repente, cambian de Gobierno, ya no nos van a dar (...) que una vitamina puede costar 30, 40 soles y nos dan gratis ellos, nosotros debemos aprovechar” (U2 GF Madre Cuidadora SCD2)

El Responsable de Salud de la Red y a un nivel más global, retoma la misma línea planteada por los colaboradores voluntarios. La oportunidad de alcanzar un producto de alto valor nutricional, de manera gratuita, constituye una gran ventaja, en aquellas localidades más alejadas, en las cuáles la accesibilidad a alimentos de origen animal, se ven restringidas, precisamente, por motivos de orden económico,

“...la Chispita se le brinda gratuitamente, y tiene una fuente de hierro (...) también tiene vitamina A, tiene bastante zinc (...) vitamina C (...) por esa razón se fomenta, porque la gente (...) de las zonas que son más alejaditas, no tiene buenos recursos económicos, por esa razón se le brinda (...) así nos aseguramos una fuente de hierro para el niño, porque tú le das una charla a la mamá (se refiere a los alimentos de origen animal) ella sí va a tener el conocimiento, pero de ahí, a que vayan y compren todos los días carne, carne, les va a salir más caro” (U1 Personal de Salud Microrred SCD)

Es interesante anotar que uno de los colaboradores voluntarios, miembro del Comité de Gestión, no tiene una noción del propósito del MMN, declara que sólo tiene entendido que *tiene que ser ofrecido a los niños* (este desconocimiento, resulta significativo, al tratarse de un actor que se relaciona con las familias usuarias y que de alguna manera, constituye referencia de los objetivos del Programa),

“¿Para qué sirven las Chispitas? No sé si estoy bien (...) no le podría decir exactamente, porque lo único sí nos han dicho, que la Chispita hay que dar” (U1 Comité de Gestión SCD)

B) Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias

(1) Sub-dimensión: La valoración e importancia que se atribuye al MMN

(a) Región Huancavelica

(i) Cuidadoras principales Usuarias y No Usuarias

➤ OFRECE UNA PRIMERA LÍNEA DE PROTECCIÓN CONTRA LA ANEMIA

Uno de los beneficios más ponderados del MMN, correspondería a la protección que provee contra la anemia. Notemos cómo se reconoce un fuerte sentido preventivo al MMN, en estas cuidadoras principales, pues asocian su consumo, a una estrategia que evitará que sus niños, padezcan de anemia en el futuro,

“...me dice que no tiene un sabor muy agradable (los MMN), pero sigue dándole. Prefiero que mi hijo no tenga anemia, tenga buena hemoglobina, por eso” (H2 cuidadora principal usuaria SAF3)

“A mí me gustaría darle sus Chispitas, para que cuando sea más grande, para que no tenga ningún problema, para que no esté bajo de hierro, de calcio (...) y más, poder comer más (...) para que no le haga desorden, mayormente, de la anemia” (H2 cuidadora principal usuaria SAF3)

“...pa’ que no le haga anemia, pa’ que le haga bien” (H1 cuidadora principal usuaria SAF2.1)

- **BRINDA UN ESCUDO DE PROTECCIÓN CONTRA LAS ENFERMEDADES: “...QUISIERA QUE ESTÉ BIEN SANA”**

El MMN contribuiría en general a un buen estado de salud del niño – aspecto que destacan usuarias y no usuarias - al brindar protección contra las enfermedades, entre ellas, sufrir de anemia,

“Para que esté sano señorita, para que no dé alguna enfermedad” (H2 cuidadora principal no usuaria SAF2)

En esta fuerte noción de defensa contra las enfermedades, puede relevase el valor preventivo del consumo del MMN (el fortalecimiento de un sentido de *prevención*, puede beneficiarse así, de esta noción de protección contra las enfermedades, además de la idea recurrente, que destaca su aporte en el desarrollo del cerebro, base para el futuro éxito escolar de los niños y niñas),

“¿Y usted, por ejemplo, cómo cree que es un niño que si come Chispita? (...) O sea, que es sanito; tal vez porque come Chispita, no sé. No se me enferma, la Chispita tal vez, le protege de sus enfermedades. (H2 cuidadora principal no usuaria SAF3)

Es interesante destacar, que el MMN se convierte según esta cuidadora principal, en un escudo poderoso, que repelería casi todo tipo de enfermedades (más allá de constituir una nota un tanto extrema, esta concepción muestra sin duda, la importancia significativa que se atribuye al MMN),

“¿Qué opina usted sobre las Chispitas? Es bueno (...). De todo protege, de anemia, de hongo y todo. ¿De todo, de hongo también? De hongo también será, de enfermedad de gripe será pes señorita (H1 cuidadora principal usuaria SAF2.2)

- **APORTA EN EL BUEN CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS**

Otra de las cualidades del MMN y que detallan usuarias y no usuarias, es la de apuntalar el buen crecimiento de los niños y de las niñas; dimensión que se observa de manera concreta, en los cambios favorables de peso y talla,

“Las Chispitas (...) siento que son buenas, tal vez, le protege de su enfermedad, que le ayuda a crecer (...) a agarrar su cuerquito. ¿Cómo así “agarrar su cuerquito”? o sea, engordarse (...). Un niño que no come Chispitas, ¿Cómo lo ve? Se le mira todo flaquito, bajo de peso (...) bajo de tallita (...) está enfermándose a cada rato” (H2 cuidadora principal no usuaria SAF3)

“...un niño consume sus Chispitas todos los días y un niño que no consume sus Chispitas? ¿Notaría diferencias? Sí (...) El otro sería en su peso y talla, estaría bien y el otro no” (H2 cuidadora principal usuaria SAF2)

“Para el buen crecimiento, para un buen peso, talla todo eso” (H2 cuidadora principal usuaria SAF3)

El fortalecimiento de los huesos, muy vinculado al crecimiento de los niños, conformaría otra de las virtudes específicas que se atribuye a los MMN,

“Pa’ que sus huesos sean fuertes” (H1 cuidadora principal usuaria SAF1)

- **POTENCIA EL DESARROLLO COGNITIVO Y EMOCIONAL DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS**

El desarrollo del cerebro, correspondería a otra de las fortalezas asociadas al MMN, imagen que ofrece una poderosa motivación a las cuidadoras principales usuarias y no usuarias; dado como se ha señalado, se valoran cualidades de inteligencia y habilidades en el aprendizaje, que permitan al niño, desempeñarse satisfactoriamente, en la escuela,

“Y ¿Qué le anima a darle Chispita (...)? Le da ganas (...) para que su cabeza esté bien (...). A mis primeros hijos, no le hacía comer, porque no había y ahora explica la señorita, “pa’ que le haga bien para su cabeza” (H1 cuidadora principal usuaria SAF2.1)

“Para que su cabecita se desarrolle...” (H1 cuidadora principal no usuaria SAF3)

En el siguiente testimonio, apreciamos cómo el MMN, tendrían un impacto global en el desarrollo del niño; no sólo incidiría en aspectos de orden físico y cognitivo, sino también de tipo emocional,

comunicando desde esta perspectiva, un concepto cada vez más integral de desarrollo. Esta cuidadora principal, va a describir al niño que no consume los MMN, articulando los tres aspectos mencionados (sería un niño con deficiencias cognitivas, de bajo peso y triste),

“¿Cómo ve al que come Chispitas? Más fuerte, inteligente (...). Y al que no come Chispitas, ¿Cómo lo ve? Opita será, poquito flaco, cara triste” (H1 cuidadora principal usuaria SAF2.2)

Así, la *vitalidad, alegría y ganas* para embarcarse en diversas actividades, que muestra su niño, constituyen retroinformación importante de los efectos del MMN, para esta cuidadora principal,

“El niño que consume Chispita es más alegre, o sea, juega con ganas o... cualquier cosa hace con ganas (...) más que tiene apetito, para corretear, para todo (...) y habilidades tiene también (...). En base a su experiencia (...) ¿le diría (a otra madre) que dé las Chispitas? Yo sí le diría, porque mi hijo es normal, come Chispitas, es normal, bien, tiene ánimos de jugar, para cualquier cosa, tiene ánimo” (H2 cuidadora principal usuaria SAF3)

➤ LA OPORTUNIDAD DE ACCEDER A UN PRODUCTO GRATUITO

Esta cuidadora principal usuaria y que ofrece el MMN, va a destacar como rasgo significativo, el carácter gratuito y por tanto, accesible del MMN (más adelante, al sopesar, las opiniones negativas que circulan en la localidad y en el entorno más cercano de las cuidadoras principales, hallaremos posiciones contrarias que descalifican a los MMN, precisamente, por su carácter gratuito),

“...es bueno que llegue acá a zonas rurales, gratuito, es bueno, porque en otros sitios, las farmacias, cuesta caro la Chispita” (H2 cuidadora principal usuaria SAF3)

➤ UNA VISIÓN CRÍTICA DE LA VALORACIÓN E IMPORTANCIA DEL MMN

El siguiente caso, ataca el corazón de la práctica de consumo del MMN, pues cuestiona su eficacia, en el mejoramiento de la salud de los niños y de las niñas. La cuidadora principal, muestra cómo colapsa el discurso del personal de salud, promoviendo el consumo de los MMN, destacando que el niño subirá de peso y estará mejor; frente a la experiencia concreta de la madre, quién observa cómo su niño se recusa a consumirlos, generándose el riesgo de pérdida progresiva de peso, *“es peor, más flaquito se vuelve”*. Esta madre también anota que ha referido la renuencia de su niño a consumir los MMN, a la Facilitadora que la viene a visitar,

“No comen ellos (se refiere a su hija) (...) ¿Pero qué le decía la enfermera cuando le hablaba sobre eso? “Tienes que darle” nos dice ¿Y que más le decía? Así nomás nos decía, “que va alzar su peso, con eso que va a estar bien” nos dice pero, al contrario es, no es así, es peor no quiere comer, más flaquito se vuelve” (H2 cuidadora principal usuaria SAF1)

Este efecto crítico en la pérdida de peso, llevaría a la *descalcificación de los niños*, según la entrevistada. Si bien no se logra establecer con claridad, el alcance del término *descalcificación*, el testimonio subraya el desconocimiento de la cuidadora principal, de aquello que conforma el MMN (*“de qué será, esa Chispita hecho”*) y que originaría resultados contraproducentes, en la salud,

“¿Y qué es lo que usted sabe de las Chispita? A ver cuénteme No sé yo, de Chispita será, no sé de qué será, esa Chispita hecho, no sé, los niños cuando comen eso, creo que más, por decir, a ellos les forzaba de comer total (...) Se han descalcificado peor. ¿Y cómo te has dado cuenta que se han descalcificado? Como su peso faltaba” (H2 cuidadora principal usuaria SAF1)

De manera reveladora, la cuidadora principal manifiesta que ha olvidado para qué serviría el MMN, señalando que sólo recuerda que fue caracterizado como una *“vitamina”*, sin embargo, recusa tal definición dados sus efectos negativos,

“¿Y sabe para qué servían las Chispitas? Me he olvidado, me ha dicho (...) “es una vitamina” (...) a lo contrario, esa vitamina lo bajaba, lo bajaba” (H2 cuidadora principal usuaria SAF1)

Este caso nos permite reparar igualmente, en la importancia de promover espacios en donde las cuidadoras principales puedan expresarse, a partir de su experiencia concreta, respecto a los problemas que enfrentan, pero también sobre los aciertos alrededor del MMN. La entrevistada no conoce casos de consumo, que podrían ayudar a relativizar su experiencia negativa,

“A mi parecer, está mal que haya esa Chispita. ¿Cómo así, cuénteme? (...) mi hijita se ha descalcificado, ya no quería comer, ya no tenía apetito (...). ¿...cómo ve a un niño que come bien sus Chispitas? ¿Cómo será, no sé la verdad, nunca a nadie, no le he visto Chispitas que come, que está bien sus niños (...) No le he visto, no sé tampoco, comerán Chispitas o estarán bien, no sé” (H2 cuidadora principal usuaria SAF1)

Asimismo, esta cuidadora principal muestra desconfianza, respecto al carácter beneficioso del MMN, dados los atributos de *sabor y olor* que percibe,

“¿Le han dicho para qué sirven las Chispitas? Sí, tienen vitaminas, pero yo no creo. ¿Quién le ha dicho que tiene vitaminas? La señorita (se refiere al personal de salud) ¿Y por qué no le cree? Porque mucho huele, otra forma, ¿de qué lo harán? Para hacernos comer (...) otra forma parece, fierro oxidado, así ese olor tiene (...). Yo pienso es mentira, hace creer (...) tiene olor feo (...) parece fierro oxidado, no le daría” (H2 cuidadora principal usuaria SAF2)

(ii) Los otros actores sociales: PNCM y Salud

➤ EL APOORTE CAPITAL EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA

El consumo del MMM, **combatiría de manera sustancial la anemia**, previniéndola y ahuyentado de esa manera, las consecuencias de un desarrollo crítico a nivel físico y cognitivo de los niños y de las niñas; convirtiéndose así, en uno de sus aportes capitales. Si recorremos el conjunto de actores entrevistados, vinculados al Servicio y al sector Salud, encontraremos que la mayoría, distingue sin excepción, dicha contribución (consignaremos sólo algunos ejemplos, que permitan apreciar la diversidad de actores),

“...ayudan a mejorar todo lo que es la nutrición del niño, principalmente la prevención de la anemia (...) y así mejorar lo que es la nutrición” (H1 Personal de Salud CRED SAF)

“Y por ejemplo, ¿le enseñó para qué es bueno? (...) Sí, para proteger de anemia, para estar bien en su peso, en su talla, para que crecen, pues señorita” (H1 Facilitadora SAF2)

“Mayormente (sirve) para la anemia (...). Porque cuando no le dan creo que siempre está con anemia pues” (H1 ACS SAF1)

“Las Chispitas o los micronutrientes, sirven para bajar la desnutrición de los niños, porque según sé, que contiene el zinc, el hierro, vitamina A, B, C, esos nutrientes, por ejemplo, lo que es el hierro, para que tenga oxígeno la sangre, estar mejor y no tenga anemia” (H1 Acompañante Técnica SAF)

A nivel más global, el consumo del MMN, ayudaría a *reducir* el nivel de prevalencia de anemia en la Región,

“...el impacto primordial sería, de que ya no tendríamos niños con anemia, ¿no? Estaríamos muy bien y pues, si tenemos niños sin anemia, su capacidad de desarrollo, de conocimiento sería más provechoso, sería mucho mejor, para mí sería el impacto” (H1 Acompañante Comunitaria SAF)

“...el impacto que podría...es reducir la anemia, eso, reducir la anemia” (H2 Acompañante Técnico SAF)

Por último, esta Responsable de CRED, va a destacar las propiedades del MMN, aún más poderosas que el Sulfato Ferroso, pues éste último sólo se circunscribe al combate contra la anemia; en tanto, el MMN extiende sus beneficios,

“Creo que es muy importante porque nos ayuda (...) a prevenir la anemia (...) aparte de eso, como tiene otros componentes, creo que es mucho más completo, que el Sulfato Ferroso. El sulfato ferroso solo nos ayuda a prevenir la anemia; en cambio, la Chispita es mucho más completo (...) la Chispita ayuda al complemento diario del niño” (H2 Personal de Salud CRED SAF)

➤ EL APOORTE DEL MMN EN EL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO Y DE LA NIÑA

Cambios significativos se asociarían con el consumo del MMN, al evidenciarse una evolución positiva de indicadores de peso y talla, aportando así, en el *buen crecimiento* de los niños y las niñas; virtud que destacan actores comunales y colaboradoras voluntarias,

“¿Qué ventajas tiene el que los niños consuman las Chispitas? (...). Como le dije, por los nutrientes (...) eso yo he visto claramente, esa diferencia en el aumento del peso, de la talla misma. En eso he visto la diferencia” (H2 Consejo de Vigilancia SAF)

“...la Chispita sirve para apoyarle, para que le ayude a los niños... para que crezcan sanos y fuertes” (H1 Comité de Gestión SAF)

“...para estar bien en su peso, en su talla, para que crecen, pues señorita” (H1 Facilitadora SAF2)

Al lado del buen desarrollo físico, se aúna su contribución en el *desarrollo cognitivo*, como otra de las bondades asociadas al consumo del MMN, más claramente, ayuda a constituir niños y niñas con mejores recursos y habilidades cognitivas,

“...el cuerpo necesita los micronutrientes, lo que son las vitaminas, el hierro, ¿no?, y todo eso. ¿Para qué? Para que pueda desarrollarse, normalmente...está en proceso de desarrollo neuronal, y a eso es lo que refuerza las “Chispitas” (...). Ayuda a la inteligencia...” (H2 Acompañante Técnico SAF)

“...es esencial para el organismo, para mí esencial, porque es el formador de nuestra hemoglobina y nuestra hemoglobina es para el transporte del oxígeno y eso oxigenando nuestras células, vamos a desarrollar nuestro desarrollo y crecimiento (...) yo creo que va a traer como resultado, el niño sano, niños de repente, bastante inteligentes, ¿no? van a tener un proceso de aprendizaje, van a ser creativos, poca enfermedades del niño” (H2 Personal de Salud Microrred)

La importancia de su consumo se advierte aún más, al proyectar como parte de los objetivos explícitos del Programa, facilitar un tránsito óptimo del niño y la niña a la etapa escolar, para lo cual, el consumo del MMN, jugaría un rol fundamental; pues sienta las bases para su buen desenvolvimiento académico,

“...lo que nosotros tenemos que hacer es que nuestros niños consuman, porque sí o sí, tienen que consumir, porque más adelante, si no, va a tener problemas; por ejemplo, en su desarrollo académico, entonces, es una secuela que va a limitar que ese niño se pueda desenvolver de la mejor manera (...). Entonces, nosotros en Cuna Más, estamos trabajando, estamos apostando para que esos niños, cuando entren a Inicial, cuando entren a Primaria, entonces, ya sean niños que están en un estado nutricional óptimo, que no tengan pues anemia, porque eso va a producir cansancio, se van a dormir nuestros niños...” (H-Especialista de Ejecución y Seguimiento a la Gestión Comunal SAF)

Sus virtudes como podemos apreciar, enlazan varias dimensiones importantes de desarrollo – el físico y el cognitivo - destacándose asimismo, los de orden *emocional y social*. Esta Acompañante Técnica, llama precisamente, la atención en el aporte del MMN, en el crecimiento y la salud; en el futuro buen desempeño escolar y en el desenvolvimiento social del niño y la niña,

“¿...a qué nivel de desarrollo favorecería las Chispitas? En cuanto a su crecimiento (...). Y también el desarrollo emocional (...) si están desnutridos, duermen nomás, no hacen nada, no exploran, no manipulan, tienen problemas en el aprendizaje también (...) lo que queremos es a futuro, unos niños buenos, sanos, inteligentes, que sepan desarrollarse y desenvolverse como tales...” (H2 Acompañante Comunitaria SAF)

La caracterización de niños *“alegres”, “bien despiertos”, “más agarrados”* (en el sentido de fuertes) y *“más liberales”* (aquí el término *“liberal”*, designa al niño que se desenvuelve con soltura en las interacciones sociales, cualidad muy valorada entre las cuidadoras principales) condensaría los principales beneficios de su consumo, niños reflejando un *óptimo desarrollo a nivel físico al igual que cognitivo y social*,

“...usted que ha visto a sus diez familias, ¿cómo es un niño que come sus “Chispitas”? Es bien alegre pues señorita, es bien despierto el niño” (H2 Facilitadora SAF2)

“¿Cómo ve usted a un niño que sí come sus Chispitas? Más agarrado, más despierto. ¿En qué sentido más despierto? Ya sean pues ¿no?, ya sea en jugar, más liberal. ¿Y agarrado? Más gordito” (H2 Consejo de Vigilancia SAF)

“¿Cómo es un niño que come bien sus “Chispitas”? (...) Alegre pues señorita (...) ¿qué más se le puede ver...? Con ganas pues señorita, porque no tiene nada de enfermedad ¿no?” (H1 Facilitadora SAF1)

➤ LA PROTECCIÓN QUE BRINDA CONTRA LAS ENFERMEDADES

Otra de las virtudes asociadas al consumo del MMN, lo constituye el *mayor nivel de resistencia y protección contra las enfermedades* (el espectro de protección se amplía, más allá de la anemia) que provee a los niños y a las niñas, tal como estas Facilitadoras y la Responsable de la Estrategia de Nutrición distinguen,

“(si no se consume el MMN) se incrementa nuestra anemia y también, tenemos pues, niños que se van a enfermar más rápido ¿no? vamos a tener IRAs, EDAs incrementadas, aparte de la desnutrición” (H- Personal de Salud Región)

“...está bien (el MMN) es necesario dar a los niños, para que estén bien, prevenir cualquier enfermedad, más que nada de la anemia. Para mí me parece muy bien, que esas Chispitas estén dando, como una ayuda para los niños (...) para que crezca sanito, desarrolle mejor...” (H2 Facilitadora SAF1)

“...para que no agarren su anemia, diciendo, escorbuto también agarra, ¿no?, para que no agarre todo eso, la enfermedad... para que los proteja de enfermedades, ¿no? Eso” (H1 Facilitadora SAF1)

➤ EL AUMENTO DEL VALOR NUTRICIONAL DE LA ALIMENTACIÓN COTIDIANA DE LOS NIÑOS Y DE LAS NIÑAS

El MMN enriquecería de manera sustancial la alimentación cotidiana del niño y de la niña, pues la dieta habitual no siempre cubriría la cantidad necesaria de nutrientes que se requieren, para gozar de un buen estado de salud; tal como estas Acompañante Técnica y Comunitaria, resaltan, la alimentación no suele ser balanceada en las familias, siendo fundamental, por ello, el consumo del MMN,

“...los veo consumir acá los alimentos a los niños (...) los niños no llevan un buen alimento y no están consumiendo todos los nutrientes, ahí como no comen balanceado, yo creo que sí es muy importante y necesario las Chispitas” (H1 Acompañante Técnica SAF)

“...es un complemento a la alimentación que ellos llevan, porque en realidad, no habría necesidad de darle las Chispitas, si todas las mamás prepararían un alimento balanceado y no habría necesidad de suplementarlas (...) es una ayuda para las familias (...) porque no preparan alimentos balanceados...” (H2 Acompañante Comunitaria SAF)

“...para mí es muy importante, para que el niño de repente, reciba la alimentación completa” (H2 Acompañante Técnica SCD)

De manera gráfica, este concepto de complementariedad que aporta el MMN, se ilustra cuando la Facilitadora entrevistada comenta, que así se estaría *“dando un plato de comida de todo”*, complementando aquello que se requiere a nivel nutricional; de igual manera, el actor comunal entrevistado, comunica la importancia del consumo del MMN, dada la ausencia de alimentos de origen animal, en la dieta regular de los niños y las niñas,

“Chispitas” es muy importante para los niños (...) el “Chispitas” es, como si estarías dando un plato de comida de todo, ese “Chispitas” sirve de eso ¿no? (...) es un alimento como refuerzo, como complemento” (H2 Facilitadora SAF2)

“...como Chispita es una vitamina, lo damos más que nada al niño...acá no damos pe, diario huevo, queso, carne, esas cosas. Por eso nosotros damos al niño, Chispitas” (H1 Consejo de Vigilancia SAF)

(b) **Región Piura**

(i) **Cuidadoras principales Usuarias y No Usuarias**

➤ APORTA EN EL BUEN CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

La asociación del MMN con ganar o subir de peso, resulta central, en la evaluación positiva de las cuidadoras principales; pues constituye un criterio de gran visibilidad y fuerza de retroinformación de la eficacia de la medida, pues se cuenta con un control periódico a través de su asistencia a CRED.

Estas cuidadoras principales, *hablan* desde una posición y seguridad que proporciona la experiencia directa, ofreciendo el MMN a sus niños y advirtiéndolos los cambios que éstos van mostrando a lo largo del consumo, en este caso, observando un incremento favorable de peso y talla,

“...con las Chispitas, sí está subiendo, estaba baja de peso (...) yo sentía que con las Chispitas, cuando yo la hacía controlar (se refiere al control CRED) subía más de peso (...) a mí me gustaría que todos los niños recibieran ese medicamento, porque les ayuda bastante, para que suban un poco de peso” (P1 cuidadora principal usuaria SAF3)

“¿Cómo te das cuenta que ese niño está tomando? (...). En el peso (...) hace que vaya subiendo pues. ¿Tu niña también iba subiendo? Sí. ¿Alguna otra cosa que te des cuenta, aparte del peso? El peso y la talla también” (P1 cuidadora principal usuaria SAF2)

➤ BRINDA UN ESCUDO DE PROTECCIÓN CONTRA LAS ENFERMEDADES

Gozar de un buen estado de salud, significa la capacidad de prevenir y combatir las enfermedades y es aquí que el MMN se comprende como un recurso sustancial. En esta línea, no consumir el MMN, implica encontrarse mucho más expuesto a las enfermedades; no lograr un adecuado crecimiento y desarrollo y mostrarse abatido y sin mayor vitalidad,

“¿Cómo sería ese niño que sí recibe sus Chispitas? Ah un niño más sano” (P1 cuidadora principal usuaria SAF3)

“Para que tengan fuerzas (...) para que no se enfermen” (P1 cuidadora principal no usuaria SAF3)

“Y si tuvieras que decirle a una mami, que le diera las Chispitas, ¿Cómo le convencerías? Que le dé pues, si su hijo no quiere que siga enfermo” (P1 cuidadora principal usuaria SAF2)

Una propiedad que se le asigna es la de fortalecer el sistema óseo, “es para los huesitos”, lo cual anima a esta cuidadora principal, pues su niño, sufre de constantes caídas,

“No le has probado todavía (el MMN) No (...) ahí tengo una caja, que me lo han dado este mes y ya voy a darle (...) le voy a empezar a dar, porque me han dicho también, que es para los huesitos (...) porque él es bien caelón (sic) ¿cómo caelón? es gordo pero cae pues (...) está caminando corre y ahí mismo se cae” (P1 cuidadora principal no usuaria SAF2)

“...es importante, porque es vitamina para ellos, para sus huesos, entonces tenemos que no olvidarnos de darles...” (P1 cuidadora principal no usuaria SAF3)

El siguiente testimonio muestra la importancia de hacer conocer los casos exitosos de consumo del MMN y de construcción de espacios de intercambio de experiencias; en donde las cuidadoras principales puedan compartir sus dificultades, al igual que las alternativas y estrategias desplegadas, así como la seguridad de su consumo. Observar niños sanos, con apetito, “gorditos”, dando cuenta de la eficacia del MMN, podría impulsar la adopción de la práctica,

“¿Conoce algunos niños que les caiga bien las Chispitas...? Sí (...) hay una señora que ella le había dado a su hija y normal se lo comía. ¿Y cómo le veía? Sanita, gordita estaba la niña (...) y hay otra señora, que también le dio e igual, su niño se ve bien, estaba bien de eso, de talla (...) me dijo que cómo le había preparado las Chispitas y normal, dijo que no le hacía nada malo...” (P1 cuidadora principal usuaria SAF1)

➤ EL ENRIQUECIMIENTO DE LA ALIMENTACIÓN COTIDIANA

El MMN caracterizado como *alimento*, potenciando la alimentación habitual de los niños, compone otra de las virtudes que le atribuyen las cuidadoras principales,

“...como un complemento... como una vitamina para que le ayude a su alimentación” (P1 Entrevista de Salida SAF1)

“...(la enfermera) me dijo, que por lo que está bajo de peso, dijo pues que es un alimento, una vitamina más, para que suba más de peso, sobre la anemia, me explicó así” (P1 cuidadora principal usuaria SAF3)

Por último, hemos hallado nociones más dispersas, pero no por ello, menos significativas, respecto a la importancia que alcanza el MMN, entre las cuidadoras principales. La primera alude al consumo del MMN, concebido como un *tratamiento* que recibe el niño, por lo tanto, se ofrecería con la regularidad prescrita,

“Entonces, ¿le das todos los días o hay días que tal vez...? No, yo le doy todos los días, es un tratamiento” (P1 cuidadora principal usuaria SAF3)

Esta cuidadora principal, establecería un contraste crítico entre el Sulfato Ferroso y el MMN, prefiriendo este último, pues el primero presentaría un *sabor a hierro*, razón de rechazo de la niña (se destaca de esta forma, una importante ventaja comparativa, a favor del MMN),

“¿...qué es lo que te anima, que te gusta de las Chispitas para tu niña? Ah bueno sí, que me sigan dando, porque el sulfato ferroso no lo quiere tomar, tiene un sabor a hierro” (P1 cuidadora principal usuaria SAF3)

El criterio de *autoridad*, se encuentra en esta CP no usuaria, al fundamentar por qué se tendría que ofrecer el MMN; basta que el personal de salud lo indique, para seguir la recomendación (sin embargo, la entrevistada no brinda el MMN, pues su hijo lo rechaza). Este caso indica que si bien no hay mayor oposición o cuestionamiento al MMN, es necesario, profundizar en las causas que explicarían la no aceptación del niño,

“...si en la Posta te dicen “dale”, tú tienes que darle ¿no? (...) es algo mejorable para los niños, pero a mi hijo no le gusta, él lo arroja...” (P1 cuidadora principal no usuaria SAF2)

➤ UNA VISIÓN CRÍTICA DE LA VALORACIÓN E IMPORTANCIA DEL MMN

La percepción de un sabor desagradable - “atributo” muy vinculado al MMN - en la experiencia de las cuidadoras principales, se ha tornado en una de las principales dificultades del consumo. Este “atributo” sería identificado tanto por el niño o la niña, así como por la cuidadora principal. No obstante, frente a la *razón del sabor*, encontraremos diversas posturas; así, la CP puede detectar el sabor, sin considerarlo un impedimento crítico para su consumo. Otra situación da cuenta de la identificación del mal sabor por la CP y sin embargo, su consumo es aceptado por el niño o la niña. Otro caso es aquel en donde el rechazo del MMN, dado su sabor, se produce tanto en el niño como en la madre (este tipo de casos son los que muestran gran renuencia al MMN, tal como la dimensión de “Consumo y aceptabilidad” ilustra; asimismo, al examinar las *opiniones sociales* que rodean al MMN, el mal sabor y olor que se le atribuye, se registra como una de las apreciaciones más extendidas en el contexto de los actores). La asociación con malestares estomacales, compone otra de las líneas críticas del MMN. Notemos cómo esta entrevistada se recusa a recibir el MMN, en base a dicha convicción,

“Yo le digo a la enfermera, “si me vuelve a dar (el MMN), yo se las dejo en la mesa, yo le digo “no, ¿sabe qué enfermera? Disculpe, pero yo no quiero esto, porque no quiero enfermar del estómago a mi hija” (P1 cuidadora principal no usuaria SAF1)

(ii) Los otros actores sociales: PNCM-Salud

➤ EL APOORTE CAPITAL EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA

El **combate contra la anemia y la desnutrición**, representaría una de las principales bondades del consumo del MMN, más aún si existen deficiencias nutricionales en la dieta cotidiana, especialmente, ausencia de alimentos de origen animal, dados los problemas de accesibilidad. El conjunto de actores que subrayan este beneficio, corresponde al personal técnico-PNCM (ámbito del Servicio y a nivel Regional) y al personal de salud de diversas instancias; por ello, la preponderancia que alcanza el objetivo de *erradicar* o *disminuir* los indicadores de anemia regionales, dada la extensión y envergadura de dicha condición, afectando a los niños y a las niñas,

“¿Por qué considera que es necesario promoverlos (los MMN) en la Región? Porque acá tenemos un alto índice de anemia y de desnutrición crónica, entonces, por la misma alimentación que el poblador consume aquí (...) en la zona rural, a veces, tienen problemas, porque ellos no quieren o no tienen todos los días, lo que es el consumo de carne (...) dentro de la alimentación diaria es arroz, fideos,

papa, eso es lo que comen (...) por eso, nosotros sí estamos bastante por los micronutrientes...” (P1 Personal de Salud Microrred SAF)

“Por el alto índice de desnutrición y anemia que tenemos” (P1 Personal de Salud REDSAF)

“¿Y por qué cree que es necesario promoverlo en la Región? Por la misma situación de nuestros niños ¿no? si tú vas a un distrito (...) encontramos a nuestros niños con esos problemas de desnutrición y anemia” (P-Coordinadora SAF)

“...para eso son los multimicronutrientes, para digamos, así erradicar o ir disminuyendo el nivel de anemia o de desnutrición de los niños...” (P1 Acompañante Comunitaria SAF)

En el siguiente testimonio, se presenta una postura que relativiza y cuestiona la centralidad que se atribuye al consumo del MMN, en el combate contra la anemia. Si bien este Responsable de CRED, destaca las cualidades de prevención de la anemia, señala enfático que el MMN no constituiría un tratamiento *contra la anemia*, una vez que ésta se haya manifestado, siendo en este caso, la atención en la alimentación que brinde la cuidadora principal, el factor capital y decisivo para superar la anemia; considerando que es en este marco, que debería focalizarse el mayor esfuerzo para superar la anemia, a través de la capacitación de las cuidadoras principales,

“...yo creo que no solamente, hay que estar diciendo que hay que consumir las Chispas, porque dicen que contiene...zinc, ácido fólico, vitamina A, vitamina C, ¿di? (...) no solamente (...) enfocarnos en que nosotros decimos de que sí, que eso sí les va servir las Chispas y que a un niño, lo va sacar de la anemia, eso es mentira (...). Porque lo más importante es la alimentación (...). Yo creo que nos deberíamos enfocar más en eso. ¿Más que en las Chispas? Más que en las Chispas, porque el niño que tenga anemia, ya no lo vas a sacar. Así le des... 50 Chispas. ¿Por qué crees que ni con más Chispas ya no sana? Ya no sana, porque ya tiene la anemia, entonces, tenemos que capacitar a las madres, sobre la alimentación del niño, que debe consumir menestras, hígado, pescado, huevo, las verduras que contienen hierro” (P1 Personal de Salud CRED SAF)

➤ EL APOORTE DEL MMN EN EL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO Y DE LA NIÑA

Su aporte fundamental en el *crecimiento* y en la mejor constitución física de los niños y de las niñas, conformaría una primera línea de reconocimiento, de sus efectos en su *desarrollo*; aspecto que actores en diferentes niveles de actuación reconocen,

“El niño va subiendo de peso (...). Ayuda sobre todo en el crecimiento (...) el niño que consuma la Chispita va a mejorar su crecimiento, va a mejorar la anemia” (P1 ACS SAF1)

“...tiene que ver mucho con la salud del niño, con el desarrollo físico del niño” (P-Coordinadora SAF)

“Es importante porque contiene cinco micronutrientes (...) que son importantes y esenciales para el desarrollo y crecimiento del niño” (P2 Personal de Salud Red)

“Desarrollarse bonito”, plantea una expresión que parece condensar, el deseo de un *buen desarrollo integral* ya no sólo físico, sino también *cognitivo* y he aquí que vuelve a ubicarse la pertinencia del MMN,

“...para su desarrollo pues físico e intelectual del niño (...) si no les ha dado, no consumen el MMN, porque en el peso, ahí va quedándose el niño, o en la talla también, porque el niño es como una plantita. Si la cuidan bien, esa plantita va desarrollando bonito, pero si ta' así al azar, la plantita se marchita, toda ahí, creciéndose...” (P1 Consejo de Vigilancia SAF)

“Para que los niños se crezcan sanos y fuertes, desarrollen bien su cerebritito” (P1 Comité de Gestión SAF)

El desarrollo que propicia el MMN, reúne otras dimensiones *adicionales* importantes, nos referimos, a lo *emocional* y a lo *social*. Una visión de los niños y de las niñas que moviliza y entusiasma a los diferentes actores – directamente, asociada al consumo del MMN - lo constituye el vigor, el derroche de energía y seguridad que despliegan en sus diferentes actividades – desean jugar, participan y se expresan – rasgos que se convierten en poderosos alicientes de adhesión,

“¿Cómo se le puede ver al niño (que come Chispitas)? (...). O sea, van desarrollando más pues, juegan más (...) ¿Y los niños que no consumen las Chispitas, cómo son, cómo se les ve? o sea

ya pues, si no les dan las Chispitas, están ahí flaquitos (...) serán calladitos...ni hablan” (P1 Comité de Gestión SAF)

“El niño que toma sus Chispitas... se cría más inteligente (...) o sea, más juguetón (...). ¿Y cómo sería el niño que no consume sus Chispitas? (...) será que se siente... triste, calladito. (P1 ACS SAF3)

“¿Y para usted cómo se ve un niño que come sus Chispitas? Eh, porque es un niño más proactivo, más alegre, más vivaz ¿no? No es un niño sumiso, no es un niño triste ¿no?” (P1 Funcionario Municipal 3)

La imagen de aquellos que no consumen el MMN, nos sitúa por el contrario ante niños decaídos y tristes, callados y sin ánimo; características que darían cuenta de niños padeciendo anemia, tal como estas Facilitadoras señalan,

“¿Cómo es un niño que sí come sus MMN? Ya no está anémico, perezoso, quiere jugar (...). El niño está más alentado (sic) tiene ganas de hablar, gordito...y el que no consume, pálido, no tiene ganas de nada” (P1 GF Facilitadoras SAF)

➤ LA PROTECCIÓN QUE BRINDA CONTRA LAS ENFERMEDADES

Ofrecer un escudo de protección contra las enfermedades, propiciando de esta manera, un crecimiento saludable, haciendo *“fuertes y duros”* a los niños y a las niñas y resistentes a cualquier embate; compone una línea muy valorada entre los actores comunales,

“...para mí sí, si son necesarias (...) fortalece al niño, lo protege, sí (...). Se logra su crecimiento pues, su buen estado de salud (...) se conserva bien, ese niño ¿no ve que está protegiéndose? (...) sea un niño bien duro (...) se críe fuerte” (P1 Consejo de Vigilancia SAF)

“Y ya no se enferman mucho” (P1 Comité de Gestión SAF)

“Para mí es muy bueno, es un micronutriente que va a reforzar, la salud de los niños. ¿Cuál cree que sea el impacto que se pueda lograr a través de su consumo? Que el niño crezca sano ¿no? Más fuerte” (P1 Funcionario Municipal 3)

➤ EL AUMENTO DEL VALOR NUTRICIONAL DE LA DIETA COTIDIANA DE LOS NIÑOS Y DE LAS NIÑAS

La constatación que no siempre se encuentran disponibles, alimentos de alto valor nutricional, como aquellos de origen animal en la dieta de los niños y de las niñas, distingue la importancia del consumo del MMN, pues complementa, las posibles carencias de la dieta habitual,

“...básicamente es para ayudar al crecimiento del niño y para mejorar un poco su alimentación (...) casi como un complemento, ¿no es cierto? Si de repente ¿no? al niño por algún motivo, no le da carne o no le da leche o a veces, al niño no es que no le da, sino que no le gusta, entonces tiene micronutrientes que suple un poco de alimento, que no se les pueda dar” (P1 ACS SAF1)

(c) Región Ucayali

(i) Cuidadoras principales Usuarias y No Usuarias

➤ APORTAN EN EL BUEN CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y DE LAS NIÑAS

El propósito del consumo, estaría orientado a lograr procesos de crecimiento y desarrollo de los niños, en forma saludable, tal como manifiestan estas usuarias entrevistadas,

“...yo no sabía antes, pero ahora, lo que me dicen, es bueno para que mis hijos crezcan y sanos (...) un niño que no toma esos sobrecitos ¿Qué le pasa? Le enferma (...). A veces crecen pálidos” (U2 cuidadora principal usuaria SAF3.2)

“¿Para qué será bueno? Porque crece más rápido” (U2 cuidadora principal usuaria SAF1)

➤ AUMENTAN EL APETITO

Estas cuidadoras principales usuarias, destacan la relación entre el MMN y su acción en el aumento del apetito,

“Me ha dicho para darlo a los hijos, que no tienen ganas de dar apetito” (U2 cuidadora principal usuaria SAF3.2)

En el siguiente testimonio, va a ampliarse más específicamente, la importancia que se atribuye al MMN, de levantar y acrecentar el apetito. Esta CP relata que su niña fue diagnosticada con anemia, mostrando escaso apetito; situación que toma un giro positivo, al incorporar el MMN. Es precisamente, al observar el aumento del apetito, que se refuerza su motivación de ofrecer el MMN, además se enlaza con la recuperación de la anemia que la niña padecía,

“Primero tenía anemia mi hijita, no quería comer. Y luego ha empezado a comer sus Chispitas (...). ¿Y hace cuántos meses que ha tenido anemia? Cuando tenía siete meses. Siete mesecitos y ahí empezaste con las Chispitas. Por eso intentaba de dar (...). Ahora come todo su sobrecito, come (...). Ahora come ya bien. Cuando ha empezado a comer su Chispita, ha empezado a comer así. Come bien ya” (U2 cuidadora principal usuaria SAF2)

➤ LA DIFICULTAD DE PRECISAR EL SENTIDO DEL CONSUMO DEL MMN

Esta cuidadora principal usuaria, no puede precisar el sentido del consumo, es decir, cuál es el propósito o las funciones que cumple el MMN, ya sea en la nutrición o en la salud del niño. Es interesante constatar en este caso, que este testimonio procede de una cuidadora principal usuaria, que estaría ofreciendo el MMN,

“¿Pasa algo si no le das a R. este sobre? No ¿No pasa nada? No pues (...) ¿Por qué le das? No sé ya (...) le doy para... que esté con normal. ¿Para qué me dices? Así nomás pues” (U2 cuidadora principal usuaria 3.1)

Tal como en los casos similares hallados en el Servicio de Cuidado Diurno (para no usuarias); se vuelve a reiterar en la necesidad de reforzar de forma permanente, en los *beneficios del MMN*, tarea que implica a las actividades de *Acompañamiento* que brinda el Servicio, tema que será abordado más específicamente.

➤ LA DESCONFIANZA E INSEGURIDAD RESPECTO AL MMN

Se ha hallado un caso, en el cual la cuidadora principal no usuaria, que no brindaría el MMN, refiere su desconfianza respecto a su posible carácter dañino,

“...si yo tuviera un niño, ¿me recomendaría darle a mi niño? (traductor) No lo recomendaría (...) o sea, ella misma no le da, porque de repente, le hacía daño, por eso le da su comida natural” (U2 cuidadora principal no usuaria SAF2)

(ii) Los otros actores sociales: PNCM - Salud

➤ EL APOORTE CAPITAL EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA

Una de las principales virtudes del consumo del MMN; reside en la posibilidad de *prevenir* el riesgo de anemia y desnutrición,

“Para que el niño que está en primera infancia, para que le ayude a la anemia, a la desnutrición. El niño pues, esté vigoroso. Ayude a prevenir las enfermedades, que son tan comunes en la Primera Infancia” (U2 Acompañante Comunitaria SAF)

“...me parece bien, porque por intermedio de las Chispitas, nosotros estamos dando una orientación, sobre los riesgos de desnutrición, sobre la anemia de los niños...” (U2 Personal de Salud CRED SAF)

La preocupación por los indicadores de anemia a nivel de la Región, va a remarcar la importancia del consumo del MMN, como medida orientada a reducir dicha condición entre los niños y las niñas,

“...los MMN sirven para mejorar los índices de anemia del niño” (U-Coordinadora SAF)

“¿...por qué diría que es necesario promover los micronutrientes? Para disminuir, más que todo para disminuir la anemia en los niños, tenemos el problema de desnutrición y anemia, por eso es importante el micronutriente, para bajar los indicadores” (U2 Personal de Salud Red)

La importancia que adquiere el consumo del MMN, se amplifica si se considera el aumento notable de anemia en la Región, tal como el Responsable de Nutrición de la Microrred subraya, además, se anota que un porcentaje considerable de niños y niñas no completaría el esquema de suplementación,

“...qué mejor que los niños lo aprovechen (...) debido a que ha aumentado la anemia en la Región, de cada dos niños, uno tiene anemia, entonces...incluso, es más del 50%, estamos bordeando el 60% (...). El consumo a nivel de su jurisdicción, ¿cómo se está dando (...)? Ese es el gran problema, los resultados nos dicen pues, que casi el 70% no culmina” (U2 Personal de Salud Microrred SAF)

➤ LA PROTECCIÓN QUE BRINDA CONTRA LAS ENFERMEDADES

La defensa o escudo contra las enfermedades, ha probado ser otro de los beneficios reconocidos, del consumo del MMN, tal como la Acompañante Comunitaria subraya (más aún, en un contexto – como anota – en donde la búsqueda de atención en el establecimiento de salud, por las familias, no resultaría una práctica extendida). Comunica que las familias que ofrecen el MMN, observan que sus niños no suelen presentar enfermedades recurrentes y hallarse más saludables,

“...hay familias cuando consume su bebé, le ven un poquito fortalecido (...) Y siempre dicen que sí es bueno que consuman, porque ven que el niño, hay un cambio en ellos, no casi se enferman, porque los niños en las comunidades, se enferman pues, fuerte y ellos muchas veces no los llevan al Puesto de Salud” (U2 Acompañante Comunitaria SAF)

➤ EL APOORTE EN EL DESARROLLO COGNITIVO DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

La Coordinadora SAF, señala que el MMN – dados sus componentes – no sólo ayuda a prevenir la anemia, sino también, contribuiría a desarrollar el cerebro, en el período crítico de los tres primeros años de vida,

“...también tiene otros componentes (se refiere al MMN) que te ayudan a desarrollar el cerebro del niño (...) hace que se desarrolle de manera más óptima, el cerebro del niño” (U-Coordinadora SAF)

El consumo del MMN, se presenta ante las cuidadoras principales, como un gran punto de inflexión, en el desarrollo de sus niños y niñas, pues reconocen cambios significativos en sus habilidades cognitivas (el uso de la comparación con los niños no suplementados, permite efectivamente, *“notar la diferencia”*, a las cuidadoras principales (ya se ha presentado, la evaluación de aquellas madres que no dieron a sus hijos mayores este tipo de suplementación y que observan actualmente, diferencias críticas en sus hijos que consumen el MMN; deseando haber tenido la oportunidad de brindárselo a sus otros hijos),

“Cuando no se consume las Chispitas, ¿qué es lo que ocurre con los niños? Mira (...) las mamás notan la diferencia, notan que el niño que está recibiendo sus Chispitas, que acuden siempre a sus controles (...) notan que son niños más despiertos, más hábiles, cosa que no eran sus otros hijos ¿no? de repente, no han tenido esa oportunidad (...) “usted va a notar la diferencia le digo, entre este niño que está suplementándolo y con otro que de repente, no ha tenido la oportunidad” (U2 Personal de Salud Microrred SAF)

➤ AUMENTAN EL VALOR NUTRICIONAL DE LA ALIMENTACIÓN COTIDIANA DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

La conjunción de la alimentación que se brinda, más la inclusión del MMN, significaría para este responsable CRED, que el niño o la niña *“reciba más alimentación”*, noción compartida con un actor comunal; reforzando y enriqueciendo su dieta cotidiana, la cual no siempre cubre las necesidades nutricionales requeridas,

“...es importante, porque se ve la necesidad de la alimentación de los niños (...) por intermedio de las Chispitas (...) ese niño, más incluir la comida, más los micronutrientes, pueden recibir más alimentación, para evitar las anemias” (U2 Personal de Salud CRED SAF)

“...baja de peso, según alimento que le da, se baja de peso, eso es para poder reforzar...” (U2 Consejo de Vigilancia SAF)

En efecto, las deficiencias nutricionales de la dieta cotidiana a nivel local, especialmente, de minerales esenciales como el hierro, subrayan la importancia de consumir el MMN, con el fin de complementar la alimentación, tal como el Responsable de la microrred de salud y la Encargada de la Estrategia de Nutrición, anotan,

“...es importante que se incluya este suplemento, para complementar la alimentación, ¿no? porque (...) estamos conscientes, que la dieta no cubre los requerimientos (...) ya se ha demostrado por estudios, que la dieta, especialmente, del pueblo ucayalino, no cubre los altos requerimientos de hierro que necesita el niño menor de tres años” (U2 Personal de Salud Microrred SAF)

“...los alimentos que normalmente, consume la familia, no tiene esos micronutrientes en la cantidad que debería consumir (...) son micronutrientes que estamos dando al niño, para suplir lo que necesite (...) porque si nosotros no le damos, siempre vamos a tener una población diezmada, con pocas oportunidades de crecimiento y desarrollo” (U-Personal de Salud Región)

Reforzar la alimentación, mediante el aporte de micronutrientes básicos, representaría así, uno de los beneficios más importantes del MMN; ayudan de esa manera, al crecimiento y desarrollo de los niños, pero sobre todo, sientan las bases para un futuro más promisorio, en el campo intelectual, pero también laboral,

“El impacto que vamos a generar, cuando hay un consumo regular de estos micronutrientes, es que vamos a tener pues, niños con un mejor crecimiento, mejor desarrollo, es decir, un individuo más apto a la competitividad, es decir, un niño que más adelante, cuando sea adulto, va a tener mejores condiciones de trabajo, va a producir más en el campo de la producción” (U-Personal de Salud Región)

Uno de los actores, situados un tanto “periféricamente”, del tema específico del MMN - funcionario del Gobierno Local - va a indicar que desconoce el propósito de su consumo. Las implicancias de tal desconocimiento, podrían afectar los niveles de compromiso y trabajo a favor de su consumo, en la localidad,

“No tengo información de eso (del MMN), solamente, veo que los niños tienen eso” (U2 Funcionario Municipal SAF)

2. Síntesis de los hallazgos en las tres regiones

Encontramos un núcleo consistente de nociones asociadas a la **importancia y valoración del MMN**, en la mayoría de **cuidadoras principales**. Si bien para fines del análisis, los diversos beneficios que el consumo del MMN aporta, se presentan de manera específica, éstos se hallan fuertemente, entrelazados. Distinguiamos las siguientes ideas centrales, fortaleciendo el consumo:

- La clara asociación que se realiza con la prevención de la anemia (esta aparente claridad, no debe ocultar el hecho, que no siempre se conoce en qué consiste dicha condición ni sus implicancias para la salud de los niños y de las niñas; conocimiento que permitiría situar su gravedad y alertar sobre la condición de vulnerabilidad a la cual se está sujeto).
- El aporte en el buen crecimiento y desarrollo del niño y de la niña, conforma otra de las ideas-fuerza de su importancia; evidenciándose claramente, en la evolución positiva de indicadores de peso y talla.
- El buen desarrollo cognitivo de los niños, constituye tal vez, una de las nociones más poderosas y movilizadoras, vinculadas con el MMN; tiene la virtud de alinearse con las expectativas que las cuidadoras principales, proyectan respecto al buen desempeño escolar de sus hijos e hijas, base de un futuro más promisorio a nivel social (la contundencia de esta representación, podrá apreciarse al examinarse las *opiniones críticas a nivel social* (desarrollados extensamente, en la siguiente sección) y que atacan precisamente, la *promesa* de este beneficio). Otra cualidad fundamental, reside en que se sitúa en un

- horizonte de mediano y largo plazo, alentando y motivando la práctica continua y regular del consumo (de esta manera, ayuda a comunicar con mayor fuerza, el carácter preventivo de las prácticas de salud y combatir aquellas posturas que no aprecian resultados inmediatos).
- (d) La protección contra las enfermedades, representaría otro de los aportes más apreciados del MMN; dada su contribución sustancial en el buen estado de salud de los niños y de las niñas
 - (e) Es importante destacar el enlace que se realiza de *diferentes planos de desarrollo* y que a lo largo de la exploración del tema, han mostrado gran coherencia en las representaciones de los actores. El consumo del MMN, no sólo distingue aportes en el plano físico y cognitivo, sino también emocional y social; las imágenes que describen a los niños, que consumen el MMN, son particularmente, gráficas de este sentido integral – *niños fuertes, sanos, con grandes deseos de aprender, alegres y participativos, así como independientes* -

Este conjunto de nociones se encuentra presente en las tres Regiones de estudio y en ámbitos del SCD y del SAF; asimismo, no se observan mayores distinciones críticas entre las posiciones de las *CCPP usuarias como no usuarias*; como entre aquellas que *ofrecen o no ofrecen el MMN*, a sus niños y niñas. Si consideramos el eje consumo / no consumo, a la luz de esta perspectiva favorable de la acción de los MMN, encontramos que muchos de los casos de no consumo, no se hallan vinculados a razones radicales de rechazo, tales como su descalificación por considerarlos intrínsecamente, nocivos. Tal rechazo – como el análisis de la dimensión de “Consumo y aceptabilidad del MMN” establecería – se vincula con eventos no deseados como diarreas o con la atribución de sabor y olor desagradable del MMN; líneas críticas que pueden ser remontadas con actividades de acompañamiento y consejería.

En menor medida, algunas cuidadoras principales entrevistadas, tanto usuarias como no usuarias, dan cuenta igualmente, de una ***posición crítica frente a los beneficios del MMN***. En el caso de la ***Región Huancavelica*** y en ambos Servicios del PNCM, encontramos ***cuestionamientos a la eficacia del MMN***, no lográndose establecer efectos significativos a partir del consumo, incluso se detallan efectos contraproducentes en la salud del niño. Asimismo, se incrementan las dudas, respecto a su carácter beneficioso, dados los ***atributos de sabor y olor*** que se perciben. En la ***Región Piura***, encontraremos algunos rasgos similares a lo hallado en Huancavelica, así, una cuidadora principal ***usuaría del SCD***, no establecería mayores diferencias vinculadas al consumo del MMN, en el desarrollo de los niños y de las niñas, no hallando beneficios en la medida de suplementación. En el ámbito del ***SAF***, hallamos una cuidadora principal ***no usuaria***, que se rehúsa a brindar el MMN, dados sus efectos negativos atribuidos (principalmente, dolencias estomacales). En lo que respecta a la ***Región Ucayali***, antes que posturas de oposición; identificamos que algunas cuidadoras principales ***no usuarias del SCD***, no logran precisar los beneficios ni el sentido del consumo del MMN. Esta misma situación se plantea en el caso del ***SAF***, pero en cuidadoras principales ***usuarias del Servicio***. Un caso de ***cuidadora principal no usuaria-SAF***, plantearía una fuerte desconfianza, respecto al MMN, pues le atribuye un posible carácter nocivo.

Las cuidadoras principales, van a caracterizar la importancia que atribuyen al MMN, desde diversas posturas y experiencias. Así, la valoración va a sustentarse en la *experiencia directa*, más claramente, en los *cambios que aprecian* en sus hijos o hijas, a partir del consumo; en sus expectativas de futuro éxito escolar; en la referencia del personal de salud, siguiendo en esta perspectiva, el criterio de autoridad; en las opiniones de actores cercanos y significativos, estimulando y alentando su consumo. Una fuente importante, que revela igualmente, la importancia que se proyecta o atribuye a los MMN, lo constituye la indagación en torno a las diferencias que podrían advertirse en los niños que los consumen o no los consumen.

En lo que concierne a la valoración e importancia del MMN, atribuida por los actores PNCM-Salud, distinguimos las siguientes nociones estructurando sus representaciones: (a) ***el rol capital en la prevención y reducción de la anemia*** (serán principalmente, los actores situados en el nivel Regional, quiénes destacarán una visión más global de la medida de suplementación, en tanto estrategia clave); (b) el aporte que brinda al ***desarrollo integral del niño y la niña*** (bajo esta noción, se reúnen los beneficios que se advierten en el buen crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas y que se vincula al orden físico; se enlaza igualmente, su contribución con el desarrollo del potencial cognitivo, identificando además, sus efectos en el plano emocional y en el desenvolvimiento social de los niños y las niñas); (c) la ***protección que confiere contra las enfermedades, mejorando con ello el estado de salud de los niños y las niñas***; la imagen de un niño más y mejor protegido, conformaría otra noción que comunica las virtudes de su consumo y (d) ***el aumento del valor***

nutricional de los alimentos, representa una idea también presente, habida cuenta de la constatación de las deficiencias nutricionales de la dieta cotidiana.

Como podemos apreciar, nos encontramos ante una comunidad fuertemente, alineada de actores, respecto a las principales representaciones que dan cuenta de la alta valoración que se atribuye al MMN.

LAS OPINIONES SOCIALES SOBRE LOS MMN

Las diversas **opiniones sociales**, que se articulan en torno al MMN; y que son comunicadas por los diferentes actores del estudio, constituirán materia de indagación en el presente tema, identificando en qué medida se tornan **facilitadores o barreras** de su consumo y aceptación. La incorporación de estas opiniones sociales, circulando en el contexto de referencia de los actores, permite introducir una suerte de contrapeso respecto a las representaciones que sostienen su valoración e importancia; apreciar así el balance que en ocasiones ejerce la CP, al sopesar sus propias nociones con aquellas de orden negativo y que se vincularían con sus decisiones en torno al consumo.

Distinguiremos dos grupos de actores: aquel de cuidadoras principales y el de los actores vinculados al PNCM, además del personal de salud, situado en diferentes niveles de referencia; para cada grupo se identificarán aquellas representaciones y prácticas que proveen un marco favorable al consumo y en contraste, las representaciones de orden negativo que rodean el MMN; en la síntesis del capítulo, se establecerá el diálogo de lo hallado en ambos grupos.

La información se ha organizado por Regiones y Servicios; de tal manera que permita establecer la diversidad pero también la consonancia que muestran los diferentes ámbitos de estudio. El análisis del tema, se nutre de las entrevistas en profundidad y de los Grupos Focales desarrollados.

1. Análisis Regional

A) Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno

(1) Subdimensión: Las prácticas que favorecen y promueven el consumo del MMN

(a) Región Huancavelica

(i) Cuidadoras principales Usuarías y No Usuarías

Notemos en el siguiente ejemplo, cómo el rol del padre, acompañando las dificultades y problemas del consumo que atraviesa su hijo, provee a esta cuidadora principal, no sólo apoyo explícito al consumo del MMN, sino también, recomendaciones específicas para superarlos. A pesar de una historia de consumo sin mayores tropiezos, durante los primeros meses; el niño empieza a dar indicios de rechazo. La madre explica dicha conducta, a partir de su percepción del olor desagradable, que aportaría el MMN. Dado que es una entrevistada que ha mostrado una fuerte adhesión a los beneficios del MMN, insiste en el consumo, mas el padre recomienda inducir al *olvido* (temporal) al bebé, pues seguir insistiendo, podría tener resultados contraproducentes,

“Mi esposo me dijo “déjalo, se va a olvidar, y va a volver a consumir” y sigue consumiendo mi hijo, porque si hubiera exigido más, más se hubiera asqueado, pero como he dejado de dar y nuevamente, le he vuelto a dar...” (H1 cuidadora principal usuaria SCD2)

En este caso de *interrupción del consumo*, el entorno familiar más cercano, muestra sin embargo, una actitud y una práctica consistente con el ofrecimiento del MMN, tal es el caso de la hermana de la entrevistada, cuyo hijito lo consume *“desde que ha aprendido a comer”* y alienta a la cuidadora principal, a retomar la práctica,

“En su familia, ¿no le dijeron “dale sus Chispitas”? Sí me dicen, por ejemplo, mi hermana siempre le ha hecho consumir a su bebé, ya se ha acostumbrado, porque a ella le ha dado de bebé, porque estaba

en Huancavelica, le han dado de bebito, porque ha estado en incubadora, así ha crecido, desde que ha aprendido a comer, le daban ” (H2 cuidadora principal no usuaria SCD2; subrayado nuestro)

“En algún momento, ¿alguien de su familia, le dijo que no le diera? (...) Más bien me dicen, que le dé (...). Su hermana, ¿le sigue diciendo que le dé? Sí, me dice que le dé, pero hasta ella le hacía comer a ella (a la bebé) pero no lo quiere y ella también se molestaba, cuando no quiere, pierde la paciencia también” (H2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

En el círculo más amplio, se constata igualmente, comentarios y opiniones que afianzan el consumo del MMN, subrayando sus aportes en el crecimiento y en la salud del niño y de la niña,

“¿Qué hablan las mamitas sobre Chispitas? (...) Sí, bueno dicen. (...) ¿Por qué dicen esas mamás que es bueno? Porque nos sirve para nuestro hijito, para que crece, para que esté sano” (H2 cuidadora principal usuaria SCD4.1)

“...las mamás dicen, “la Chispita es buena, y por eso, yo lo llevo a la Cuna a mi hijito, para que reciba su Chispita” (H2 cuidadora principal no usuaria SCD1)

Asimismo, la construcción de un contexto, cada vez más propicio al consumo del MMN, se ha visto beneficiado con la difusión de información en diversos medios de comunicación – principalmente, la radio y la televisión - generándose de esta manera, una comunidad *pro Chispitas*, que deja de circunscribirse al ámbito de interés y preocupación de las *cuidadoras principales* y sus familias o del establecimiento de salud. Los mensajes suelen relevar su función de protección contra las enfermedades, principalmente, la anemia y su gran valor nutricional,

“Hasta ahora en la radio, también está hablando de Chispita, por eso, mis hijos, mayorcito, también me dice, “dales diario Chispita”. Escucha en la radio y lo que oye “tiene más alimento Chispita, dale”, me dice ya” (H2 cuidadora principal usuaria 4.2)

(ii) Los otros actores sociales: PNCM y Salud

Es interesante destacar cómo la experiencia concreta de las cuidadoras principales, con buenos resultados respecto al MMN, se convierte en fuente de motivación y confianza para otras cuidadoras, aún renuentes o en duda, respecto al MMN; promoviendo sobre todo, los beneficios de su consumo, los cuáles advierten en un mejor estado de salud de sus niños y en la mayor energía que despliegan. El intercambio que se produce - en este caso, en el área de espera de atención en el establecimiento de salud y que refiere la responsable CRED - puede convertirse en una estrategia formal, de trabajo con las cuidadoras principales,

“Y ¿usted ha podido escuchar comentarios, más bien a favor, del consumo de las Chispitas? Algunas mamás, recomendando a otras, que continúe con las Chispitas acá (en el establecimiento de salud) esperando el turno para la atención, entre ellas comentan y dicen ¿no? “¿para qué te toca? (...) y ahí las mamás dicen, “no, le toca Chispita”, “ah, la Chispita ¿y le estás dando?”, a veces entre ellas, ahí se escucha si le dan o no le dan y la otra le recomienda, “dale, es bueno, es esto, es esto, así”, sí se escuchan buenos comentarios (...) algunas mamás le recomiendan a otras, que es bueno, que continúen con la administración, incluso dicen, que los niños no se enferman mucho, están más sanitos, más activos...” (H1 Personal de Salud CRED SCD)

En efecto, es importante en términos estratégicos, propiciar espacios de encuentro, en donde las cuidadoras principales puedan dialogar y apreciar casos exitosos de consumo y sobre todo, ver directamente, sus efectos en los niños y en las niñas (el Responsable de la Microrred de Salud, se ha referido a la importancia de contar con ejemplos concretos, que fomenten la *imitación* o el contagio entre las cuidadoras principales). En este diálogo, se trata de reconstruir la experiencia exitosa, que muestre qué dificultades se enfrentaron, cómo se superaron, qué ayudó o facilitó la práctica de consumo, entre otros temas, sirviendo así de referencia, comunicando sobre todo, la factibilidad de lograr el consumo,

“¿Y por qué cree que las mamás sí quieren darle estas Chispitas a los niños? Porque todo entra por los ojos y la madre es imitadora, todos por naturaleza imitamos (...) “si yo veo que mi hijo está bonito, gordito, saludable, se ríe, que juega, que no se enferma, porque le están dando las Chispitas, yo lo voy a hacer igual” (P2 Personal de Salud Microrred SCD)

Por su parte, estos Especialistas, observan igualmente, una tendencia cada vez más positiva, respecto al consumo, dadas las acciones de sensibilización que articula el *personal de salud* como el PNCM; además de una circulación mayor de información,

“...es un mínimo porcentaje (se refiere al rechazo del MMN), pero sí existe todavía, ¿no? ¿Y a qué se debe que ya es un mínimo porcentaje? Yo pienso que la sensibilización (...) del personal de salud, me parece” (H-Especialista en Salud SCD)

“...ahora se ha superado, porque antes (...) cuando íbamos a los hogares más alejados, veíamos en donde tienen sus animales, ahí las Chispitas tiradas (...) ahora, en los lugares donde voy, no, ya no escucho ya, lo que antes escuchaba (...) hablaban de todo (se refiere al objetivo de embrutecer). ¿Y por qué será que ha cambiado esto? Porque me imagino que hay mayo información, no solamente, de nosotros, sino también Salud está trabajando” (H-Especialista en Gestión Comunal SCD)

Esta mayor información sobre el MMN, se evidencia igualmente, en su tratamiento en los medios de comunicación y en materiales de difusión,

“...estos últimos años, le toman más prioridad a las Chispitas, especialmente, ahora ¿no? veo ya en la radio, hay publicaciones en gigantógrafos del consumo de las Chispitas” (H2 Acompañante Técnica SCD)

(b) Región Piura

(i) Cuidadoras principales Usuarías y No Usuarías

Estar pendientes del ofrecimiento puntual del MMN, a los niños y a las niñas, o de incentivar su consumo por parte principalmente, de los esposos y de familiares cercanos (madres, hermanas), constituye una fuente de motivación y recuerdo constante para la cuidadora principal. Notemos cómo los padres, se involucran más activamente, cuando son informados de los beneficios del MMN,

“En casa, ¿hay alguien que te ayude con el tema de las “Chispitas”? (...) Mi esposo me hace acuerdo (se refiere a recordar). Y cuando le dieron a ella, ¿qué pensó tu esposo? Ah, yo le expliqué que era para que ellos estén más alimentados, que tenía bastante hierro (...) y ya pues, él, porque mi esposo trabaja, cuando llamaba, ya él me decía, “dale sus “Chispitas” (P2 cuidadora principal usuaria SCD3)

“...los padres dicen, “no, tienes que darle, porque ta’ bajo de hemoglobina, tienes que insistirle” (P2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

“¿En algún momento, has dejado de dárselos, aparte que te hayas olvidado? A veces, no me olvido ya, porque mi mamá me hace acuerdo” (P2 cuidadora principal usuaria SCD4)

El conocimiento de casos de cuidadoras principales que ofrecen el MMN, ayuda igualmente, a conformar una suerte de entorno cada vez más sensible al consumo,

“¿Y qué opinan las vecinas? (...) La mayoría que tiene bebés por aquí, sí le dan las Chispitas” (P2 cuidadora principal usuaria SCD3)

“...mis dos hermanas tienen sus bebés y ellas les dan” (P2 cuidadora principal usuaria SCD3)

El intercambio de experiencias y comentarios entre vecinas, sobre cómo brindan el MMN, da una base de confianza a esta cuidadora principal, quién refería algunos problemas de comprensión en torno a su administración,

“Y ¿Cómo lo haces tú en casa? Me dices que no le entiendes muy bien (...). Ah, porque yo ahí me acuerdo pues, porque me dicen que en la comida, tengo que echarle, un sobrecito en la comida, yo le echo. Eso te acuerdas, ¿por la enfermera o por lo que te dicen? No, por lo que me ha dicho. ¿Por lo que te dice quién, la enfermera u otras personas? No, ahí mis vecinas también les dan, así dicen también, así lo hacen” (P2 ES SCD1)

Las “Chispitas” no sólo se mueven en el área del personal de salud, son asimismo, objeto de atención a nivel del Municipio, se hace referencia en este caso a una reunión, en la cual se abordó de manera específica, la preparación del MMN, aplicando una metodología práctica. Lo esencial de la

experiencia es su extensión cada vez mayor, involucrando diversos ámbitos locales y políticos, el MMN va conformando así, parte del discurso ya no sólo del personal vinculado a la salud o a los Programas Sociales, sino se abre al de autoridades y otros actores políticos, creando una corriente favorable, respecto al consumo. Asimismo, su tratamiento en los medios de comunicación, contribuye igualmente, en la confianza y conocimiento del producto,

“...la Municipalidad hace tres meses, hicieron una reunión, como del Programa “Juntos” (...) inclusive fue de las Chispitas también, me enseñaron cómo tenía que prepararlo” (P2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

“...hasta en la tele sale que los protege de las enfermedades, que les protege de la anemia” (P2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

(ii) Los otros actores sociales: PNCM y Salud

La evidencia de la eficacia del MMN, reconocida y proclamada por cuidadoras principales y familias usuarias, va conformando toda una corriente favorable que destaca su consumo y beneficios. La visibilidad de cambios positivos, observados en los niños que asisten especialmente, al Programa, han resultado relevantes y sin duda, tienen gran impacto social. Son estas experiencias, a través de los testimonios de las propias cuidadoras principales, las cuales merecen difundirse más ampliamente, entre la población, alcanzando a las familias no usuarias del Servicio; no obstante, no sólo se trata de levantar la eficacia del MMN, sino también de comunicar a las familias, una suerte de modelo de atención del niño y la niña – que si bien se plantea en un entorno institucional – reconstituye aspectos fundamentales del cuidado, articulando aspectos afectivos y nutricionales, vitales para remontar condiciones críticas de salud de los niños,

“...hay muchas versiones tanto de las cuidadoras como algunas familias usuarias, que sí el micronutriente ha ayudado mucho a algunos niños, que habían entrado al Programa Cuna Más. A las Cunas han entrado en una etapa de bastante necesidad, no solamente, de afecto sino también nutricional, porque hay niños que han estado muy flaquitos, muy pálidos y con ese consumo y muy aparte el tema de también brindarles otro tipo de alimentación en el Programa y adicional el micronutriente, ha ayudado a muchos niños a salir de la anemia” (P-Especialista en Gestión Comunal SCD)

Otro de los aspectos favorables que este entrevistado, encuentra entre las apreciaciones de la población sobre el MMN, lo constituye su reconocimiento como una ayuda valiosa, puesto que no se cuenta con recursos económicos, para comprar productos sucedáneos,

“¿Qué dice la gente sobre las Chispitas? Bueno, algunos dicen, que es una ayuda para su bebé que le brinda (...) “yo no tengo para comprarle una vitamina, no; con eso que el Centro de Salud me da, con eso yo estoy mejorando a mi niño y dejo de darle otros sustentos que de repente, le pueden hacer daño, ¿no? Y con eso, que de repente, es poco, le ayuda a los niños” (P2 Consejo de Vigilancia SCD)

(c) Región Ucayali

(i) Cuidadoras principales Usuarias y No Usuarias

Un referente significativo – en este caso, la madre de la entrevistada – dando impulso y seguridad al consumo del MMN, al remarcar su carácter beneficioso, afianza la adhesión,

“...mi mamá siempre me decía, “dale hija, es bueno”. Ella más que todo, me ayudó bastante” (U2 cuidadora principal usuaria SCD1)

Es interesante cómo el criterio de autoridad se invoca (“la enfermera sabe”) en la voz del esposo, a favor del consumo del MMN,

“Y cuando ve que le das, ¿Qué te dice (su esposo)? “Le das, para que coma”, me dice, “que la enfermera sabe” (U1 cuidadora principal no usuaria SCD3)

Asimismo, conocer la experiencia concreta de otras cuidadoras principales – familiares y vecinas - brindando el MMN a sus niños, se convierte en otra fuente poderosa de seguridad y motivación para

el consumo. Notemos cómo la referencia de sus beneficios evidentes, animan a poner en práctica el consumo,

“...hasta el momento, no he escuchado un mal comentario, la mayoría he visto que le dan a sus bebés y lo comen, me (dijeron) que les hacía bien, “qué bien” les decía, por eso, yo también decidí probar” (U2 cuidadora principal usuaria SCD1)

“Y tus vecinas, ¿qué opina la gente por acá? “¿Le haces comer? porque siempre me dan”, me dicen. Todos ellos le hacen comer sus Chispitas, que siempre les da la enfermera, me dice. “Mi hija está haciendo comer, mi nuera también está haciendo comer”, me dicen, “es bueno” y le dan a los niños, no me dicen “no” (...) les hacen comer, mis cuñadas también están haciendo comer a sus hijos, que son chiquitos...” (U1 cuidadora principal no usuaria SCD3)

Dado el valor que se le atribuye, esta entrevistada considera fundamental, no desaprovechar, el acceso que se facilita a través de la acción del Estado (el cual no siempre resulta estable y permanente en el tiempo),

“...de las Chispitas, ¿Qué se habla acá en la comunidad? Que sí es bueno (...) “hay que darle” dicen, porque a veces, no hay que desperdiciar, las oportunidades que nos dan (...) para el otro Gobierno, no sé cómo será o qué vendrá, algo nuevo o seguirá este” (U1 cuidadora principal usuaria SCD4)

El tratamiento del MMN en los medios de comunicación (se hace referencia a la radio), genera igualmente, una esfera de confianza; en la medida, que el tema de la suplementación con el MMN, deja de circunscribirse a un asunto familiar o que se resuelve en el marco del establecimiento de salud y se convierte en materia de intercambio y discusión en el ámbito público.

El siguiente testimonio, ilustra con claridad el contexto de ambigüedad en que se asienta la introducción del MMN y en el cual, la cuidadora principal se ubica; ésta se encuentra eventualmente, en una suerte de encrucijada, debatiéndose en medio de la duda. En tanto su esposo le reclama, por qué no ofrece el MMN; siente a la vez recelo, pues ha escuchado comentarios afirmando su carácter nocivo,

“Su papá de mi hijita, me dice “¿por qué no le das, no le echas a su comidita, eso que está dando la enfermera?”... Y a veces, le digo yo que... a veces escuchamos (...) la señora conversa conmigo y me dice “eso que da la enfermera, a veces le hace mal, porque lo mandan de Estados Unidos” (U1 cuidadora principal no usuaria SCD1.2)

Con este testimonio, nos deslizamos hacia las diversas lecturas de oposición o crítica al MMN.

(ii) Los otros actores sociales: PNCM y Salud

Si bien existe una posición crítica al consumo del MMN, entre algunas CCPP, es posible observar una tendencia cada vez más auspiciosa, pues tal oposición tiende a reducirse progresivamente. Es interesante el contrapeso que precisamente, plantean otras cuidadoras principales, ensalzando las virtudes del MMN y sus efectos favorables en el desarrollo y la salud de sus niños y niñas, y que estos actores comunales y regionales identifican,

“¿...la mayoría de madres se oponen o son pocas...? Bueno, ya son casi son pocas (...) ha ido bajando” (U1 Comité de Gestión SCD)

“...algunas mamás dicen, “a mi niño no le doy, porque le da diarrea”, o por decir, “le marea, porque es muy fuerte”. Otras mamás dicen, “no, yo le doy a mi niño, las Chispitas, porque le veo bien, fuerte, saludable, ya no compro otras vitaminas” (U2 Comité de Gestión SCD)

“...lo que sí he escuchado, “desde que empezó a consumir las Chispitas ha engordado mi niño...”, ese es un aspecto positivo” (UEPJUT; U-Coordinadora SCD)

(2) Sub-dimensión: Las representaciones que actúan como barreras, desalentando la práctica de consumo del MMN

(a) Región Huancavelica

(i) Cuidadoras principales Usuarias y No Usuarias

➤ EL CARÁCTER DAÑINO Y CONTRAPRODUCTIVO DEL MMN

La generación de *diarreas* en los niños, debido al consumo del MMN, constituye una noción bastante común y extendida entre las cuidadoras principales (ya se ha descrito cómo este posible efecto secundario en los niños, se torna en una de las razones centrales, que lleva a decidir a la madre, discontinuar la práctica de consumo, dado el temor que el niño se recuse a comer y pierda peso, si se sigue ofreciendo el MMN),

“Cuando conversan con las vecinas, ¿no le dicen nada de las Chispitas? Ah bueno, hay personas que piensan mal “ah no sé, yo no le hago comer, ¿por qué tengo que dar a mi hijo eso? Le hace mal, le afloja el estómago, sí, he escuchado comentarios. Yo he preguntado a la enfermera, “no”, me dijo” (...) en una reunión, ahí hablan así, bueno, tampoco, no le he tomado interés” (H1 cuidadora principal usuaria SCD2)

“Otros dicen, hace daño a los niños (...) otros niños no quieren, le ha dado diarrea” (H1 cuidadora principal no usuaria SCD2)

“...dicen (se refiere a las cuidadoras principales) “es malo, peor, mentira es Chispita, le malogra (...) yo no le di” me dicen así” (H1 cuidadora principal no usuaria SCD3)

Esta entrevistada advierte que los comentarios en torno al MMN, que manifiestan principalmente, las cuidadoras principales; mostrando oposición al consumo; se relativizan no sólo con la propia experiencia sino también de otras madres. Notemos nuevamente, que las razones de rechazo, residen sobre todo, en la diarrea de los niños y que se asocian al MMN. Esta cuidadora principal, propone sin embargo, otro tipo de explicación respecto a la presentación de diarreas; se trataría en todo caso, de un proceso de adaptación que no entraña mayores consecuencias; en efecto, su niña inicialmente, mostró malestar, hasta que se *acostumbró*. Este caso refuerza la necesidad de trabajar con mayor detenimiento con las cuidadoras principales, el tema de los posibles efectos secundarios, habida cuenta de las implicancias que muestra, respecto al consumo del MMN. El problema no es que el niño enferme de diarrea, sino la información que se acompaña,

“...las mamás dicen “no!!!, le da diarrea a mi hijo, pero otros dicen, “no!!! a mi hijo no le hace nada, al contrario, está bien”, otras dicen diferente (...) lo que yo veo, a mi hija no le hace mal. Tal vez, al principio, como nunca ha tomado, por eso, a las primeras fechas, sí le hacía mal, pero ya poco a poco, su organismo ya se ha acostumbrado y absorbe normal” (H1 cuidadora principal no usuaria SCD3)

“Y por ejemplo, ¿sabe de algunas mamás que reciban las Chispitas y no le dan? Sí he escuchado, “yo no le doy, desde que le da diarrea” y otras dicen, “yo le doy normal y no le pasa nada, normal es mi hijo” dicen “y más al contrario, está creciendo más grande” (...) “le da diarrea, por eso no le doy” “¿y cómo le recibes (el MMN)?”, “le recibo nomás y ahí nomás está” (H1 cuidadora principal no usuaria SCD3; subrayado nuestro)

Se da cuenta asimismo, de algunas asociaciones críticas con el MMN, por ejemplo, la pérdida de dientes y la aparición de manchas,

“...había otros comentarios, que con Chispitas, se acaban los dientes (...). ¿Qué más ha escuchado? (...). Una niñita le apareció manchas y consumía Chispitas” (H2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

➤ LA NO VISIBILIDAD DE CAMBIOS INMEDIATOS EN EL NIÑO O LA NIÑA, A PROPÓSITO DEL CONSUMO

La **observación de cambios** en el niño, a propósito del consumo del MMN, constituye una demanda de evidencia, por parte de algunos actores, en este caso, se trata del *padre*, quién considera que su consumo, no estaría aportando mayores beneficios para su niño. Conocer los beneficios – muchas

veces no palpables en el corto plazo – resulta igualmente, central en la difusión del MMN. En esta perspectiva, si bien se asocia de manera rápida el MMN con la anemia, nos preguntamos qué se conoce de dicha condición, de sus implicancias en el desarrollo del niño y qué tan grave se considera,

“¿Y entre quiénes cree que tienen esas dudas? ¿las mamás, los papás? Los papás creo, de mí, su papá no quiere (...) cuando no está, yo le echo, “no le das” me dice. ¿Qué le dice su esposo? “No, le das, es mentira, das eso si está igual. ¿Pero usted le da? Si, le doy cuando no está, pero cuando está, ya no le doy. Por eso me dice, que no le da sábado ni domingo. ¡Ajá! Ya no le doy. Y las otras mamás ¿los papás también les dicen que no les den? No sé cómo serán otros papás (...) pero de mi hijo, no quiere su papá” (H2 cuidadora principal no usuaria SCD3)

“¿Por qué hay gente que no le da? Porque dicen que es malo, peor, “mentira es Chispita, le malogra, yo no le di”, me dicen así (...) ¿A qué se debería que hay madres, que le dan sus Chispitas (en el establecimiento de salud) y no le dan a sus niños? (...) yo le veo botar a veces, botan y su cajita están botados con todo y cajita por eso digo, no le darán a su hijito. ¿Y por qué cree que sucede esto? No sé, por eso...”le hace mal, mentira le da Chispitas, mentira, si es igual mi niño” dicen” (H2 cuidadora principal no usuaria SCD3)

➤ EL TEMA CRUCIAL DEL SABOR Y EL OLOR DEL MMN, COMO FACTORES DE RECHAZO

En ámbitos más generales, se presenta una corriente desfavorable al consumo, remarcándose el tema del sabor desagradable, como razón central del *no consumo*,

“Me dicen las mamás que no le dan, porque tiene un sabor feo” (H2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

“...he escuchado, “no, esto no le doy, pero parece que tierra”, así he escuchado que hablan” (H1 Madre Cuidadora SCD1.2)

➤ AFECTARÍA EL APETITO DE LOS NIÑOS Y DE LAS NIÑAS

A contracorriente de una de las asociaciones más características de los MMN, acrecentando el apetito; esta cuidadora principal no usuaria, va a señalar el caso de aquellas madres, que afirman que sus hijos pierden el apetito, al consumir los MMN,

“¿Hay otras personas que tengan dudas...? Sí tienen dudas, porque (dicen) “peor, mi hija no quiere comer, más teta nomás, cuando le echan su Chispita” (H2 cuidadora principal no usuaria SCD3)

➤ UNA EXPRESIÓN CRÍTICA DE SU VALOR...DESECHANDO EL MMN

Se recuerda que anteriormente, era posible observar que los sobrecitos del MMN, eran arrojados en las calles, indicando con ello, el desconocimiento de su valor y beneficios, para el desarrollo de los niños,

“...antes miraba en las calles también, botaban Chispita, no sabían pues lo que estaba alimento, eso miraba, pero antes” (H2 cuidadora principal usuaria 4.2)

“...en sus casas hablaban (del MMN), eso no le quiere dar, “no quiere comer, le boto” (H1 Madre Cuidadora SCD1.2)

(ii) Los otros actores sociales: PNCM y Salud

➤ LOS EFECTOS PERJUDICIALES EN EL DESARROLLO COGNITIVO DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

La noción que su consumo pone en riesgo el *buen desarrollo cognitivo* de los niños y de las niñas – que los torna “*brutos, inútiles*” - constituye una apreciación presente en la población,

“...es una ayuda para las familias, porque no preparan alimentos balanceados (...) pero el desconocimiento de las mamás, dice “ay, eso es otra cosa, los vuelve brutos, inútiles, de los países nos mandan eso” (H2 Acompañante Técnica SCD)

Más específicamente, esta Madre Cuidadora – hablando desde su perspectiva como *cuidadora principal* – y *antes de vincularse al Programa*, relata cómo los comentarios circulando en el entorno, respecto al propósito del MMN, le llevan a optar por no ofrecerlo a sus hijos; dados sus efectos nocivos en el normal desarrollo del lenguaje y de las habilidades cognitivas. Esta experiencia nos alerta sobre la fuerza que ejercen las opiniones y comentarios sociales, en las decisiones de las cuidadoras principales y sus familias (es importante subrayar, que la apreciación de la entrevistada cambia cuando solicita explícitamente, al personal de salud, le explique sobre el contenido del MMN y sus propiedades; su incorporación posterior al Programa y la información recibida, acrecienta igualmente, su compromiso con la promoción del consumo del MMN),

“Y cuando usted escuchó por primera vez con sus hijitos, de las Chispitas, ¿Qué le pareció? Hablaban, comentaban, cuando venía Chispitas, decían “eso que nos dará, para que no hablen los niños, mentalmente, para que no desarrolle” dicen, “para que no tenga pensamiento mucho”, para eso, dicen estas Chispitas (...) hasta yo no le daba recibiendo. Cuando estaba gestando, también me daban pastillas mensual, para tomar diario, pero yo no tomaba. ¿Qué pensaba? (...) cuando hablaban eso, “va a hacer daño, no vale, ¿qué cosa será eso”, escuchando, verdad no tomaba. Y al bebido tampoco le daba Chispitas. No le daba...” (H2 Madre Cuidadora SCD1.1)

En la misma línea, esta responsable CRED, identifica que serían los grupos asociados a determinadas confesiones religiosas, los que asignan al MMN, efectos perjudiciales, señalando que su introducción y consumo, estarían destinados a *“embrutecer”* a la población. La entrevistada señala que serían los grupos evangélicos los que difundirían ese tipo de nociones y que se caracterizarían por mantener una relación de mayor distancia, respecto a las actividades del establecimiento de salud (reparemos en la importancia de la figura de los Pastores y líderes religiosos en general, quiénes a través de su liderazgo juegan un papel importante, en las representaciones del grupo),

“Algunos comentarios decían, bueno, “que nos están dando, para embrutecernos” (...) ese tipo de comentarios, ¿quiénes son los que los dicen? Generalmente, gente que no recibe (...) gente ignorante, que no sabe ni qué es el micronutriente y que habla de eso y trata al menos, de generar pánico. Pero por ejemplo, ¿no son los papás, las mamás...? No, es gente, por ejemplo, en este caso, la gente que es evangélica, los Pastores (...) gente que no tiene mucha relación con el establecimiento” (H1 Personal de Salud CRED SCD)

El carácter gratuito del MMN, llamaría igualmente, a suspicacia, constituyendo una suerte de estrategia atribuida al Estado, para que la población permanezca en una situación de subordinación, al afectar sus posibilidades de desarrollo cognitivo (tener y desarrollar *conocimientos*, *“saber”*, representa un indicador fundamental del *poder* de un grupo) tal como este Responsable de la Red de Salud anota,

“...inclusive, hemos recibido quejas de mamás que mencionan, de que esos productos lo regala el Estado; por el hecho que regalamos y damos generalmente, gratis, mencionan “están regalando para que nosotros continuemos siendo brutos, sigamos siendo gente sin mucho conocimiento; nos quieren hacer volver tontos con esto” (H2 Personal de Salud Red)

➤ LOS EFECTOS PERJUDICIALES EN LA SALUD DEL NIÑO Y DE LA NIÑA, ASOCIADOS AL MMN

Otra de las opiniones presentes entre la población y que diversos actores recogen en abundancia, correspondería a la atribución de efectos perjudiciales asociados al consumo del MMN; lo cual se plantea como una suerte de paradoja, al destacarse sus virtudes. Se experimenta por el contrario, situaciones en donde el niño o la niña presentan principalmente, *diarreas* al igual que *estreñimiento*. Asimismo, un efecto contraproducente, sería el de afectar el *apetito* del niño o de la niña, causa de alarma y preocupación entre las cuidadoras principales; asimismo, causaría *descalcificación* y otros malestares como *dolores de cabeza*. Estas manifestaciones, llevarían a las cuidadoras principales, a desistir de la práctica,

“...cuando tú conversas con la familias, la familia sí te dice, ¿no?, “me lo estriñe”, exactamente, directamente, no te dice, sino, deja de traer, de repente” (H1 Acompañante Técnica SCD)

“Que estriñe a los niños, los descalcifica (...) están dañando su barriga, su estómago ¿no?, entonces, tenemos siempre, “los niños están peor, está con dolor de cabeza, está con puras diarreas, siempre

está con diarrea, está más panzón”, hay cosas así, los colegas traen que les han mencionado” (H2 Personal de Salud Red)

“(la cuidadora principal a la Madre Cuidadora) “ya no le des Chispita, a mi hijo me lo hace diarrea” (H1 Madre Cuidadora SCD2.2)

“...justo yo le dije ¿no? (a otras cuidadoras principales) “es bueno esas Chispita, tienen que darle de comer, porque es bueno pa’ su anemia, para que sube de peso, pa’ que no pierda, pa’ que tenga más aprendizaje en su cabecita” le dije. Pero las mamás, eso no piensan, “no, no, cuando le doy de comer eso, bajan de comer, no tienen apetito, por eso no le doy”, dicen señorita” (H1 Comité de Gestión SCD)

Esta entrevistada, Responsable de la Red de Salud, va a relevar los efectos que este tipo de comentarios, tienen sobre la población al ser materia de intercambio. Los eventos no deseados, atribuidos al MMN, producirían una suerte de contagio, que desalienta a las cuidadoras principales que los escuchan,

“Normalmente, dicen que ha producido ronchas, que ya no quiere comer (...) esa madre lo ha preparado con manos sucias (...) lamentablemente (al) consumir Chispitas, el niño enfermó y ésta le dice a su vecina, basta con comentarla a su vecina, “a mi hijito le he dado multimicronutrientes... fiebre le ha dado, diarrea, “x” cosas”, vamos a ver la causa, su mala higiene. Basta que pase y pasa a la otra, le dice a su familia “está mal, eso mejor no le demos”, pero por una mala práctica de ellos mismos” (H1 Personal de Salud Red)

La experiencia positiva de las entrevistadas, respecto al consumo del MMN, les permitiría relativizar dicha asociación negativa. Las diarreas que se producirían debido al consumo del MMN, se ponen en cuestión, al reconocer que existirían otros factores ocasionando dicha condición, como el consumo de agua no segura o las malas prácticas de higiene, tal como el personal de salud, anota,

“...con mi mayor hijito, he escuchado en la Posta. ¿Qué decían las mamás? En la Posta así decían, “ese cuando lo come las “Chispitas” a veces le agarra diarrea”. Pero en cambio, a mi hija no le hacía daño, por eso, la señorita (personal de salud) a veces, les decía así en la Posta, “seguro, tú preparas con tu mano sucia, sin lavarte tu mano”, así decía, “por eso les choca”, le ha dicho “o le has hecho comer, sin lavar su manito” (H2 Comité de Gestión SCD)

“...la Chispita les estríñe, dicen señorita (...) pero señorita, yo de mí, mi chiquito, tengo el mío normal, ahorita, mi chiquita también” (H1 Consejo de Vigilancia SCD)

Otra posible causa, se vincularía con la inadecuada administración, de la dosis requerida diaria del MMN. Se agrega como otra probable explicación, el proceso de adaptación que estaría atravesando el niño o la niña, respecto al consumo de un producto nuevo,

“¿Ha escuchado alguna duda? Alguna duda, así de la diarrea (...) “tienen diarrea los niñitos”, así dicen” (...) dos sobres, así le habrá dado. ¿Solamente, eso de la diarrea o alguna otra cosa ha escuchado? No, eso nomás de la diarrea, o de repente, ¿qué será? En primeriza le chocará...” (H1 Madre Cuidadora SCD1.1)

➤ EL SABOR Y EL OLOR ATRIBUIDOS AL MMN, EXPLICANDO EL RECHAZO DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

Al examinar las diversas dificultades en torno al consumo del MMN, que las cuidadoras principales, colocan en primera línea, destaca la percepción en torno al sabor y al olor que se desprendería del MMN. Estos atributos de sabor y olor, se califican como “desagradables”, “feos”, configurándose como una de las causas más generalizadas de rechazo del MMN,

“...cuando he conversado con la familia y le digo, “tienes que traer la Chispita (al CCD), así le vamos a dar en estas condiciones” y lo que nos dicen, que es de sabor desagradable” (H1 Acompañante Técnica SCD)

“¿Cuál sería el principal factor de rechazo, para no consumir las Chispitas? ese saborcito que tiene y el olorcito (...) Y las mamás, ¿le han dicho que han probado también? Sí, algunas, y me dicen, “es feo señorita, es ¿Cómo se llama? Si estaría comiendo el “Aji-no-moto” (...) algunas me dijeron eso...” (H1 Personal de Salud CRED SCD)

Es interesante apreciar que las cuidadoras principales interpretarían el rechazo del MMN, como una respuesta directa del niño, *al sabor* que éstos percibirían, como algo “*que no les gusta*”,

“...también he escuchado, señorita, “mentira, nos dará eso”, diciendo, “porque no quiere comer” dicen de algunos sus hijos, lo sienten dice, el saborcito y lo bota” (H1 Consejo de Vigilancia SCD)

“...no le gusta este sabor, feo es” me decían, “yo no puedo exigir a dar, cuando le gusta, sí puedo dar...” (H2 ACS SCD2)

- LAS DUDAS EN TORNO AL CONTENIDO Y EL PROPÓSITO DEL MMN: “¿QUÉ COSA, QUÉ SERÁ? ¿PARA QUÉ SERÁ?”

Las suspicacias en torno al contenido y al verdadero propósito del MMN, tienden a extenderse, generando entre las cuidadoras principales incertidumbre y recelo (se habla por ejemplo, de la posibilidad de generar cáncer, a partir del consumo del MMN, ya se ha mencionado igualmente, sus efectos negativos en el desenvolvimiento cognitivo), tal como la Responsable CRED comunica,

“¿Y cuál es el efecto que tiene ese tipo de comentarios? Bueno, algunos se pasan la voz, ¿no? y dicen, “señorita, ¿verdad por esto, que nos va a dar cáncer? Que nuestros hijos van a ser así, asá”, y a veces, se les explica, “no, eso no es así, la persona que les ha dicho, es porque habla, porque es ignorante, no conoce lo que es, si supiera, no hablaría así y más bien, este micronutriente tiene estos beneficios, mira, son cinco proteínas, que le vas a dar diario y de esos cinco, siquiera un gramito va a coger el cuerpiño de su niño, a que tú no le puedas dar nada”, así conversando” (H1 Personal de Salud CRED SCD)

Dudas fundamentales, se instalan alrededor del MMN, pues muestran desconocimiento crítico o desconfianza respecto a sus *beneficios* y *contenido*; recelo que se amplifica al tratarse de algo que se ingiere y debe ser ofrecido a los niños. Estas Madres Cuidadoras, al exponer las dudas de las cuidadoras y los cuidadores principales, llaman la atención en la necesidad de reforzar de manera constante, la información sobre la importancia del MMN y las implicancias de su consumo,

“...no sé quién me ha dicho la otra vez, “este, ¿para qué le voy dar?” diciendo, le botaba” (H1 Madre Cuidadora SCD1.1)

“Algunos (se refiere a los padres) se ponen así pe’ más papacitos, de “¿cómo le vas a dar así a mi hijo...este qué es?” (H1 Madre Cuidadora SCD1.1)

“¿Qué dudas crees que tienen? Por ejemplo, ¿de qué están hechos las Chispitas? (...) sería mejor que haya una capacitación y que les informe más sobre las Chispitas. ¿Y entre quiénes se dan esas dudas? Esas dudas entre todas las mamás...aquí de nuestra comunidad...” (H1 Madre Cuidadora SCD2.1)

- UNA LECTURA POLÍTICA DEL MMN: UN MECANISMO PARA PROFUNDIZAR LAS RELACIONES DE SUBORDINACIÓN DE LA POBLACIÓN

Una posición de gran conflicto, respecto al Estado, se revelaría al señalar que el MMN, conformaría un mecanismo que ayudaría a profundizar las condiciones de subordinación en que se encuentra la población, tal como estos colaboradores voluntarios comunican,

“A veces dicen, piensan (se refiere a las madres) “cualquier cosa, por el hecho que somos pobres nos mandan (...) para comer, para estar así, medio muerto, medio humilde”, nos dice señorita” (H1 Comité de Gestión SCD)

“(el MMN) en cuestión alimenticia es lo bueno e incluso nos regalan. La cuestión es que no sabemos aprovechar, lo que el Estado nos da, ahí es la dificultad. Estamos desaprovechando una gran oportunidad, tal vez por creencias, mitos, que aún existen en comunidades, “el Estado nos compra con esas...”, ese es el pensamiento de la comunidad (...) lamentablemente, es así” (H2 Comité de Gestión SCD)

- UNA EXPRESIÓN CRÍTICA DE SU VALOR...EL MMN EN LOS BOTES DE BASURA

Tal vez la manifestación más gráfica y contundente, de rechazo (pero también de profunda desconexión o desconocimiento de los beneficios del MMN) se evidencia en el descarte del MMN, en este caso, enfatizando que es destinado al consumo de los animales,

“Cuando hemos conversado con las mamás “eso no le doy a mi hijo, le doy a mi chancho” (...) en vez de darle a su hijo, a su chancho le está dando” (H2 GF ACS SCD)

(b) Región Piura

(i) Cuidadoras principales Usuarias y No Usuarias

➤ EL TEMA CRÍTICO DEL SABOR Y EL OLOR DEL MMN

El sabor y el olor que se atribuye al MMN, constituiría el gran tema de rechazo explícito, entre las cuidadoras principales, quienes informan que los niños y las niñas, no lo reciben, pues *“toman desazón”, vomitan con el olor y no hallan mayor gusto en la comida,*

“...siempre es por el sabor y el olor, dicen que también tiene un olor, que cuando a los niños les van dando, les da el vómito con el olor (...) en el C.S., hay varias madres que dicen que sus niños no consumen las Chispitas, por ese motivo” (P2 cuidadora principal no usuaria SCD2)

“...son esos niños que toman desazón y no les gusta comer, mientras que le echen las Chispitas, porque como que le agarra, como otro saborcito” (P2 cuidadora principal no usuaria SCD3)

“...lo único que escuché es que para ellos, es desabrida la comida (...) porque le cambia otro sabor y el niño ya no tiene gusto de comerlo” (P2 cuidadora principal usuaria SCD1)

➤ LA NO VISIBILIDAD DE CAMBIOS INMEDIATOS EN EL NIÑO O LA NIÑA, A PROPÓSITO DEL CONSUMO

Se relativiza el consumo del MMN, al constatar “evidencias” familiares de su no utilización, sin implicancias críticas en lo que se considera el normal desarrollo y crecimiento del niño,

“Al principio, bueno, mi mamá me decía que no le dé, porque tengo dos sobrinos que ya tienen siete años y otro que tiene cinco, que no les han dado antes pues. Ellos normal, normal tienen su crecimiento y por eso, mi hermana, mi mamá me decían que no le diera eso pues. Pero yo los primeros meses, sí le di, pero también mi otro sobrino, casi la edad de mi hijo, tampoco lo consume” (P2 cuidadora principal usuaria SCD2)

➤ EL POSIBLE CARÁCTER DAÑINO Y CONTRAPRODUCENTE DEL MMN

Posibles efectos no deseados, asociados al consumo del MMN, como el estreñimiento, se convierten en razones para su no inclusión en la dieta habitual de los niños y de las niñas. En este caso, la cuidadora principal, ha solicitado no ofrecer el MMN a su niña, dado que la estreñe,

“Y algunas dudas que tenga usted o escuche de las mamás, de las Chispitas (...) Hay madres de familia que sí llevan a la Cuna las Chispitas, pero no quieren que le dé a su hija, por el motivo que se estreñe” (P2 cuidadora principal usuaria SCD1)

(ii) Los otros actores sociales: PNCM y Salud

➤ LOS EFECTOS PERJUDICIALES EN LA SALUD DEL NIÑO Y DE LA NIÑA, ASOCIADOS AL MMN: “YO NO LE DOY, ¿PARA QUÉ LE VOY A ECHAR A LA COMIDA, SI ES UN POLVO QUE LE VAYA A HACER DAÑO”

Como bien apunta la Coordinadora, la introducción de todo producto nuevo – en este caso, el MMN - genera “resistencias y prejuicios”, asociando de tal forma, un conjunto de atributos negativos,

“...siempre frente a un nuevo elemento, hay resistencias y prejuicios, entonces, los padres decían que no les daban, porque se les ponían los dientes amarillos a los niños, que les enfermaba, una serie de cosas que le atribuían (...). Los niños pequeños sufren de diarrea por cualquier cosa, entonces, lo que suelen hacer los padres, es culpabilizar a algún elemento diferente” (P-Coordinadora SCD)

Un tema crítico y que aparece de forma constante en los comentarios que recogen los diversos actores, alude al carácter perjudicial del consumo del MMN, llevando a su no aceptación (en este caso, el padre habría sancionado el no consumo, dada la reacción negativa que habría presentado su niño),

“(ha escuchado) dos comentarios nomás, que dos que le han caído mal, dice que se intoxicó (...) dice que se intoxicó con las Chispitas, por eso, el papá le suspendió, que no quiso que le den más Chispitas, porque le cayeron mal...” (P2 Comité de Gestión SCD)

Así, el temor a efectos contraproducentes derivados del consumo del MMN, se encuentra muy presente, entre las cuidadoras principales, el cual se exagera con la experiencia de malestar, que atraviesan sus niños y niñas (diarreas, estreñimiento),

“...yo no me desactivo con la comunidad (...) siempre estoy dando una visita diciéndole “¿Y cómo le das la Chispita?” Y otra me dice, “Yo no le doy, porque a veces se estriñe”, otra, “Yo no le doy, porque tiene diarrea” o “Yo no le doy, ¿para qué le voy a echar a la comida? si es un polvo que le vaya a hacer daño” (P2 ACS SCD2)

“...a veces dicen (...) “no le voy a dar a mi hijo, porque le puede hacer mal”, eso es lo que más utilizan...” (P2 ACS SCD1)

- LAS DUDAS EN TORNO AL CONTENIDO Y EL PROPÓSITO DEL MMN: “¿QUÉ COSA, QUÉ SERÁ? ¿PARA QUÉ SERÁ?”

Las dudas corroen la confianza en la seguridad del MMN. Si reparamos en el tipo de interrogantes que circulan entre las cuidadoras principales, éstas resultan básicas: “¿de qué estarán preparadas?” es decir, cómo tener la certeza que son seguras de consumir, que su contenido no entraña ningún peligro o abre consecuencias no deseadas (como ver afectado el crecimiento de sus hijos e hijas, así como el desarrollo del cerebro),

“¿Qué se dice de las Chispitas, que no es tan bueno? (...) bueno, hay unas madres dicen, “no, es que esas Chispitas, de qué estarán preparadas, de repente, están vencidas. De repente, le va a hacer algo a mi niño o de repente, lo doy a mi niño y no lo veo que crece o su cerebro, no desarrolla bien” (P2 Consejo de Vigilancia SCD)

Esta percepción de un potencial carácter nocivo del MMN, llega a niveles altos, cuando se afirma, que aquel no es más que un medio para dañar a los niños e incluso, *desaparecerlos*. Notemos de esta manera, en la gran desconfianza y temor que rodea al Estado y a sus instituciones (establecimientos de salud) entre la población. Si reparamos en la forma en que se introducen nuevas medidas en el sector salud – en este caso, el MMN – éstas no siempre se acompañan con la debida información que requieren las familias y la población en general; lo cual se agrava, cuando el personal de salud, no se torna en el referente principal de orientación y retroinformación frente a diversas dudas que una situación *novedosa* levanta entre los padres, ni construye espacios que generen confianza en la relación,

“...acá la creencia “me lo van a matar” o “porque tengo muchos niños”. O sea, con el miedo, con el temor que ellas tienen, no tienen confianza en el mismo C. S. (...) pero cuando ya les explican “no, es para que no le dé anemia”, ya entonces, van consumiendo un poco, de poquito a poquito vamos haciendo. Ya, pero al principio dicen esto es algo...Porque cuando recién aparecieron, porque no hubo ninguna capacitación de eso “qué raro eso, nunca le ha dado, nunca me ha dado mi mamá o nunca le han dado a mi sobrino”. Todo les parecía asombroso con esto (...) ellos pensaban que el Gobierno les estaba dando algo para hacerle daño, que muchos niños decían, los querían desaparecer” (P2 ACS SCD2)

- UNA EXPRESIÓN CRÍTICA DE SU VALOR...DESECHANDO EL MMN

Casos extremos de rechazo, lo encontramos en los comentarios que señalan que los sobrecitos del MMN, suelen ser hallados en los botes de basura, en los corrales e incluso que se han combinado en la comida de los animales,

“Yo he escuchado comentarios, de que hay familias que los botan, se lo echan a los animales (...) yo he escuchado de otros distritos. Pero de que yo haya visto...hay Acompañantes que comentan, que los ven en los corrales tirados, botados, yo eso no lo he visto” (P2 Acompañante Técnica SCD)

Asimismo, este rechazo se evidencia, al descubrir los sobrecitos tirados en la calle. Esta situación, llama a explorar en las razones que desvalorizan el consumo del MMN, entre las cuidadoras principales,

“...con el Comité conversamos (...) estábamos comentando, porque habíamos visto en una calle, las Chispitas tiradas (...) ¿vacías o llenas? Llenas...” (P2 Comité de Gestión SCD)

“...a veces observo (...) las encuentro botado en la calle. -¿Y por qué crees que pasa eso? Es que (...) la mamá no, no les quiere (...) yo a veces le digo, “¿por qué no le das las Chispitas?” “No, es que le coge vómito y de allí ya no quiere comer” (P2 Consejo de Vigilancia SCD1)

Una recomendación clave que formula la entrevistada, es la de extender la difusión del MMN, a través de diversos medios de comunicación, principalmente, la radio, lo cual ayude a cimentar un aura de confianza alrededor del consumo,

“...sí me gustaría que hagan una mayor propaganda (...) en el mismo sector, de repente, por emisora (...) de repente, no todos tienen acceso a la tele, pero si a la emisora, puede hacer una mayor propaganda” (P2 Acompañante Técnica SCD)

(c) Región Ucayali

(i) Cuidadoras principales Usuarias y No Usuarias

➤ EL CARÁCTER DAÑINO Y CONTRAPRODUCTIVO DEL MMN

A diferencia de los diversos casos revisados, los comentarios negativos sobre la acción del MMN, no se concentran en el estreñimiento ni en la diarrea, sino en sus **efectos en la dentadura** de los niños y de las niñas, pues les *malograría los dientes*,

“Hay algunas señoras que dicen, “eso no deberían dar a mis niños, porque su diente se malogra (...). Como el Sulfato Ferroso es, tú le das, le malogra el diente, bien negro” (U1 cuidadora principal usuaria SCD2.1)

“...me parece bien (el MMN) aunque otras dicen que no valen, que les malogra los dientes (...) ya me han dicho los enfermeros ¿no? “eso es bueno darle”, pero dice la gente ¿no? “darle darle, eso hace podrir su diente” (U1 ES SCD)

(ii) Los otros actores sociales: PNCM y Salud

➤ LOS EFECTOS PERJUDICIALES EN EL DESARROLLO COGNITIVO DE LOS NIÑOS Y DE LAS NIÑAS

Una idea enraizada y presente en los diferentes ámbitos de estudio, lo constituye la asociación del MMN, causando perjuicios en el desarrollo cognitivo de los niños y de las niñas; acción que se vincula con agentes externos (se menciona que el MMN sería enviado de otros países) y el Estado,

“Y aparte, no se dé donde han sacado, un día que estábamos en la socialización, había comentado una señora “yo no quiero que le den, porque dice han traído de otro país (...) pa que los niños no aprendan nada” me dice” (U1 Acompañante Técnica SCD)

“Otros dicen que el Estado manda, para que ellos se hagan burros (...). Eso de “bruto” ¿lo has escuchado acá en el CCD? No, afuera, en la calle (...) de las mamás de afuera (...) de las mamás usuarias no” (U2 GF Madre Cuidadora SCD2)

“...a las madres les engañan, que las vitaminas son de otros países, para que sean brutos y se dejan llevar, antes le daban papilla y creen que es lo mismo, que no quieren que sean inteligentes, que los quieren brutos” (U1 GF Madre Cuidadora SCD1)

Comentarios que difunden que el consumo del MMN “*hace burros a los niños*” (en esta perspectiva, el propósito de sus beneficios, se consideran *engañosos*) calan en los temores de las cuidadoras principales, precisamente, porque no cuentan con información clara sobre el MMN, generando o profundizando la inseguridad,

“¿Por qué no querían, sabes? Porque dicen que esos micronutrientes vienen para engañarle a la gente, para que le haga más burro a los niños (...). Es que a veces, a las mamás hacen confundir, porque otros les dicen así, escuchan hablar de otros, como que de eso se va a hacer burro (...) se dejan llevar por otra gente (...) cuando no están tan seguros ¿no?” (U1 Madre Cuidadora SCD2.1)

El siguiente testimonio, muestra la fuerza decisiva, de este tipo de comentarios, descalificando los beneficios del MMN y llevando a la cuidadora principal, a no recibirlo en el establecimiento de salud,

*“...más antes me decían, que era medicina, no sabía si era cierto o no, le va a hacer burro decían, hace años (...). Yo le daba a mi nietito así bastante, cuando a veces mi nuera no le quería dar (...). Así como la gente le decía, ya no quería (...) Se deja llevar de la gente (se refiere a la nuera) (...). No les recibía, por último ya también en la Posta, no recogía. **Se olvidaba.** No, no quería. **Ah, no quería ir al control.** No, se iba pero no recogía” (U1 Madre Cuidadora SCD2; subrayado nuestro)*

La determinación de *suspender el consumo* en este caso, se da por decisión expresa y radical del padre, quién calificaría todo lo que se brinda con carácter gratuito y procedente de otros países; como parte de una estrategia orientada a evitar que los niños, se desarrollen en todo su potencial cognitivo,

*“...una mamá que le daba primero, puntual le daba su vitamina. Pero aunque siempre, cada consulta me decía, “le sobró tanto, porque no quiso, que le estaba obligando”, en ese plan. Pero después, ya no quiso, habrá llevado tres veces (...) me dijo que no, “la verdad señorita, no le estoy dando”. “¿Por qué?” Le digo, ¿no quiere comer el niño?”. “No, no le estoy dando, simplemente, porque el papá me prohibió, “no recibas”. O sea ella lo recibía y parece que lo guardaba. Porque me dijo “no le he dado ya”. **¿Por qué el papá no quería, le contó por qué?** (...) el papá dice, “todo lo que dan donado, regalado, mandan de otros países” y me dijo que mandan con algo así, para que el niño sea retraído, quedado, algo que le va a malograr, el cerebro” (U2 Personal de Salud CRED SCD)*

La fuerte *desconfianza* que genera el MMN, llevaría a preferir algún producto sucedáneo, que pueda ser adquirido directamente (pareciera entonces, no existir mayor renuencia a la suplementación; cuestionándose sobre todo, su procedencia de otros países y canalizada a través del establecimiento de salud),

“Yo en la calle he escuchado, “yo prefiero comprarle su vitamina a mi niño”. La gente tiene desconfianza, prefiere comprarle otra vitamina que le cueste a ellos, pero no les importa, porque no confían” (U2 GF Madre Cuidadora SCD2)

En este tipo de representación, el MMN – en tanto gratuito - se confronta con la *vitamina* que se *compra*, característica que le libraría de cualquier sospecha que atente contra la salud y buen desarrollo del niño, sobre todo, en lo que concierne al plano cognitivo,

“Me dijo, “mi esposo me ha dicho, que afecta (...) no vale, mejor yo le compro (...) no se preocupe, le estoy dando su vitamina, su calcio” (...). Ay, me sorprendió bastante, “pero ¿me puede traer al papá? yo le voy a explicar, le voy a hacer ver, demostrar” (...). Y me dijo, “no, no quiere” (...). Al próximo control “no, no quiere”. Ya tampoco le obligué, no lleva (el MMN) (...) en su Historia, está bien escrita, por tales motivos” (U2 Personal de Salud CRED SCD)

El testimonio de este responsable de CRED, ilustra la importancia de conocer los temores y las dudas de las cuidadoras principales y brindar orientación al respecto; esta cualidad de escucha atenta, le permite discernir que los casos de rechazo del MMN, pueden revertirse si existe información y estrategias de trabajo que incrementen la seguridad de las cuidadoras principales,

“...al principio, yo tenía al tope, las ideas de las mamás, “que mi vecina me ha dicho, que eso lo traen...”, el problema era cultural (...) no creo que era tanto, porque no querían tomar, sino porque les informaban mala información, decían que sus vecinos les decían (...) que eso es un medicamento, ni siquiera vitamina, que es un medicamento que le mandan de otros países, de Estados Unidos, para que los hijos sean brutos, para que sigan los peruanos retrasados, para que no crezcan, para no tener niños inteligentes”, o sea, ese comentario era muy fuera de la realidad y bastantes, muchas mamás” (U1 Personal de Salud CRED SCD)

Frente a tales comentarios, se brindan explicaciones y argumentos que permitan a las cuidadoras principales, relativizarlos y cuestionarlos, siendo posible, derribar teorías conspirativas, que identifican el MMN, como un producto nocivo, diseñado para perjudicar a la población. Tal como se informa, se asegura que el producto pasa por controles de calidad, antes de ser entregado (anotemos igualmente, que parte de la estrategia de esta entrevistada, con el fin de incrementar la confianza en el producto, lo constituye la organización de Sesiones Demostrativas). Este esfuerzo se ve aún mejor potenciado, con la difusión de los beneficios del MMN, a nivel de los medios de comunicación, rodeando al producto de mayor seguridad,

“Entonces, la tarea fue bastante en eso, sobre todo, “señora, eso no es EE.UU., este es un producto que lo mandan de otros países, pero acá en el Perú lo verifican, antes de entregar. Y como que dudaban, entonces, viendo la práctica, de repente, de las Sesiones Demostrativas, como que más, ya se daban cuenta. Apareció el spot que también se publicó este año, vieron en la televisión, que ha publicado el Ministerio de Salud, entonces como que...”joven, esa vitamina no es entonces, para que le haga...”, “no es señora, no es” (U1 Personal de Salud CRED SCD)

➤ **LOS EFECTOS PERJUDICIALES EN LA SALUD DEL NIÑO Y DE LA NIÑA, ASOCIADOS AL MMN: “...ESO LE HACE DAÑO A MI HIJO”**

La asociación entre el MMN y la enfermedad (presentación de diarreas) es tan estrecha, que sus implicancias más graves, pueden apreciarse en la decisión de algunas cuidadoras principales, a condicionar la continuidad de la asistencia a los Centros de Cuidado Diurno, para evitar que sus niños consuman el MMN y consecuentemente, enfermen. Al respecto, la Acompañante Técnica que presenta el testimonio, indica que ha constituido un fuerte desafío integrar el consumo del MMN, en el CCD,

“No, no ha sido fácil, porque hay madres que se aferran y te dicen “señorita, no le des, porque cuando le das, le da diarrea entonces, ya no le voy a traer a mi niño (...) les explico, yo también les expliqué, “señora, efectivamente le va a dar diarrea será, pues, 2 o 3 días hasta que el cuerpo asimile (...). Pero hay algunas mamás, como te digo, se cierran, te dicen, “no señorita no, no, no. Entonces ya no le mando” (...). No le mandaban al niño, de verdad. Hay algunos que de verdad se habían cumplido, de algunos no, pues. ¿O sea, no lo mandan por miedo a que le sigan dando...? Ajá. Y aparte, porque ellos dicen que les hace daño” (U1 Acompañante Técnica SCD)

“Lo que manifiestan algunas familias, es que a veces, les hace daño al estómago (...) es lo más frecuente que escucho” (U-Especialista en Gestión Comunal SCD)

“...(las cuidadoras principales) manifiestan que se les afloja el estómago o les está estriñendo o les da sarpullido...” (U-Especialista en Nutrición SCD)

En el siguiente testimonio, vuelve a corroborarse la fuerte resistencia que se opone al consumo del MMN, a partir de la adhesión a nociones que destacan el carácter nocivo del MMN o que tienen base en la propia experiencia; teniendo implicancias por ejemplo, en la entrega del MMN en el CCD, pues las cuidadoras principales, plantean diversas justificaciones como el olvido, siendo la razón de base, su convicción que el MMN *hace mal* a sus niños,

“...se promueve que de todas maneras, el niño debe recibir sus Chispitas, pero tenemos por la otra parte, como siempre, las mamás dicen que eso le está haciendo daño a su niño, “eso le hace daño a mi hijo” y por ejemplo, cada mamá tiene que llevar las Chispitas para dejarles a las (Madres) Cuidadoras ¿no es así? (...) pero ya dificultan “No, me olvidado” o “Le hace daño”, más o menos así ¿no?” (U1 Comité de Gestión SCD)

“¿Las mamás usuarias nunca le han comentado nada? Sobre eso no (se refiere a los efectos negativos en el desarrollo cognitivo) a mí solamente, me dijo que “no”, porque les afloja el estómago” (U2 GF Madre Cuidadora SCD2)

No obstante, la experiencia directa de algunas entrevistadas, en su condición de cuidadoras principales, pone en cuestión, las razones de rechazo del MMN. Así por ejemplo, si bien se admite que el niño o la niña, tuvo un episodio de diarrea o estreñimiento, éste fue superado sin problemas y se continuó el consumo del MMN. Esta comprensión sobre las posibles reacciones no deseadas, ha sido posible, al contar con información y orientación previa del personal de salud,

“... dicen que le da diarrea, así, los primeros que le da diarrea, pero a la primera, la segunda, la tercera ya. ¿A tu niña le dio diarrea? Si, le dio diarrea. ¿Y cómo hiciste en ese caso? Este... me advirtieron en la Posta que le iba a dar diarrea (...) entonces...dije que era normal pues, normal así solito pasó, ha hecho dos días de diarrea” (U1 Madre Cuidadora SCD1)

A la presencia de *diarreas*, se agregan otras manifestaciones consideradas contraproducentes; entre ellas, encontramos que el consumo del MMN afectaría, el *carácter de los niños*, tornándolos difíciles en el trato, pues *desarrollarían características poco valoradas* como la agresividad y la arrogancia,

“...dicen, que esto le está dando así, para que nuestros niños sean, o sea, tienen otros conceptos. - ¿Qué conceptos (...)? O sea, como, en forma política (...) para que su niño de repente, le pueda afectar en sus ciertas emociones (...) ¿cómo así afecta las emociones, qué es lo que creen? Creen que puede ser así renegón, altivo (...) o sea, algo agresivo” (U1 Comité de Gestión SCD)

Otro efecto contraproducente que se atribuye al consumo del MMN, es el de afectar el apetito. Asimismo, se hace referencia al daño en la dentadura de los niños,

“Así personas que no son usuarios, así vecinos (dirían) les quita el apetito por comer, “o sea, no vale eso” (U2 GF Madre Cuidadora SCD2)

“...algunas mamás no quieren que le den Chispitas, porque dicen que les malogra los dientecitos, que les pica...” (U1 Madre Cuidadora SCD1)

➤ EL SABOR Y EL OLOR ATRIBUIDOS AL MMN, EXPLICANDO EL RECHAZO DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

La experiencia de la entrevistada en su labor de consejería, indica la existencia de una postura contundente de rechazo al MMN, por parte de algunas cuidadoras principales, las cuáles sostienen la existencia de un sabor y olor característicos, que hacen difícil su consumo,

“No sé si será verdad, la mamá dice lo siente. Algunas se mueren en que el bebe lo siente, “huele, si huele señorita, no quiere, lo siente, no quiere”, te dicen. Algunas mamás, se niegan rotundamente. Diga lo que le digas, no quieren y ya tampoco se les puede obligar. Porque si les voy a dar de forma obligaba, va a ir a su casa, me lo va a recibir pero lo va a guardar, no lo va a dar, porque yo lo estoy forzando ¿no? Entonces, si acá le convenzo, le digo “estos son los beneficios”. Algunos se convencen y “sí voy a darle señorita, voy a intentarlo, sí le voy a dar”. “Ah ya, estas alternativas hay, lo voy a poner en práctica”. Pero hay algunas, que a pesar de eso, están medias desanimadas, yo prefiero no darles, porque vamos a desperdiciar el producto” (U2 Personal de Salud CRED-SCD)

➤ EL CUESTIONAMIENTO AL PROPÓSITO Y A LA EFICACIA DEL MMN

Según las Facilitadoras y actores regionales entrevistados, algunas cuidadoras principales, cuestionarían la eficacia del MMN, no identificando efectos beneficiosos; la sentencia *“es por gusto”*, resumiría esta postura,

“Muchas señoras dicen, que el sobrecito es por gusto, les tenemos que hacer entender” (U1 GF Agentes Comunitarios de Salud SCD)

“(dicen) “esas Chispitas, qué cosas deben contener, porque la verdad, no hace nada efecto a mi niño, le veo más pálido...” (U JUT; U Coordinadora SCD)

Estos últimos entrevistados relacionarían esta perspectiva negativa, con una coyuntura desfavorable que jugó en contra del MMN, al propalarse noticias que se encontrarían vencidas, explicando con ello, malestares en los niños,

“...hubo una noticia que repercutió mucho a nivel de Pucallpa, justo cuando entraba las Chispitas, salió una noticia de la fiebre de las Chispitas, como que estaban vencidas (...). Justo en la época en que comenzaba a difundirse. Si, a difundirse, venía una contra noticia que se movió bastante (...) “no, que ahí le están dando cosas que no sirven, no valen, le están dando tonterías, que le está dando diarreas, seguro están vencidos” (U JUT; U Coordinadora SCD)

Asimismo, el carácter gratuito del MMN, entraña igualmente, suspicacias respecto a su eficacia, pues se considera que aquello que se *paga*, gozaría de garantía; en contraposición, lo que es *gratis*, *no sería bueno*,

“...las madres dicen que lo que les dan en el Puesto de Salud, no es bueno, que lo que se paga es mejor, creen que porque es gratis, no es bueno” (U1 GF Madre Cuidadora SCD1)

Se identifica que serían sobre todo, las cuidadoras principales mayores, ya con varios hijos, las que suelen manifestar mayor renuencia al MMN, amparadas en su experiencia de haber criado a sus hijos, sin suplementación o vitaminas en general,

“...yo les digo (a las CCPP) que las Chispitas son buenas, pero eso, mayormente, con las mamás que son antiguas, que ellas dicen (...) si ellas criaron así a sus hijos, sin Chispitas, sin vitaminas, sin nada y por qué ahora tienen que dar a los niños (...) mayormente, con las mamás mayores” (U1 Madre Cuidadora SCD2)

Un tema crítico se plantea alrededor de la necesidad de esclarecer y promover de manera sostenida y constante y en múltiples espacios públicos, el propósito y la importancia que adquiere la suplementación respecto a la prevención de la anemia. Esta condición no siempre se evalúa en términos de su gravedad o como señala el Especialista, como una enfermedad, pues no se visualiza en los niños, signos de algún tipo de padecimiento; descartándose igualmente, el sentido de vulnerabilidad. El desafío es colocar la mirada, en las implicancias futuras que esta condición aparentemente, *invisible*, tendría en el desarrollo a futuro de los niños y las niñas,

“En algunas oportunidades, escuché el tema de para qué, por qué es importante, o mejor dicho, que alguna familias creen que la anemia en sí, no es una enfermedad, porque lo ven a su niño, o sea, está con anemia, pero lo ven correr, lo ven saltar por ahí, jugar y todo y para ellos, no es una enfermedad, entonces, su hijo no está enfermo y no necesita de sus micronutrientes, para ellos no es necesario (...) en algún momento, se recuperará, pero no necesariamente, con los micronutrientes, para ellos, es en algunos casos natural, porque en algunos casos escuchan, “así era tu hermanito, así era tal fulano y creció y ya está bien” (U- Especialista en Gestión Comunal SCD)

➤ UNA EXPRESIÓN CRÍTICA DE SU VALOR...DESECHANDO EL MMN

La práctica de descartar o desechar el MMN, es posible de constatar entre algunas cuidadoras principales. Esta situación plantea interrogantes, como podemos apreciar, a la *consejería*, pues sería necesario identificar las causas de no consumo y si las dificultades que se enfrentan por parte de la cuidadora principal, constituyen materia de indagación,

“Las Madres Cuidadoras participantes, comentan que muchas veces, ven los MMN, tirados por la basura” (U1 GF Madre Cuidadora SCD1)

“...en el caso de mi hermana (...) en la Posta le han dado la cajita entera (...) “no le doy, porque no le gusta”. Yo le digo, “¿cómo le darás, pasando los cinco minutos?” y ella me dice que no, “yo le doy y no quiere” (...). Y así siempre, cada vez que va al control, siempre le dan y ella no, lo bota y está en el costal de basura” (U2 GF Madre Cuidadora SCD2)

➤ UNA LECTURA RELIGIOSA QUE SE OPONE AL CONSUMO DEL MMN

Nada más radical que asociar el MMN con algo diabólico, para subrayar el rechazo que inspira,

“Justamente, algunos piensan por ejemplo (...) escuchaba así en su conversación, “esa es una forma del sello de la bestia” (...) O sea, es algo diabólico. Sí claro, sí...” (U1 Comité de Gestión SCD)

B) Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias

(1) Subdimensión: Las prácticas que favorecen y promueven el consumo del MMN

(a) Región Huancavelica

(i) Cuidadoras principales Usuarias y No Usuarias

Voces elogiando las bondades del MMN, se recogen del entorno social; destacando sus beneficios contra la anemia y en el crecimiento y desarrollo de los niños y de las niñas,

“¿Qué dicen ellos? ¿Qué te dirá tu vecina? (...) “Es bueno” dicen señorita. ¿Por qué dicen que es bueno? ¿Para qué será bueno? Pa’ que crece y pa’ que tienen su peso y también su talla, así señorita” (H1 cuidadora principal usuaria SAF1)

“Algunas mamitas dicen, que cuando comen Chispita, suben sus pesitos (sic)” (H1 cuidadora principal no usuaria SAF3)

Como muestra de adhesión, incluso se desea seguir recibiendo el MMN, más allá de la edad determinada,

“¿Y en su comunidad, sabe si aún se mantienen algunas dudas sobre las Chispitas? No, nunca he escuchado, a veces, nos capacitan “está bien” dicen, “hasta más año, que nos dan más” algunos reclaman. ¿Algunos reclaman que le den más tiempo todavía? Sí, más tiempo” (H1 cuidadora principal usuaria SAF2.2)

La experiencia previa de familiares ofreciendo el MMN a sus hijos, compone otra de las líneas de apoyo al consumo, pues la base de confianza en la eficacia de la práctica, se amplía,

“¿En dónde escuchó por primera vez de las Chispitas? Tengo un familiar que me contó, porque anterior con mis chiquitas mayorcitas, no me han dado las Chispitas. Mi familiar “esas Chispitas le dan de comer ahí” – y yo... ¿cómo es esas Chispita? – “tienes que hacer comer diario en su platito, en su comidita, para que le ayude a crecer, para que no tenga anemia, tenga más hierro” (...) Ah, un familiar le dijo. Sí. Como vio a mi bebe que cumplió 6 meses, doctor le dije; “¿le va a dar las Chispita?”. Y dijo “sí le voy a dar, porque tu niño ya tiene 6 meses”. (H2EPFNUSAF3)

“(dicen) es bueno, porque los niños se van a desarrollar “masito” (H1 cuidadora principal no usuaria SAF1)

(ii) Los otros actores sociales: PNCM y Salud

En general, el consumo del MMN, en términos positivos, se vincula con el *buen desarrollo* de los niños. Algunos actores, van a señalar sin embargo, que esta comprensión se reduce al ámbito del desarrollo básicamente, *físico*, no reparando igualmente, en sus aportes a nivel del desarrollo cognitivo de los niños (no obstante, al caracterizar la *importancia* que las cuidadoras atribuyen al MMN; una de las dimensiones que resplandece, es precisamente, el énfasis que se concentra en hacer a los niños *más inteligentes y hábiles*. Al parecer, sigue vigente una suerte de mirada *desde el profesional*, que corre un tanto distante de las representaciones de las cuidadoras principales y de la población),

“Las “Chispitas”, lo que la población, mayoría dice ¿no? “dicen pa’ que crezcan bien” (...) más que nada ahí lo centran, “para que crezcan bien”, pero tanto, no tienen centrado, claro, la idea que sea para el aprendizaje” (H2 Acompañante Técnico SAF)

A pesar de la existencia aún, de casos de rechazo o de oposición crítica, se visualiza actualmente, un panorama mucho más auspicioso y favorable en pro del consumo del MMN, pues constituye un tema que goza de mayor difusión pública y que alcanza a las familias, pero también a otros actores sociales, situados más allá de dicho ámbito (autoridades, maestros, entre otros) aspecto que remarcan este AT y Especialista,

“...y los esposos dicen “no, pa’ que le voy a dar a mi hijo”, más se oponen, se oponen totalmente. Pero digamos, habrá pues un 10%, no son todos, porque más antes, sí no consumían casi nada, pero ahora

que se le habla por todo lado, le damos, ya lo están consumiendo, yo veo que sí lo están consumiendo”
(H1 Acompañante Técnica SAF)

“...con respecto a las autoridades distritales, los profesores (...) ¿se tiene algún tipo de duda sobre las Chispitas? No, en ninguno lo escuché, más bien al contrario, hay spots publicitarios, radiales, en los cuáles se están promoviendo las Chispitas, más bien el consumo...” (H-Especialista de Ejecución y Seguimiento al trabajo con familias SAF)

Asimismo, se expanden evidencias, reconociendo la *eficacia del consumo del MMN*, planteadas por las propias cuidadoras principales; quiénes dan testimonio de los cambios en la salud de sus niños, asociados a su consumo,

“...para algunos es favorable, muy bien, algunas mamás dicen, “con eso sí, le dan a mi hijito y ya no tuvo anemia ya, se ha recuperado” (H2 Acompañante Comunitaria SAF)

“...hay señoras que si se preocupan bastante, yo he visto a una señora su hijito, “está bajito tu hijito” y se preocupaba y me decía “¿Qué le doy señorita?” – “todos los días dale Chispitas, huevito, lechecita, esas cositas dale y vas a ver” y ella religiosamente, todos los días su Chispita y ese niño recuperó, y ella dice “yo si tengo esa fe, que eso si les hace desarrollar a los niños, si les deja nutrición”; y están agradecidos – “gracias al Programa, a la que viene de la Posta a hacernos las visitas, es que nuestros niños están bien” (H1 Acompañante Técnica SAF)

(b) Región Piura

(i) Cuidadoras principales Usuarías y No Usuarías

El apoyo explícito al consumo, se advierte en la participación comprometida de los familiares, recordando ofrecer el MMN,

“Y en tu casa, ¿Qué opinan sobre las Chispitas (...)? Ah, siempre mi mamá me hace acuerdo ella, porque yo a veces me olvido y ya pues, un alcance más” (P1 cuidadora principal usuaria SAF3)

Estar rodeado de experiencias cercanas de consumo (sobre todo, familiares) no sólo impulsa la motivación sino también la seguridad,

“¿Tienes familiares cercanos que también tomen las Chispitas? Sí (...) tías. ¿Y cómo les va (...)? Sí, yo les veo que sí les dan” (P1 cuidadora principal usuaria SAF3)

La atención en el MMN, no sólo se concentra en el sector salud, en el PNCM o eventualmente, en los Gobiernos Locales, convoca también la participación de otros Programas Sociales como JUNTOS, tal como se indica, animan el consumo del MMN, dada su importancia en el combate contra la anemia,

“Los promotores (de JUNTOS) ellos más nos hacen reunión allá en la Casa Comunal y bueno, ahí también nos explican de las Chispitas que nos dan, que si estamos yendo a recibirlas (...) nos dicen también que les demos, porque eso es para que no avance la anemia y tiene cinco vitaminas y nos explican para qué sirve” (P1 cuidadora principal usuaria SAF2)

La alineación de mensajes y esfuerzos, de los diferentes sectores y Programas Sociales presentes en la localidad, potencia sin duda, un contexto cada vez más favorable al consumo del MMN.

Otra práctica positiva, se basa en el intercambio que se produce de manera informal entre cuidadoras principales. Es interesante observar, cómo se plantea una búsqueda de información a nivel del grupo de vecinas y amistades – si bien esta estrategia no resulta sistemática – podría ser mejor canalizada y aprovechada, pues las experiencias exitosas, no sólo motivan, confieren igualmente, seguridad y confianza en los procedimientos que han sido eficaces,

“¿Y le pregunta alguien a usted, si es que su hijito está consumiendo (...)? Si, a veces los vecinos. ¿Y qué le preguntan ellos? Me dicen que cómo va mi hijo, que come las papillas (forma cómo la CP se ha referido al MMN), porque dicen que a algunos no les gusta y yo les digo que sí, que mi hijo sí las toma, “y ¿Cómo le das?” (P1 cuidadora principal no usuaria SAF3)

(ii) Los otros actores sociales: PNCM y Salud

Avances importantes en la comprensión de la importancia del MMN y en su consumo, son destacados por estos Especialistas; en base al trabajo esforzado de sensibilización realizado por los Acompañantes Técnicos, debiendo estos tratar de revertir diversos cuestionamientos al MMN, sobre todo, aquellos que le atribuían efectos nocivos para la salud de los niños y las niñas. Si bien aún no se alcanza la totalidad del consumo, se registraría un proceso de cambio significativo,

“...fue muy trabajoso para los Acompañantes Técnicos en cómo sensibilizar a las familias, ahora la población ya ha ido cambiando y ya están aceptando los multimicronutrientes que saben es bueno para sus niños, que les va a ayudar en su desarrollo y es un suplemento. Las familias, algunas, no están todos 100% que las consumen, pero de lo que antes no consumían o al mes consumían tres a cinco sobrecitos, ahora son algo de 20 sobrecitos, ya están en ese proceso” (P-Especialista de Ejecución y Seguimiento a la Gestión Comunal SAF; P-Especialista de Ejecución y Seguimiento al trabajo con familias SAF)

Este Responsable de la Red de Salud, si bien identifica algunas causas de rechazo, vinculadas principalmente, con efectos no deseados como diarreas y estreñimiento, va a resaltar comentarios positivos por parte de las cuidadoras principales, respecto a la acción del MMN,

“...no rechazo, ellos quieren que se les dé a los niños más grandes, de cuatro o cinco, también quieren que se les dé a ellos, “...yo lo veo a mi hijito, mire señorita, he venido a la visita y mire, como tengo a mi hijito, también le daba y por eso, lo he acabado antes de los 30 día (...). Se dicen cosas buenas, mayormente, dicen cosas buenas (...) siempre he escuchado que son muy buenas, que su niño está mejorando y de las diez personas, una habrá dicho que le dio diarrea, pero que le pasó y le volvió a dar, pero no, otras cosas no” (P-Personal de Salud Red)

(c) Región Ucayali

(i) Cuidadoras principales Usuarías y No Usuarías

Apreciar el valor y los beneficios que diversos actores (principalmente, familiares) confieren al MMN – reconociendo su contribución en el combate contra la anemia y en el buen crecimiento y desarrollo de los niños y de las niñas – motiva sin duda, una mayor disposición a adherirse a la práctica de suplementación,

“¿Y de tu familia, alguien te dice algo sobre las Chispitas? ¿Tu pareja o... no sé? Me dice “dale de comer, para que no le de anemia” (U2 cuidadora principal usuaria SAF2)

“Yo le pregunto a mí mamá por qué le damos de comer Chispita en sopita, “porque los niños crecen bien, sanitos”, así me dice” (U2 cuidadora principal usuaria SAF2)

“(escucha decir a otras madres) “es bueno” dicen (...) “Mi hijita está gorda” (U2 cuidadora principal usuaria SAF2)

En general, las cuidadoras principales entrevistadas, manifiestan no haber recogido comentarios u opiniones negativas del MMN, procedentes del entorno social.

Algunas cuidadoras principales, sin embargo, se encuentran en ocasiones, en dos frentes; por un lado, se les alienta al consumo y por otro, se recibe comentarios que tienden a desvalorizar su práctica; tal caso se ilustra por ejemplo, en la experiencia de esta cuidadora principal, quién es animada por su esposo, a brindar el MMN a su hijito, “para que no le de anemia”. Asimismo, su tía le refiere su experiencia, orientando su consumo en determinadas preparaciones,

“¿Con quién has consultado? Con mi tía (...) porque ella también tiene su bebe y a veces no quiere comer (referencia al bebé de la entrevistada). Ah, a ella también le pasaba lo mismo, a veces no quería Sí (...) a veces toma, con su chapito bien lo termina. Me pregunta entonces, “¿el tuyo también se termina?” “no” le digo, “ah, el mío también era así, sigue dándole” me dice, entonces, así hacía...” (U2 cuidadora principal SAF2)

Su madre por otro lado, le recomienda no insistir, si el niño no quiere recibir la comida con el MMN, *“que se lo dé a los pavos, porque él ya no quiere comer”*.

(ii) Los otros actores sociales: PNCM y Salud

Una corriente positiva en torno al consumo del MMN, se aprecia en aquellos casos en donde se constata la eficacia de la suplementación, pues los cuidadores principales, observan en sus niños y niñas, *cambios* concretos; reconociendo su crecimiento saludable, pues la recurrencia de enfermedades sería menor,

“Sí, hay un aspecto positivo (...) hay familias cuando consumen su bebé, le ven un poquito fortalecido, bueno, es que hay algunas familias, que siguen las normas del Puesto de Salud (...) y siempre dicen que sí es bueno que consuman, porque ven que el niño, hay un cambio en ellos, no casi se enferman; porque los niños en las comunidades se enferman pues, fuerte y ellos muchas veces, no los llevan al Puesto de Salud (...) hay un cambio en las familias, que lo están consumiendo” (U2 Acompañante Comunitaria SAF)

“Algunos he escuchado buenas cosas que decían, que las Chispitas... ¿no? les ayudaba a los niños crecer sanos y fuertes” (U1 Madre Cuidadora SCD2)

Otro aspecto positivo que las cuidadoras principales asociarían con el MMN, a decir, del personal de salud y que motiva la continuidad del consumo, lo constituye la mejora notable que advierten en el *apetito de los niños*,

“Algunas mamás dicen que sí. Que le ha ayudado a su niño, que le ha hecho bien, que su niño quiere comer más, desde que le da el micronutriente, como que le estimula su apetito (...). Algunas mamás sí te dicen ¿no? “Sí, mi hijito ya come más” desde que recibe el micronutriente, empieza a comer y ya tiene más hambre” (U2 Personal de Salud CRED SAF)

(2) Sub-dimensión: Las representaciones que actúan como barreras, desalentando la práctica de consumo del MMN

(a) Región Huancavelica

(i) Cuidadoras principales Usuarías y No Usuarías

➤ EL TEMA CRÍTICO DEL SABOR Y EL OLOR DEL MMN

A lo largo de la presentación, encontramos de manera constante y reiterada, la fuerza que alcanza el rechazo explícito del MMN, alegando su sabor nada agradable,

“¿Acá se conocen sólo por Chispita o tienen otro nombre? Micronutrientes. Ah también ¿y cómo le llama la gente de por aquí? “Micala” le dicen (expresión irónica, hace referencia a la semejanza que se encuentra con el polvo del MMN, el cual tendría sabor a “calamina molida”)” (H2 ES SAF2)

“Sí hablan (...). Esas Chispitas son feas, mi hijo no quiere comer (...) Yo no le voy a hacer comer, no le voy a dar” (H2 cuidadora principal usuaria SAF3)

El sabor a *fierro* que percibe este padre, le llevaría a deducir de forma extrema, que el MMN se produciría con *fierro oxidado*, dudando así de su naturaleza beneficiosa,

“¿Solamente, usted lo ha probado o alguien más lo ha probado? Su papá también, no quiere, “mentira, eso nos engañan, ¿Cómo va a tener vitaminas? (...). Cuando ha probado, de repente, de fierro oxidado están haciendo, eso no puede dar (...) ese es engaño, engaño, cualquier cosa nos obliga” (H1 cuidadora principal usuaria SAF2)

Estos atributos considerados desagradables, explicarían que algunas cuidadoras principales, las descartan,

“¿Alguien le ha dicho, “eso está feo”? Sí, algunos lo botan” (H2 cuidadora principal usuaria SAF2)

➤ LAS DUDAS EN TORNO AL CONTENIDO Y EL PROPÓSITO DEL MMN

Un conjunto de dudas se articulan alrededor del carácter, la procedencia y el propósito del MMN; las cuidadoras principales y su entorno inmediato se interrogan bajo el signo de la aprensión y suspicacia - ¿qué son? ¿para qué sirven? ¿de dónde vienen? ¿por qué se da? –

“...¿para qué será estas Chispitas?” “¿quién nos dará eso?” Sí hablan algunas mamitas, “¿para qué nos darán estas Chispitas?” “¿para qué? ¿(en) qué les ayudará a los niños?” (H1 cuidadora principal no usuaria SAF3)

“(dicen) ese es engaño, engaño, cualquier cosa nos obliga” (H1 cuidadora principal usuaria SAF2)

En este escenario de incertidumbre, se formulan y ensayan diversas interpretaciones. Los comentarios generales de signo negativo, que navegan en la comunidad, resaltan que causaría algún tipo de perjuicio en el niño (éstos recorren desde malestares físicos hasta implicar riesgo mortal si se consume, pasando por daños a nivel del desarrollo cognitivo) fundamentando con ello, el no consumo,

“(dicen) No, yo no le doy (...) creo que con eso, se va a morir mi hijo...” (H1 cuidadora principal no usuaria SAF3)

“¿Cuáles son las dudas más comunes? Estas Chispitas de repente, es para que se vuelvan opas (...) o sea, medio tonto, medio mongolo, así (...) por eso no dan” (H1 cuidadora principal usuaria SAF3)

“...hay una señora que le daba (el MMN a su niño) y dice se ha descalcificado” (H1 cuidadora principal usuaria SAF1)

“Una señora no trae a la Posta, “es mentira te dicen”, sus hijitos son sanos, no enferman, “ustedes cuando llevan a la Posta, sus hijitos se paran enfermado” (H1 cuidadora principal usuaria SAF2.2)

(ii) Los otros actores sociales: PNCM y Salud

➤ LOS EFECTOS PERJUDICIALES EN EL DESARROLLO COGNITIVO DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

Afectar críticamente, el desenvolvimiento cognitivo de los niños y de las niñas, corresponde a una de las asociaciones más delicadas que se establece con el consumo del MMN; los vuelve “brutos”, los incapacita e incluso los enajena,

“(el MMN) les está ayudando de alguna manera, pero el desconocimiento de las mamás dice, “ay, eso es otra cosa, los vuelve brutos, inútiles, de los países nos mandan eso” (H2 Acompañante Comunitaria SAF)

“...como le decía, la señora (...) que tiene una tiendita allá al frente, yo le digo, “está chiquito tu bebé, está flaquito, ¿está consumiendo?”, “no, no le ha consumido, no le voy a dar, que se vuelve tonto, que se vuelve loco (...) y no le voy a dar” me dice. Y la Facilitadora le está hablando eso, le corta y le dice, “ya sabes tú, no le voy a dar” (H1 Acompañante Técnica SAF)

Este Especialista va a señalar más claramente, que sería el Gobierno y a través del MMN, que lejos de favorecer la salud de los niños y las niñas, se estaría atentando contra su buen desarrollo; remarcando así su carácter contradictorio y más dramáticamente, “engñoso”,

“...ellos lo ven, como si el Gobierno está implementando, para que más adelante, los niños no tengan buenos conocimientos, “en vez de ayudarnos, peor” (...) o sea, que eso es un engaño, que es en vano, ¿no? ellos lo mencionan de esa manera, que con eso, peor, nuestros niños, en vez de mejorarse, pero, con eso estamos matándoles las neuronas...” (H-Especialista de Ejecución y seguimiento al trabajo con familias SAF)

“Volver tontos” a los niños, a través del consumo del MMN, negando con ello, la posibilidad de un desempeño escolar exitoso, llena de temor a las cuidadoras principales. Como observamos, éstas no se encuentran ajenas a la influencia de las opiniones y comentarios que se propagan en la localidad,

“A nivel de la comunidad, de las personas así en general ¿qué hablan sobre las “Chispitas”? Ah ya (...) habladurías sí escuchaba, cuando recién, no trabajaba todavía en Cuna Más, decían “esas

“Chispitas” es mala”, “esas “Chispitas” están haciendo volver a los niños más tontos”, “con eso no van aprender, peor nada” (...) “va a volver tonto, el niño no va a poder estudiar” (H2 Facilitadora SAF2)

El impacto de las opiniones que circulan en el entorno social, muestran su determinación en el consumo. En el siguiente caso, la entrevistada comenta que antes de tornarse Facilitadora, escuchaba referencias negativas sobre el MMN, sosteniendo que afectaría el desarrollo cognitivo, además de tornar estériles a las niñas. Estas representaciones habrían incidido en su decisión de no dar el MMN, a su hijito,

“...uno escucha hablar así y ¿qué piensan los demás? Piensan que es cierto eso, por eso es, lo que yo tampoco, a mi hijo no le daba “Chispitas”. ¿Usted tenía dudas? Dudas tenía con mi último hijito, el varoncito, con él no le daba, yo lo reunía ese “Chispitas”, me daba, pero nunca no le daba, le daba, pero no comía el niño y no le daba ya. Y usted pensaba que lo iba a volver tonto Ajá, eso pensaba yo también, de repente es así o no sé pues, mi hijo no quiere, olor feo tiene, mejor no le doy” (H2 Facilitadora SAF)

Su condición actual como Facilitadora y las orientaciones recibidas, al incorporarse al Programa, le llevan a dar un giro radical. Notemos nuevamente, la fuerza decisiva que adquieren en este caso, agentes de cambio - en la figura de la Acompañante Técnica - introduciendo nuevos conocimientos y prácticas; que llevan a la entrevistada a cuestionar antiguas posturas; pero sobre todo ofreciendo argumentos y espacios de discusión. El contraste con el desempeño del *personal de salud*, sería evidente, tal como la entrevistada subraya, éste sólo le indica que debe dar el MMN, sin mayor información y orientación; en este vacío y frente a un entorno social, que remarca su carácter nocivo, la entrevistada opta por evadir el consumo,

“Y usted entonces, ¿cómo hace el salto para decirles a las mamás de Cuna Más, “tienen que darle”? Que “Chispitas” era bueno, señorita, no era como la gente pensaba. Pero usted ¿cómo se convenció?, porque usted tenía miedo, ¿no? (...) Como te digo, las Acompañantes Técnicas, cuando nos orientaban, “esto dice así, así tiene que ser, “Chispitas” es bueno para los niños, es “multinutriente”, es vitamínico, cómo no les va dar, les va a gustar”, decía, entonces ya pues, yo también me convencí. Si fuera así, ¿usted le hubiera dado a su hijito? Sí, yo le habría dado. ¿Así los mayores digan que “va a volver estéril a las niñas” “o “los va a volver tontos”? Yo le hubiera dado, yo le hubiera dado, pero nunca, tampoco no nos hablaban más antes, no nos decía que las “Chispitas”, en las Postas también nos daban, pero “le vas a dar a tu hijo”, pero nada más, no nos orientaba muy bien” (H2 Facilitadora SAF2; subrayado nuestro)

➤ UNA LECTURA POLÍTICO-RELIGIOSA QUE SE OPONE AL CONSUMO DEL MMN

Una postura de gran oposición y desconfianza, respecto a lo que procede del Estado, se establece en algunos sectores de la población, más visiblemente, entre el grupo evangélico. Todo tipo de apoyo material, contiene una fuerte carga negativa, dada su asimilación con símbolos que representan al *diablo*, tal como “la marca del 666” (y por extensión, los representantes de diversos Programas Sociales, son *marcados* en esa misma línea). En este horizonte, el MMN, no escapa de tal asociación, más aún cuando se le asocia con una estrategia de *volver tontos* a los niños. Serán principalmente, los Acompañantes Técnicos y Comunitarios, así como el Especialista en Gestión Comunitaria, los que remarcarán las dificultades que este tipo de oposición implica, para la convocatoria y participación de la población que profesa dicha religión,

“...por ejemplo, ¿has escuchado, comentarios de tipo negativo o que dudan sobre las “Chispitas”? En el aspecto, de las personas que están en la religión evangélica o están en otro tipo de religión, teniendo en cuenta que, las “Chispitas” vienen del Estado, si consumes, viene “la marca del 666”. ¿pero es solamente, porque viene del Estado? Ujum, porque viene del Estado, algo gratuito” (H2 Acompañante Técnica SAF)

“...cuando les hablamos del Programa, “no” dicen, “esos son Anticristos” (H1 Acompañante Comunitaria SAF)

“...en lo que ha bastante resistencia, o lo que ya no quieren saber ni siquiera del Cuna Más, son pues las sectas religiosas, ellos se resisten así al 100%, “no, que eso es Anticristo, es el 666” (...) incluso, estas sectas no quieren participar ni de JUNTOS, “eso es un engaño, eso nos están comprando”. Hay ese tipo de resistencia y más después, al consumo de Chispitas” (H-Especialista en Gestión Comunal SAF)

La incidencia de este tipo de comentarios, puede advertirse en su capacidad de *convencer* a algunas cuidadoras principales, más allá de su adhesión a este tipo de confesión religiosa,

“...los comentarios que hacen en la religión (evangélica), de que eso son para que los niños sean más tontos, también en cierta forma, influye en aquellas personas, que no tienen esa misma religión, como le digo, una cosa mala que no está comprobada, a veces, eso lo captan más las mamás (...) se les queda, “ah ya, eso dijo, entonces, yo tampoco le doy” (H1 Acompañante Comunitaria SAF)

Más allá de la afiliación religiosa, el discurso es retomado por miembros situados en posiciones estratégicas como *colaboradores voluntarios*; en este caso, se exacerbaría la desconfianza en torno a un producto considerado foráneo y como tal, potencialmente, peligroso y dañino (teoría en la cual, otros países, estarían interesados en mantener una situación de subordinación al país). Se cuestiona de esta manera, el centro o el verdadero propósito del MMN, interpretándose en términos políticos,

“...entre sus miembros de los CG y CV ¿ha podido usted captar, así comentarios confusos o temores? Bueno sí, sí, sí hay entre mis miembros que comentan, ¿no?, que dicen... “pero sí eso, dicen que están mandándonos de otro país, para que el Perú se quede atrasado”, así dicen, ¿no? O sea, en la misma línea de los evangélicos. Claro, es así ¿no? entonces dicen “eso nos están mandando de otro lugar, están haciendo una prueba con nosotros”, dicen así, “nosotros somos los que...nosotros, todo prueban y si sale bien, ya comen y si sale mal, no comen” (...) o hacen una comparación de que “¿por qué antes no se daba eso y por qué ahora, aparece todo eso” (H1 Acompañante Comunitaria SAF)

Esta idea de reforzar y mantener la *sumisión* de la población, es también recogida por esta Especialista y la Responsable de la Estrategia de Nutrición a nivel de la Región,

“(se dice) “...el Gobierno nos está dando esto, para que nosotros pues...en algún momento, nos van a decir, para seguir sumisos, para seguir personas pasivas” (H-Especialista de Ejecución y Seguimiento a la Gestión Comunal SAF)

“¿Tienen – presentan dudas la población – sobre los multimicronutrientes? Sí (...) la duda (...) va por el tema puntualmente, que nosotros estamos dando al niño eso, para controlar algo ¿no? o sea, eso está pasando por la mente de la gente. Porque queremos nosotros como Gobierno, tener a la gente ahí, como dopadas ¿no? algo así, que no reaccionen” (H-Personal de Salud Red)

Es sumamente, reveladora de la postura de desconfianza básica respecto al Estado, aquella expresión que narra, que al ser alimentado un perro – anteriormente, bravo – con el MMN, se tornó manso y nada aguerido (confirmando en cierta medida, que el MMN estaría orientado a volver “*humildes*” y “*tontos*” a los niños). Toda una visión política, parece condensarse en esta experiencia,

“...un señor me comentaba que le daba a su perro (...) “yo le he vaciado su comida a mi perro, ahora mi perro que no ladra, no muerde, es un tonto”, eso comparan ellos – “para eso es lo que mandan”, ellos dicen “si mi perro que era bravo, con el consumo de las Chispitas se ha vuelto manso, para eso es lo que nos manda el Gobierno en esa forma (...) para que nuestros niños no surjan, no se superen, se queden (...) más bien, por qué no nos mandan alimentación, nos dan víveres en vez de darnos eso”, ese es el comentario que yo recibo, cuando yo voy a las casas...” (H1 Acompañante Técnica SAF)

Volver mansos, pero también impedir, que la población se apropie de herramientas y conocimientos capitales como el *saber leer y escribir*, se encontrarían en la base de una fuerte visión de recelo respecto al Estado. Resulta particularmente, crítica, la alusión a la grasa humana y al polvo de huesos molidos, como componentes del MMN, pues la resonancia con relatos de personajes foráneos (nos referimos a la figura del *pishtaco*, personaje amenazante que no se rige por relaciones de reciprocidad con la población) que transitan por las comunidades y que llegan para causar daño y sacar provecho de la población, es preocupante,

“En principio, estas Chispitas, ellos miraban como que el Estado mandaba, como que se van a retrasar, que se van a volver analfabetos (...) hasta dijeron que venía con la grasa de la gente, sus huesos están molidos, algo así, o sea, tenían esa concepción, pero se les ha ido hablando que no es grasa de la gente...” (H2 Acompañante Comunitaria SAF)

“Antes, ¿Qué dudas tenían? ¿por qué dudaban? Porque cualquier cosa nos daban y hasta decían, “nos estará dando, para que no aprendamos a leer, escribir, para eso nos estará dando” (H2 ACS SAF2)

El siguiente testimonio sostiene, que la fuerte renuencia a aceptar apoyo material y adherirse a los diversos Programas existentes, reposaría en la suerte de *chantaje* que se impone, por parte del Estado, pues a futuro, se reclamará algo a cambio,

“...el mito (...) en todas las comunidades, es que el Estado te compra con eso. Justamente con JUNTOS, estos Programas, la gente ve como malo, el cuento de “666”, entonces la gente tiene un cierto rechazo a esos Programas también. ¿A qué se refieren, cuando dicen que los está comprando el Estado? O sea, “me das eso, pero finalmente algún día me vas a pagar por eso”. ¿Quiénes son los que más tienen esas dudas? La gente, como se dice, de la tercera edad (...). Sobre todos los apoyos del Estado es” (H2 Comité de Gestión SAF)

➤ **LOS EFECTOS PERJUDICIALES EN LA SALUD DEL NIÑO Y DE LA NIÑA, ASOCIADOS AL MMN**

Los efectos que se atribuyen a propósito del consumo del MMN, en la forma de vómitos y principalmente, *diarreas*, desalientan a las cuidadoras principales, en la continuidad de la práctica,

“¿Qué barreras ha identificado para que las usuarias, no quieran darle las Chispitas a sus bebotes? (...) que les ha hecho mal a sus niños (...). Les ha dado diarrea, otros me dicen se han puesto mal, ellos dicen “no, se ha puesto mal mi hijo, no quiero darle”, “le ha dado vómitos”, una señora me dijo “le dio vómitos no, no quiero darle”, otra me dijo “su estomaguito se le afloja, se le malogra, no, no quiero darle” (H1 Acompañante Técnica SAF)

“Algunas no quieren darlas, porque dicen que les hacen daño a sus niños (...) principalmente, lo que he escuchado es “no, le hace mal, por eso no le doy”, “¿qué le hace?”, “le da diarrea” (H-Coordinadora SAF)

El intercambio que se produce entre las cuidadoras principales informando de estas manifestaciones en sus niños, tal como la entrevistada plantea, lleva a desistir a aquellas cuidadoras principales que aún no pasan por la experiencia de ofrecer el MMN,

“...un niño pasó una mala experiencia, como le digo, le ocasionó la diarrea, entonces (...) entre las mamás comentan, “no, le di eso y mi hijito le dio la diarrea”, “ah ya, yo tampoco le doy, porque igual le va a dar a mi hijo”, dicen” (H1 Acompañante Comunitaria SAF)

Otra versión del carácter nocivo del MMN, es que su consumo produciría esterilidad, en el caso de las niñas, tal como comunican esta Facilitadora, Especialista (esta última entrevistada relacionaría esta noción con las esterilizaciones forzadas durante el Gobierno de Fujimori) y Responsable de la Red de Salud,

“¿Qué más dijo? ah ya, “los que consumen “Chispitas”, las niñas, más que nada las mujercitas, cuando ya son jóvenes no van poder tener hijos, se van a volver estériles”, no sé, tontería, cosas hablaban” (H2 Facilitadora SAF2)

“El otro mito es “con eso, si consumen nuestros hijos, nunca van a tener hijos”, este es el tema del proceso de Planificación Familiar, que lo tuvo un momento en el Gobierno de Fujimori, bastante, incluso ligadura de trompa (...) entonces, tienen miedo ¿no?” (H-Especialista de Ejecución y seguimiento a la Gestión Comunal SAF)

“Había conversaciones de que era un control de natalidad” (H- Personal de Salud Red)

➤ **EL SABOR Y EL OLOR ATRIBUIDOS AL MMN, EXPLICANDO EL RECHAZO DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS**

Existe una gran resistencia entre algunas cuidadoras principales, a brindar el MMN, pues remarcan que el sabor de la comida se tornaría desagradable, pues sabe a *fierro*; asimismo, se presentaría otro atributo, al indicarse que el color de la comida (en donde habría sido combinada con el MMN) se oscurecería; características que juegan en contra de la continuidad de la práctica; tal como la responsable CRED informa, existen cuidadoras principales que se *resisten* a recibir el MMN,

“Durante los seis meses que usted ha venido trabajando (...) ha habido problemas sobre el tema de las Chispitas? En (se menciona un Centro Poblado) sí, dicen que no lo toleran, que no quieren, que sabe a fierro...no quieren, que no les gusta, que el sabor de la comida cambia, le hace negro. Hay

mamás sí que se resisten a recibir o que han llegado hasta la sexta dosis, pero más no han pasado, se han quedado ahí nomás” (H1 Personal de Salud CRED SAF)

“...las mamás manifiestan que los niños rechazan, porque según ellas, tiene dicen, un mal sabor...” (H1 Acompañante Comunitaria SAF)

A esta razón, también se habrían adscrito, algunas *Facilitadoras*, quiénes en su calidad de *cuidadoras principales*, no ofrecían a sus niños el MMN, dado el olor y sabor desagradables que percibían; además se habrían producido diarreas, asociadas al consumo. Esta situación por demás contradictoria, alerta sobre la necesidad de estrategias de capacitación de las *colaboradores voluntarias*, quienes tienen como misión, motivar, promover y acompañar *nuevas prácticas de salud*,

“...¿ha notado dudas, entre las mismas Facilitadoras, que tienen dudas en relación a...? ¿Sobre Chispitas? sí. ¿Qué dicen ellas? Como digo...a veces, ellas también hacen caso, a los comentarios que hacen los señores evangélicos (...) tal vez, siempre les crea una duda. Y eso estaría afectando la recomendación del consumo. Claro, por ejemplo, yo anteriormente, he tenido una Facilitadora (...) con hijitos, entonces, les hablábamos ¿no? que tienen que hablar a las mamás, que tienen que dar. Y un día se me ocurrió preguntar “¿y tú le das?” “no”, “¿entonces, cómo vas a recomendar, si tú no le das?”. ¿Y por qué no le daba la Facilitadora? Porque justamente, decía que “no, tiene un mal olor” (...) “yo lo he probado y es feo” (...) “ah no, a mi hijito le dio diarrea”, por eso lo cortó y dejó de darle” (H1 Acompañante Comunitaria SAF)

- LAS DUDAS EN TORNO AL CONTENIDO Y EL PROPÓSITO DEL MMN: “¿QUÉ COSA, QUÉ SERÁ? ¿PARA QUÉ SERÁ?”

Las cuidadoras principales, plantean interrogantes cruciales en torno al contenido del sobrecito de MMN - ¿de qué está hecho? ¿cómo está preparado - ; ampliándose igualmente, al sentido que tendría esta medida, percibida como especialmente, dirigida a las comunidades - ¿por qué esta medida no se extendería a los hijos de los profesionales? ¿por qué sólo en las áreas rurales? – interrogantes que requieren ser atendidas,

“¿Qué temas (...) adicionales siente que no fueron suficientes, cuando recibió esa capacitación para explicar las Chispitas? Por ejemplo, hay preguntas que salen de las mamás, ¿de qué está hecho?, nos preguntan (...) “¿...por qué nos mandan acá a las comunidades?”, “¿cuál es el propósito?”, ellos tienen otra ideología, a veces esas cositas nos dicen, cuál es el propósito, claro, sabemos el objetivo para bajar la desnutrición, pero ellos dicen “¿por qué vienen a las comunidades?”, “¿por qué no les dan a los señores de la ciudad, a los que son profesionales, sus hijos no les dan?”, “¿por qué a nosotros en el campo?”. A veces, nosotros no podemos decirles, porque a ustedes les falta...” (H1 Acompañante Técnica SAF)

La duda que planea en el aire, apunta hacia el verdadero propósito del MMN y se ilustra claramente, en interrogantes como - “¿de verdad será? ¿es para la nutrición de nuestros hijos o para qué será?” -. Estas dudas – tal como identifica esta Acompañante Técnica - parecen distribuirse en la población en general, no sólo entre las cuidadoras principales, pues se hallaría presente también entre algunos colaboradores voluntarios - Facilitadoras y miembros de los CG y del CV -. Frente a este panorama, la información que manejen las autoridades comunales - anota la entrevistada - orientando a la población y promoviendo el consumo del MMN, se tornaría clave, dado su nivel de ascendencia,

“...las dudas que tienen aquí, “¿de verdad será? ¿es para la nutrición de nuestros hijos o para qué será? ¿Y eso solamente se da con las mamás o con quiénes más? Con toda la población, casi toda la población tienen esa idea que será cierto, con algunos señores conversando, yo creo que ellos están asimilando esto de las Chispitas , y cuando son autoridades y les hablan, acá las palabras de las autoridades es una ley, entonces, sí les obedecen, y por simplemente así obedecerles, a veces les hacen consumir (...). ¿Y las Facilitadoras también tienen esas dudas? Sí tienen esas dudas. ¿Y los miembros del CG y del CV? Todos tienen esas dudas” (H1 Acompañante Técnica SAF)

“Y esas madres ¿qué comentan? ¿Qué dudas tienen? (...) de qué está hecho... porque ellas tienen sus niños chiquitos” (H2 Consejo de Vigilancia SAF)

El MMN se presenta como una *novedad* para las cuidadoras principales; como bien se manifiesta “*más antes, no había estas cosas*” (esta nueva medida se contrapone a las anteriores formas de apoyo recibidas, básicamente, en especies - papillas, arroz, aceite, atún, entre otros componentes conocidos y “visibles” -); situación que genera múltiples preguntas no sólo en torno a su contenido,

“...comentan “que antes era papilla, ¿por qué ahora esa cosa?” (H2 Facilitadora SAF1)

“...otras señoras no quieren dar (...). Porque...no están seguros, pues, la verdad de qué es. ¿Y qué se imaginarán? (...). ¿Qué cosa vendrá? ¿Qué cosa contendrá (sic), pe, esas Chispitas? Más antes no había estas cosas, ahora viene, diciendo (...) desconfían pues” (H2 ACS SAF1; subrayado nuestro)

Es interesante apreciar, cómo se contrapone la novedad del MMN, con el tema de las *papillas*, también dirigida a los niños; medida que habría generado mejor aceptación (¿será que la papilla se puede “ver” es una preparación, en tanto, el MMN es un polvo que no se ve qué contiene?)

“Más antes había papillas (...) y los niños comían, ufffff, higadito, de todo, más antes, había papilla y le daban. Las papillas sí comían. Papillas sí, ni siquiera preguntaban eso, ni preguntaban. Los niños hacían como un sanquito, ahí sí comían ya. Todo el mundo lo miraba, pero ahora Chispita no” (H2 ACS SAF1; subrayado nuestro)

- Cómo explicar su introducción y su función en la salud de los niños, así como los cambios en general en las medidas de suplementación -, representa un esfuerzo fundamental, para brindar a la población, una base de confianza (“no están seguros”) y adhesión respecto a esta nueva medida; rol fundamental del personal de salud,

“...como no conocen, no saben, tienen dudas pe (...) ¿Y qué dudas le cuentan a ustedes que tienen? (...) nosotros...el padre mismo, de repente, tenemos duda, “no, ¿Qué cosa, qué será? (...) y “¿para qué será? (...) siempre tiene que haber una pregunta, entonces la respuesta pues...la encargada del Puesto de Salud, el que distribuye da explicación...” (H1 Comité de Gestión SAF; subrayado nuestro)

En un marco, en donde las interrogantes se plantean en torno a temas críticos y decisivos y no hallan respuestas o espacios de información; la desconfianza toma lugar. Así por ejemplo, la asociación del MMN, con efectos negativos en el desarrollo cognitivo de los niños, hierde profundamente, una de las aspiraciones más sentidas de los padres y de las madres - la posibilidad de progreso social, a través de la educación, para sus hijos –; se plantea como posible hipótesis, ante la incertidumbre que genera,

“...otra señora también me preguntó (...) “¿Y ese para qué será? Tal vez, con esto ya viene... acá nuestros hijos, ya peor están enfermos. Más antes, ¿qué cosa?, esto no había. Estas cosas, ahora están apareciendo y no sé, para qué nos dará. Seguro, pa que estén más burros nuestros hijos, tal vez estará dando (...). A mí también me hace dudar pe, cuando hablan así las señoras” (H2 Acompañante Comunitaria SAF1; subrayado nuestro)

Saber *qué responder*, planteando argumentos claros, constituye una tarea ineludible, para todos aquellos que se encuentran en roles de orientación y asesoría (identificar y *escuchar*, las interrogantes de las cuidadoras principales y de la población en general, constituye la base para construir relaciones de seguridad y confianza, vitales para la adhesión a nuevas prácticas),

“...una señora que me preguntaba, me decía “señorita, yo he visto en la tele, que estas Chispitas están hecho a base de drogas, a los niños los droga”. Yo jamás había escuchado eso, ni en el noticiero nada, ella me dice así, ¿pero dónde has escuchado eso? “yo he escuchado en el noticiero”, hablaban en la radio, yo sorprendida, “no, no es así”, le digo. ¿Ves? Hay cositas que ellas nos preguntan, no sabía qué responderle, cómo está preparado, son laboratorios, no sabemos qué responderles” (H1 Acompañante Técnica SAF)

“...de lo que me decía, ¿hay desconfianza a pesar que el personal les da? Ah, les da, les da charla, “estas Chispitas vas a dar al bebé pa que sea fuerte, mañana más tarde, pa que no esté enfermo”, pero siguen dudando. **Pero no es suficiente, la mamá duda.** Duda pues, dudan como una madre pe (...) “¿Qué cosa nos darán?” a veces, más en las alturas somos más...no sabemos casi nada, ni leer ni escribir, a veces, más duda hay pe” (H2 ACS SAF1)

➤ EL CUESTIONAMIENTO A LA EFICACIA DEL MMN

Tal vez uno de los escenarios que ilustra de manera descarnada, la valoración del MMN, lo constituye el montaje que se arma alrededor del MMN y que esta Facilitadora entrevistada señala como un sinsentido; se recibe el MMN en el establecimiento de salud, a sabiendas que no se ofrecerá al niño o

a la niña, pues no se confía en la eficacia o en la necesidad de la medida de suplementación, pues las cuidadoras principales sustentan que sólo con la alimentación que brindan (*dan pura menestra*) sus niños, no requerirían de ningún refuerzo adicional,

“(dicen las madres) “ay, no quiere mi hijo”, “¿qué le va a hacer, si yo le doy pura menestra?”, así me dicen (...) si le da pura menestra, entonces, para qué sirve la Chispita, en mi corazón nomás digo, ¿para qué traerá (el MMN), si no le va a dar ya?, claro, no le digo, pero a veces pienso, “yo no recibiría, si no le voy a dar eso a mi hijo” (H2 Facilitadora SAF1)

Asimismo, algunas cuidadoras principales, tal como señala el personal de salud, no dejan de mostrar su incredulidad respecto a los beneficios del consumo, cuestionando en última instancia, su eficacia, en la prevención de la anemia,

“Algunos no creen, te dicen, “ya le voy a dar ya”...pero te dicen, “yo no creo señorita, que eso le va a hacer para la anemia, mentira señorita, pero le voy a dar” (H1 Personal de Salud CRED SAF)

Como podemos apreciar, a partir de estos testimonios, se requiere enfatizar en la comprensión, por parte de las cuidadoras principales, en la importancia y los beneficios del consumo del MMN; así como en el sentido que adquiere la suplementación frente a las deficiencias nutricionales de la dieta cotidiana que recibe el niño y la niña. Una mayor profundización en qué es la anemia, además de sus causas y consecuencias en el desarrollo infantil, constituye también otra línea a seguir remarcando, en todos los ámbitos de acompañamiento y orientación nutricional.

➤ UNA EXPRESIÓN CRÍTICA DE SU VALOR...DESECHANDO EL MMN

Expresiones radicales de rechazo del MMN, se manifiestan cuando éste se desecha o se brinda a los animales,

“Esta señora que decía que le hace daño, ¿qué cosa? ¿Cómo le hace mal? “No quiere mi hijo, peor es, tiene asco a esto”, diciendo, no le hace comer pe, “ya” dije nomás pe, yo también, “aunque sea para mi perro”, diciendo, ahí lo amontonó” (H1 ACS SAF1)

Este entrevistado, responsable de CRED, refiere que el MMN – si bien es recibido – por la cuidadora principal, no es ofrecido al niño o a la niña; para remarcar esta falta de valoración, añade que el MMN, se daría a los animales,

“...hay mamás que no le dan (el MMN) a sus niños, prefieren darle a los animales” (H2 Personal de Salud CRED SAF)

(b) Región Piura

(i) Cuidadoras principales Usuarias y No Usuarias

➤ EL TEMA CRÍTICO DEL SABOR Y EL OLOR DEL MMN

La experiencia del hijo mayor (joven de 16 años) de la cuidadora principal, probando el MMN, la lleva a desestimar su ofrecimiento, pues aquel dictamina, que es un producto con un sabor muy desagradable (es importante señalar que el joven comió directamente, el polvo, no en una preparación),

“Yo no lo he probado, sino mi hijo el mayor, el de 16 años, me dice (...) “¿Cómo le vas a dar a la churre esto, está fea esto (...) no, no le des, no estoy de acuerdo, con que te den esto...” (...) feísimo dice que es” (P1 cuidadora principal no usuaria SAF1)

➤ EL POSIBLE CARÁCTER DAÑINO Y CONTRAPRODUCENTE DEL MMN

Una de las áreas más críticas vinculadas al consumo del MMN, se relacionaría con las afecciones estomacales experimentadas por los niños y las niñas, principalmente, **diarreas**, pero también **estreñimiento** (esta última condición, evaluada de manera menos *dramática* y también mejor manejada por las cuidadoras principales),

“¿Y le han contado algo que haga mal? Algunos sí, que así les ha dado diarrea, se les pega” (P1 cuidadora principal no usuaria SAF2)

“...unos dicen que no pueden orinar, otros dicen que les pega diarrea. Yo sí escucho a varios que están por ahí cerca (...) “al mío le ha pegado diarrea”, dicen” (P1 ES SAF2)

“...cuentan que a veces, a sus hijitos, cada vez que le han dado, les ha cogido la diarrea y de ahí ya tienen miedo de darles las Chispitas, han ido a consultar y les han recetado otro medicamento” (P1 cuidadora principal usuaria SAF3)

Asimismo, se atribuye al consumo del MMN, la **pérdida de apetito**; la entrevistada alude al caso del niño que aparentemente, *comía bien*, hasta que se introdujo el MMN en su dieta,

“...el churre comía bien (...) después que le empezó a dar eso (el MMN) ahorita dice (se refiere a la madre del niño) que le ha hecho daño, no come, que más quiere estar tomando teta y no le da la verdad, la señora pecho, entonces, más está tomando biberón y ya no la comida, de lo que comía bien” (P1 cuidadora principal no usuaria SAF1)

Otro aspecto negativo que acarrearía el consumo, hace referencia a las **afecciones a la dentadura** de los niños y de las niñas (sufrirían de caries),

“...hay personas que dicen, que cuando les dan las vitaminas, se les empieza a picar (los dientes) (...) pero no sé si dicen la verdad. ¿Eso, quiénes dicen? (...). No, una vecina que ha traído a su hijito, dice que ella sintió que desde que le dieron la vitamina, se le empezaron a picar los dientes” (P1 ES SAF1)

➤ UNA EXPRESIÓN CRÍTICA DE SU VALOR...DESECHANDO EL MMN

Esta cuidadora principal relata, que si bien no ha probado el MMN, su hijo mayor de 16 años sí lo habría hecho (consumiendo directamente, el polvo); comunicando su gran desaprobación y recomendando sea descartado,

“...esas huevadas que le han dado, mándelas a la candela”, me dijo, y “¿por qué no las has botado?, vienen a dar huevadas...” (P1 cuidadora principal no usuaria SAF1)

La misma entrevistada refiere, que cuando acude al establecimiento de salud, abundan los comentarios de oposición al MMN, entre ellos, que éste es echado en la comida de los chanchos. Se da cuenta igualmente, de otras evidencias de no utilización del MMN,

“...una vez me fui (...) abajo, otro sector, y vi que habían botado en una paila de agua, todos los sobrecitos (...) estaban nadando en agua...” (P1 cuidadora principal usuaria SAF2)

“Y las mamis que no dan las Chispitas, ¿Qué hacen? ¿los guardan, los botan? ¿Qué lo harán? Pero algunas mamás les dan a sus hijos mismos, para que juegue y yo le digo que no deben dárselos y ellas dicen que ellos lo han cogido, pero no, son ellas las que se los dan. Otras veces, los encuentras tirados y uno les dice y te dicen que se les ha caído” (P1 cuidadora principal usuaria SAF2)

(ii) Los otros actores sociales: PNCM y Salud

➤ EL SABOR Y EL OLOR ATRIBUIDOS AL MMN, EXPLICANDO EL RECHAZO DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

El sabor que se encontraría en el MMN, se identifica como un factor crítico de rechazo, entre las cuidadoras principales, tal como reportan los Acompañantes Técnico y Comunitario, las Facilitadoras, al igual que el Responsable de la Red de Salud,

“...el sabor era desagradable, la mamá no lo quería consumir, no le quería dar al niño” (P1 Acompañante Técnica SAF)

“...no les gusta a los niños, les sabe amargo” (P1 Acompañante Comunitaria SAF)

“...las dificultades, que a veces las mamás me decían que no querían comer, porque dicen que tiene saborcito” (P1 Personal de Salud Red SAF)

La identificación de un *sabor característico*, parece siempre aparecer en la experiencia de las cuidadoras principales, se habla en este caso, de un *sabor picante*; la presentación llama también, particular atención, pues el polvo semejaría a la “ceniza”,

“Las mamás decían, “como ceniza parece” (...) también un poco como picantito, medio raro el saborcito, medio piquita (picante)” (P1 GF Facilitadoras SAF)

➤ **LOS EFECTOS PERJUDICIALES EN LA SALUD DEL NIÑO Y DE LA NIÑA, ASOCIADOS AL MMN**

Se señala que las cuidadoras principales, manifiestan de forma explícita y radical, su rechazo al consumo del MMN, alegando su carácter contraproducente o nocivo (“cae mal”), pues provocaría *diarreas y estreñimiento*. Esta apreciación es recogida por diversidad de actores, como el personal de salud, ACS, Facilitadoras,

“...simplemente, te dicen bien franco, te dicen, “yo no le voy a dar Chispitas, porque le produce diarrea, porque le produce estreñimiento, porque tiene mal sabor, no las quiero”. Entonces (...) ese es el gran rechazo” (P1 Personal de Salud CRED SAF)

“...mayormente, es del estreñimiento, a lo que se refieren las mamás” (P1 Personal de Salud Red SAF)

“...una señora me estaba comentando y dice que su bebé primerito estaba muy bien, que le ha empezado a dar las Chispitas y de lo que estaba muy bien, se le ha puesto con diarrea (...) “uy, de haberle dado las Chispitas, el niño se me puso con diarrea y hasta ahora está mal” (P1 ACS SAF2)

“Dice otra mamá, que le cae mal, que les da diarrea...” (P1 GF Facilitadoras SAF)

En suma, el MMN constituiría un producto que lejos de ser saludable, *enfermaría a los niños*, tal como estos Especialistas y el Coordinador subrayan,

“...las familias lo veían como que les hacía mucho daño a sus hijos, que no era adecuado, que más los enfermaban a ellos, preferían no darles eso, porque era un polvito que no tenía mucha validez, en ese caso, fue muy trabajoso para los Acompañantes Técnicos, en cómo sensibilizar a las familias...” (P-Especialista de Ejecución y Seguimiento a la Gestión Comunal SAF; P-Especialista de Ejecución y Seguimiento al trabajo con Familias SAF)

“...les hace mal, y por eso no le dan, es como la vacuna, una reacción adversa a la vacuna, se pasan la voz y no los llevan (...). La duda es que más bien, lejos de abuenarlos (sic) los enferma, porque les cayó mal, como te digo, a la primera, porque tu organismo, bueno pues, es una cosa nueva, lo va a rechazar, más aún, si es pequeño, si es un niño ¿no? entonces, la gente dice “no, no lo abuena (sic), no lo cura, lo enferma, no le damos” (P Coordinadora SAF)

El Coordinador identifica que serían sobre todo, las cuidadoras principales de ámbitos rurales y de las zonas más alejadas y con escasa práctica de relación con los establecimientos de salud, quienes manifestarían esta clase de comentarios,

“¿Y entre quiénes se dan estas dudas? (...) del grupo que tenemos, es justo (...) en este grupo poblacional, en estas mujeres de ámbitos rurales, más aún, si son ámbitos rurales alejados con poco acercamiento al establecimiento de salud o con poca información del establecimiento de salud en ellos” (P Coordinadora SAF)

➤ **LA SUPLEMENTACIÓN COMO MEDIDA INNECESARIA**

Para algunos cuidadores principales, la pertinencia de la suplementación, a través del MMN, se pone en cuestión, pues no se logra realizar una conexión con sus propiedades preventivas respecto a la anemia y el actual estado del niño, a quién aparentemente, estiman saludable (indicadores como la actividad que muestra y su peso, darían cuenta de una óptima condición). Insistir en el sentido de la suplementación, resulta así crucial, los cuidadores principales deben manejar información sobre la anemia y sus implicancias en el desarrollo y la salud del niño y de la niña (al parecer, no se consideraría una condición de gravedad o que el niño se encuentre en condición de vulnerabilidad frente a la enfermedad),

“¿Qué piensan de las Chispitas? (...) no son conscientes, que realmente, tienen que darle al niño para que mejore, entonces, muchos papás dicen, ¿para qué le voy a dar al niño, si lo veo bien, está gordito?, pero muchas veces, nosotros les hemos dicho “el que esté gordito, no significa que esté sano, que esté bien nutrido, puede estar gordo y tener anemia, estar desnutrido” y “¿usted cómo sabe?” dice “yo lo veo gordito, está jugando, no tiene nada” (P1 Acompañante Comunitaria SAF)

➤ UNA EXPRESIÓN CRÍTICA DE SU VALOR...DESECHANDO EL MMN

Según las Facilitadoras del Grupo Focal, suelen encontrarse los sobrecitos de MMN, tirados en el camino, además, las propias cuidadoras principales, manifiestan que así lo hacen. Es importante destacar que tal comportamiento, según las entrevistadas, se distinguiría principalmente, entre las *no usuarias del Servicio*,

“A mí, una señora me dijo, “yo lo puedo poner en el suelito y vaciar la bolsita. A veces, ¿han encontrado sobrecitos regados en el camino? Eso sí pasa, pero son las que no son usuarias (...). Les preguntan en el Centro de Salud (si están consumiendo el MMN) y les dicen que sí, y por eso, los botan” (P1 GF Facilitadoras SAF)

Otro rasgo interesante, en este testimonio, lo constituye la relación que se establecería con el personal de salud, estas CCPP recibirían con normalidad su dotación de “Chispitas”, en el establecimiento de salud, afirmando que son ofrecidas a los niños; a pesar que no realizarían dicha práctica. Llamamos la atención en la *relación* entre la cuidadora principal que así procede con el personal de salud, pues plantea varias interrogantes en torno al desarrollo de la *consejería*. El personal de salud, desconoce que no se brinda el MMN, pues la cuidadora principal no lo comunica (así por ejemplo, ¿por qué no se expone abiertamente, que no se ofrece el MMN? ¿de qué manera se indaga en torno al consumo y la aceptación del MMN?).

(c) **Región Ucayali**

(i) **Cuidadoras principales Usuarias y No Usuarias**

Las cuidadoras principales no refieren en este ámbito, opiniones sociales de orden negativo.

(ii) **Los otros actores sociales: PNCM y Salud**

➤ UNA LECTURA POLÍTICA QUE SE OPONE AL CONSUMO DEL MMN

Esta Acompañante Comunitaria, muestra la existencia de una relación de desconfianza básica, respecto a la sociedad externa - encarnada en su versión extrema, por los *extranjeros* – quiénes no se guiarían por principios de reciprocidad; se relata que han procedido extrayendo sangre de la población (probablemente, muestras de sangre). Es en dicho contexto, que el MMN, visto como algo externo, “*de fuera*”, no puede alejarse de la sospecha que levanta su contenido,

“...decían, que no consuman eso (el MMN) porque viene de fuera, porque qué cosa contendrá, de repente, alguna cosa...alguna forma de decir, que les va a hacer daño (...). ¿Y por qué decían, que porque venía de fuera, les iba a hacer daño? ¿Qué pensaban ahí? Pensaban, porque en estas comunidades, se van los extranjeros, lo que ellos llaman los gringos, y en cierta forma, han tenido una mala imagen de ellos, se van llevando mucho dinero, les pagan, hasta porque acarreen un balde de agua. Y en cierta forma, también se han portado mal algunos extranjeros con ellos, les han sacado sangre (...). Entonces ya prácticamente, ellos no han confiado (...) ellos dicen, para qué van a llevar nuestra sangre...” (U2 Acompañante Comunitario SAF)

➤ LOS EFECTOS PERJUDICIALES EN LA SALUD DEL NIÑO Y DE LA NIÑA, ASOCIADOS AL MMN

Se atribuye de manera radical, efectos nocivos al MMN, generando en este caso, *diarreas*; la entrevistada – personal de salud – va a destacar la fuerza con la cual se expone esta asociación por las cuidadoras principales, pues es de alguna forma, *culpada*, por tal condición de sus niños y niñas,

“...“esa Chispita, le ha dado diarrea a mi niño”, dicen así de frente, te echan la culpa, a uno como personal de salud, de frente nos echan la culpa así, sea en vacuna, a veces, Chispitas, pero nunca te

dicen el Sulfato Ferroso le ha dado diarrea, eso nunca te dicen, más bien las Chispitas sí...” (U2 Personal Salud CRED SAF)

Como bien apunta, este colaborador voluntario, la presencia de diarreas que tanto se atribuye al MMN, debe ponerse en cuestión, si se considera que otras cuidadoras principales no reportan mayores dificultades en cuanto al consumo; asimismo, es necesario aquilatar otros factores que estarían posiblemente, incidiendo en las diarreas, tales como el consumo de agua no segura,

“...a veces, se presenta ese problema que estamos diciendo, en cuanto a diarrea, de repente no es por esto (se refiere al MMN) sino por los parásitos que tiene (...). Por el agua que toma, a veces, del río toma, cuando no hay, entonces, de allí se presenta ese tipo. Y le echan la culpa a...A esto” (U2 Consejo de Vigilancia SAF)

2. Síntesis de los hallazgos de las tres regiones

A continuación, presentamos una síntesis de la información organizada según Regiones y Servicios; siguiendo los dos ejes principales propuestos: la caracterización de representaciones y prácticas que inciden de manera favorable en la adopción y compromiso de consumo del MMN y de las representaciones que muestran su oposición y cuestionamiento.

(1) Las representaciones y prácticas que favorecen y promueven la práctica de consumo del MMN

La importancia del apoyo social y de un entorno propicio, alentando la práctica de consumo del MMN, representa una línea importante de exploración, si consideramos cómo la promoción o los cuestionamientos que movilizan su consumo, se relacionan con las decisiones y prácticas de las cuidadoras principales. El tema analizado permite situar que la *aceptación del MMN*, traspasa el ámbito de la relación básica entre el niño o la niña y la cuidadora principal, destacando la importancia de la *aceptación social del MMN*.

- La aceptación social rodeando el consumo del MMN, va a identificar como primera esfera clave de apoyo al **entorno familiar**; en el cual, distinguimos de manera crucial, al esposo; a la madre y a las hermanas de la cuidadora principal. Este entorno brinda apoyo claro y decidido al consumo; ya sea acompañando las dificultades que atraviesa la cuidadora principal, para lograr la aceptación del niño o de la niña (brindando posibles alternativas y sugerencias); mostrándose pendientes de su consumo puntual (recordando su ofrecimiento, ante el posible olvido de la CP) y alentando su práctica sostenida ante los posibles casos de discontinuidad. Además, apreciar el valor y los beneficios que estos actores confieren al MMN, reconociendo su contribución en el buen crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas y en el combate contra la anemia, motiva sin duda, una mayor disposición a adherirse a la práctica de suplementación. En este ámbito, la experiencia previa de familiares cercanos, brindando el MMN - especialmente, hermanas – tiene la virtud de ampliar la base de confianza en la *eficacia de la práctica*, asimismo, se tornan en importantes *referentes de orientación*, para la cuidadora principal. La relevancia de esta primera esfera de apoyo, es reconocida por las cuidadoras principales, en todas las Regiones estudiadas.
- Otro núcleo fundamental, se articula en torno a un **círculo social más amplio**, que incorpora a otros familiares, amistades cercanas y vecinas. El conocimiento de la experiencia concreta de otras cuidadoras principales, brindando el MMN, va conformando un contexto cada vez más sensible al consumo, aumentando la confianza y seguridad de la madre. En este marco, vuelven a recogerse voces elogiando las bondades y los beneficios evidentes del MMN, motivando la puesta en práctica del consumo. Muy vinculado a este ámbito, el **intercambio de experiencias** que se produce, se torna en otra fuente de referencia y orientación importante para las cuidadoras principales, quiénes se ven provistas de mayor soporte con las recomendaciones, muchas veces específicas que demandan. Este ámbito vuelve a reforzar la confianza en la eficacia de la suplementación, pero también en el *sentido de autoeficacia de la propia cuidadora principal*, quién puede asumir con mayor solvencia la práctica de brindar el MMN. Es interesante observar, cómo se plantea una búsqueda de información a nivel del grupo de vecinas y amistades – si bien esta estrategia no resulta sistemática – podría ser mejor canalizada y aprovechada, pues las experiencias exitosas, no sólo motivan, confieren igualmente, seguridad y confianza en los

procedimientos que han sido eficaces. La relevancia de este ámbito, es también identificada por las cuidadoras principales en las tres Regiones.

En este mismo horizonte, en el ámbito del SCD-Huancavelica, será principalmente, el personal de salud, quién hará notar igualmente, la importancia de estos *espacios de intercambio* (presentes ya en la estructura de trabajo del PNCM o de carácter informal, como aquel que se establece en la sala de espera del establecimiento de salud o en los encuentros cotidianos con vecinas y amistades) en donde las cuidadoras principales, exponen experiencias exitosas de consumo y que se convierten en fuentes de motivación para otras cuidadoras, aún renuentes o en duda respecto al MMN.

- La constitución de un contexto, cada vez más propicio al consumo del MMN, se ha visto beneficiado con la ***difusión de información en diversos medios de comunicación*** (que requiere aún impulsarse con mayor fuerza) – principalmente, la radio y la televisión generándose de esta manera, una comunidad *pro Chispitas*, que deja de circunscribirse al ámbito de interés y preocupación de las cuidadoras principales y sus familias o del establecimiento de salud. Los mensajes difundidos suelen subrayar su función de protección contra las enfermedades, principalmente, la anemia y su gran valor nutricional; en esta perspectiva, *el MMN se convierte en materia de conocimiento, intercambio y discusión en el ámbito público*, forjando una comunidad más informada sobre las virtudes de su consumo. Además de los medios de comunicación, se hace referencia al tratamiento del MMN en otros Programas Sociales como JUNTOS, animando su consumo y subrayando su importancia en la lucha contra la anemia o eventualmente, convocando la participación del Gobierno Local – cuya aproximación puede ser aún marginal y esporádica, tal como la organización de talleres específicos sobre la preparación del MMN – sin embargo, lo esencial de la experiencia, lo constituye su ***extensión cada vez mayor, involucrando diversos ámbitos locales, sociales y políticos***. El MMN va conformando así, parte del discurso ya no sólo del personal vinculado a la salud o a los Programas Sociales, sino se abre al de las autoridades y otros actores políticos y sociales. La alineación de mensajes y esfuerzos de diferentes instancias sociales y políticas presentes en la localidad, afianza sin duda, un panorama mucho más auspicioso y favorable, respecto al consumo.

Esta esfera conforma otra de las dimensiones, que aporta en el mejor posicionamiento social del MMN y ha sido reconocida por las cuidadoras principales de las tres Regiones y por los actores PNCM y salud, vinculados al SAF de la Región Huancavelica y Piura.

- Serán principalmente, los actores PNCM y de Salud, quiénes recogen el pronunciamiento explícito a favor del MMN de las propias cuidadoras principales; éstas reconocen la *eficacia del consumo del MMN*, ensalzando sus virtudes y los cambios que observan en la salud de los niños y las niñas y en la menor recurrencia de enfermedades. Si bien existen aún, posiciones críticas y renuentes al consumo del MMN, es posible observar una tendencia cada vez más auspiciosa, pues a decir de tales actores, tal oposición tiende a reducirse progresivamente. Los avances en esta perspectiva, se atribuyen a la extensión de las acciones de sensibilización que tanto el personal del PNCM como el de Salud, vienen apuntalando, tarea mencionada principalmente, en las Regiones Huancavelica y Piura

(2) Las representaciones que actúan como barreras, desalentando la práctica de consumo del MMN

La revisión de información sobre el tema, ha permitido identificar un núcleo básico de nociones, alrededor del cual van a articularse *opiniones sociales* de signo crítico, que navegan en el contexto de referencia de los actores. Reconocer estas barreras, sus alcances e implicancias en el consumo es lo que deseamos exponer, dado que pueden incidir en las decisiones de las cuidadoras principales, llevándolas a experimentar dudas e inseguridad y desalentar la práctica de consumo. Así, el escenario en que se sitúa el MMN, no siempre fluye en medio de la aceptación y el consenso; conformando por el contrario, un espacio en el cual afloran visiones conflictivas, muchas de ellas, cargadas de gran suspicacia y desconfianza, respecto a su propósito y beneficios; además de la atribución de características del producto, que lo califican como desagradable. La cuidadora principal, se haya así, expuesta a una diversidad de posturas respecto al consumo, dando marco a sus decisiones. La caracterización de estas nociones críticas, permitirá determinar qué áreas requieren ser abordadas con mayor detenimiento y claridad, en cuanto al tratamiento de la información y su difusión.

Veamos a continuación, las voces críticas que los actores recogen y escuchan en sus localidades y en los diferentes ámbitos que recorren y transitan.

Una primera línea crítica que muestra su contundencia, pues la diversidad de actores sociales - **cuidadoras principales y actores PNCM y Salud** - como su distribución en las tres Regiones y en el conjunto de Servicios SCD y SAF estudiados, así lo señala; correspondería a la **asociación del consumo del MMN con efectos perjudiciales en la salud de los niños y las niñas**. Estos efectos se advierten más dramáticamente, en la presencia de *diarreas y vómitos*; siendo otras manifestaciones no deseadas, *estreñimiento, disminución del apetito, descalcificación*, así como *dolores de cabeza y daños en la dentadura*, incluso, se hace referencia a la *esterilidad* que podría generar en las niñas; otro perjuicio no de orden físico, indica que el consumo del MMN, afectaría el *carácter de los niños*, tornándolos difíciles en el trato, pues desarrollarían características poco valoradas, como la *arrogancia y la agresividad*.

Esta noción resulta particularmente, crítica, pues el análisis de la dimensión de “Consumo y Aceptabilidad del MMN”, muestra que serían precisamente, eventos relacionados a *diarreas* en el niño y la niña, una de las razones principales que desalientan la práctica y su continuidad. Como podemos observar, esta asociación negativa del MMN, impone un fuerte contrapeso a la importancia de su consumo, atacando lo que se plantea como sus bondades y beneficios pues – lejos de *mejorar* la salud de los niños y las niñas, *los enfermaría* -.

Los efectos que este tipo de comentarios tienen sobre la población, al convertirse en materia de intercambio, principalmente, entre las cuidadoras principales, producen una suerte de contagio, refuerzan a aquellas madres que han observado manifestaciones contraproducentes en sus niños, pero llevan también a desistir a quienes aún no pasarían por la experiencia de ofrecer el MMN.

Al examinar las diversas dificultades en torno al consumo del MMN, que las cuidadoras principales manifiestan, sobresale igualmente, la percepción en torno al *sabor y al olor*, que se desprendería del MMN. Los **atributos de sabor y olor**, así como textura, que se confieren al MMN, marcándolos como **desagradables**, representan otra idea gravitante, dando cuenta de la oposición a su consumo; muestra su fuerza al ser registrada en las tres Regiones estudiadas, aunque con las siguientes diferencias. En el caso de las cuidadoras principales de la Región Ucayali, esta noción no ha sido destacada; y en lo que concierne a los otros actores PNCM-Salud, se halla ausente en el SCD de la Región Piura y en el SAF de la Región Ucayali. La repercusión de este tema, podrá apreciarse más claramente, al vincularse con las dimensiones de “Capacitación”, “Consumo” y “Consejería”.

Asimismo, otra línea crítica propone que el consumo del MMN, determinaría **graves perjuicios en el desarrollo cognitivo** de los niños y de las niñas, tornándolos “*brutos*” e “*inútiles*”, afectando su normal desarrollo del lenguaje y habilidades de aprendizaje. Esta comprensión se halla distribuida principalmente, en las Regiones de Huancavelica y Ucayali, en tanto en la Región Piura constituye una noción ausente o extraña; es mencionada por todas las categorías de actores, aunque no habría sido registrada entre las cuidadoras principales.

Otra idea que introduce gran controversia, alude a una **lectura político-religiosa sobre el MMN**, planteando su consumo, como un **mecanismo diseñado para profundizar las relaciones y condiciones de subordinación de la población** y que pretenden imponer otros países, así como el Estado; concepción asociada principalmente, a grupos evangélicos. Se exacerba la **desconfianza** en torno a un producto considerado foráneo, potencialmente, dañino. Esta noción se reconoce en las Regiones de Huancavelica y Ucayali y es básicamente, señalada por los diversos actores PNCM-Salud, no siendo referida sin embargo, por las cuidadoras principales.

Las dudas y suspicacias, en torno al contenido (“¿de qué está hecho?” “¿cómo está preparado?”) **y propósito del MMN** (“¿de verdad será?” “es para la nutrición de nuestros hijos o para qué será?”), generarían igualmente, gran incertidumbre y recelo entre la población. Esta noción se hallaría vigente en las Regiones de Huancavelica y Piura siendo mencionada básicamente, por los actores PNCM-Salud.

Otra noción desfavorable, destaca la **gran desvalorización del MMN**, la cual **se evidenciaría en su descarte** (o para ser destinado al consumo de los animales). Esta práctica crítica, se hallaría presente, en las tres Regiones estudiadas y es reconocida por el conjunto de actores.

Por último, **la desconfianza en torno a la eficacia o a la necesidad de suplementación**, constituye otra de las ideas críticas vinculadas al MMN, identificada por los actores PNCM-Salud; encontrándose en las tres Regiones, aunque no distribuida en todos los Servicios. Esta idea se enlaza con aquella que comunican las cuidadoras principales, al referirse a la **no visibilidad de cambios** en los niños y las niñas, a partir de su consumo, noción presente en el ámbito del SCD de Huancavelica y Piura.

Algunas de estas nociones negativas (el MMN afectando el desarrollo cognitivo; el sabor y olor desagradables), navegando en el entorno social, fueron anteriormente, asumidas por algunos de los actores (Madres Cuidadoras; Facilitadoras, así como miembros del CG y del CV), quiénes en su condición de *cuidadoras principales*, experimentaron dudas y gran recelo frente al consumo del MMN; postura que se modifica al recibir orientación y capacitación, **al integrarse al Programa, así como en su interrelación con el personal de salud**. Estas experiencias nos alertan sobre la fuerza que ejercen las opiniones y comentarios sociales, en las decisiones de consumo.

J. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Este tema se enfocó en el manejo de la información recogida y observada por los actores involucrados en los procesos de recepción, condiciones previas al consumo y el consumo de los MMNs. Específicamente se analizó qué información se obtiene, registra y mantiene, cómo se utiliza esta información, si se lleva a cabo la retroalimentación entre actores utilizando esta información, y si la información les es útil para mejorar sus servicios. Este tema aborda cuando es posible, nociones que los actores hayan presentado con respecto a la utilidad y por ende una valoración/opinión de la información que registran, obtienen y mantienen, cómo se lleva a cabo la retroalimentación de la información recogida por distintos actores. Por la naturaleza del estudio cualitativo, no es posible definir con exactitud la frecuencia del recojo de información.

Las fuentes de información para el análisis de este tema fueron entrevistas a profundidad con actores a nivel regional (personal de salud), actores comunales (trabajadores municipales) y con actores locales que trabajan en los ámbitos del Servicio de Cuidado Diurno (SCD) y el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) en cada una de las regiones. A continuación se presenta un análisis regional basado en las dimensiones principales de este tema: a) información que obtienen, registran y mantienen y b) utilización de la información. Este análisis detalla los hallazgos por región y actor correspondiente, seguido por una síntesis la cual se divide por sistema de salud, SCD y SAF, en cada una de las dimensiones. El capítulo finaliza con una comparación de los hallazgos con la norma actual. Las conclusiones y recomendaciones se presentan en conjunto en un capítulo separado al final de la sección de resultados.

1. Análisis Regional

A continuación se describen los resultados por región y para cada región, por actor regional y por actores locales para cada Servicio.

A) Subdimensión: Información que obtienen, registran y mantienen

(1) Región Huancavelica

(a) Personal de salud (RED, MICRO-RED Y CRED), Trabajadores Municipales, y Jefe de la Unidad Técnica

Los datos que ingresan al Sistema de Información en Salud (HIS) a nivel local se transmiten a la DIRESA y luego a la unidad central de MINSA. Se utilizan para verificar actividades pero a nivel local no tienen tiempo para analizarlos, por lo tanto los utilizan de manera muy superficial. Solamente reciben apoyo de la DIRESA para el análisis de datos si ellos están interesados en algún tipo de información específica.

“Tenemos un registro de cuánto sale, yo manejo un HIS record, con ese record [monitoreo] todos los meses cuánto sale, cuánto entra, cuantos tienen que venir en el mes, cuántos tienen que terminar ya [sus micronutrientes]...”. (H1 – Personal de salud CRED SAF)

“La información del seguimiento tenemos dos tipos de información uno que es el HIS y otro que es el SIS por el nivel de acá vemos tantos niños deben llegar a entregar este multi-micronutriente y lo único que hacemos es sacar información, más no analizar, decir en forma retributiva mira tú estás avanzando así porque así...Que se tiene no están manejable, lo decimos en forma somera como Micro-red, un grupo de establecimientos, tu no estas avanzando bien, pero someramente no documentado por el tiempo, por la premura del tiempo.” (H1 – Personal de salud Red)

La Tecnología Decisiones Informadas (TDI) rescata información in-situ a nivel local por distrito y desde diferentes indicadores de salud y nutrición [incluyendo MMNs], vivienda y salud ambiental. Sin embargo, ya no tienen personal dedicado a mantener la información así que esto se ha descuidado un poco. La información que tienen la comparten con la Red, algunas ONGs, el servicio de cuidado diurno y los municipios de vez en cuando.

El personal de salud tiene una carga alta de trabajo y la motivación es variada. Sin embargo ahora están recibiendo incentivos, particularmente para que hagan visitas domiciliarias. Los incentivos incluyen pago de gastos y un bono si completan un número determinado de visitas. Las decisiones de quienes reciben incentivos y que áreas deben estar dentro de Servicio de Acompañamiento Familiar (en el ámbito SAF) se han hecho a nivel de la DIRESA, sin todo el conocimiento necesario.

Cuando hacen sus visitas domiciliarias, deben llenar una ficha que indica cuál es el motivo de la visita y describe lo que hacen durante la misma. Al final la madre firma el documento y queda como una constancia de que la visita se llevó a cabo. Esta ficha se pasa al HIS pero solamente queda reflejado dentro del sistema la fecha de la visita y el nombre del personal que la realizó. Durante las visitas, piden los sobres vacíos para verificar consumo pero no se considera una buena forma de verificar. Las visitas domiciliarias se priorizan a los niños que han faltado a sus controles, pero no necesariamente se les da prioridad a los MMNs durante las mismas, ya que pueden haberse dado por otros problemas, por ejemplo falta de vacuna. Las visitas domiciliarias se exigen en base al número de niños, si hay 10 niños dentro de la jurisdicción, entonces es más factible que se hagan las visitas que si hay 100.

“El tema de consumo como le digo es este.....un poco ver el sitio de donde...es la única manera que tenemos como sector salud realizar la visita domiciliaria y ver si está consumiendo o no, pero como le digo hay muchos aspectos que no llegamos a cumplir en cabalidad disposición de tiempo, personal, la distancia mismo muchas veces que hay niños que han estado consumiendo y se van también y no hacemos un seguimiento de cuándo.” (H1 – Personal de salud Red)

“Llenar una ficha de visita domiciliaria que están diciendo cual es el motivo de la visita y le inculcan por esto he venido, esto, esto. Si es por multi-micronutriente esto es por forma de preparar y tiene que ser el establecimiento y al final hace firmar a la madre y constatar que ha visitado a esa familia.” (H1 – Personal de salud Red)

En el Servicio de Acompañamiento Familiar, las facilitadoras tienen mayores dificultades para hacer seguimiento de los MMNs porque ellas normalmente no entran a las cocinas de las casas.

(b) Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno

➤ ACOMPAÑANTE TÉCNICO

En los Centros de Cuidado Diurno se lleva un registro diario de los niños que consumen los MMNs. Este registro se hace en la hoja de asistencia y no necesariamente involucra guardar los sobres vacíos, aunque algunos centros si lo hacen. Los centros utilizan las tarjetas CRED para tomar los datos de peso y talla de cada niño y confirmar que los niños han recibido sus MMNs, aunque la calidad de información que encuentran en las tarjetas es variable.

El acompañante técnico con el apoyo de la madre guía, tiene la responsabilidad de hacer seguimiento del consumo de MMNs en los centros. Además son responsables de reunir la información compilada en las fichas de asistencia (incluyendo consumo de MMNs) y digitalizarla, es decir ingresarla al sistema de información.

➤ PERSONAL DE SALUD

Existen diferentes prácticas para verificar el consumo de MMNs, como la netamente verbal, cuestionando si se le está dando MMNs al niño y cuantos sobres le quedan, o pedir que las madres lleven al centro de salud los sobres vacíos que han utilizado antes de darles más. Se reconoce que ninguna permite verificar el consumo completamente y que la única forma de hacer esto es por medio de la observación durante visitas domiciliarias pero tienen el tiempo muy limitado para llevarlas a cabo. Una normativa que les permita entregar los MMNs directamente a los centros de cuidado diurno, previo consentimiento firmado de los padres, les ayudaría mucho.

En sus inspecciones a los centros del Servicio de Cuidado Diurno verifican el consumo de MMNs, sin embargo las fichas que utilizan "Inspección del Establecimiento en la Preparación de Alimentos", no incluyen ningún rubro relacionado a MMNs.

➤ ESPECIALISTAS DEL SCD

Los datos que tienen con respecto al consumo de MMNs son limitados (cuando inician y cuantos sobres se le han dado) ya que las discusiones con las madres no quedan registradas. La información

de los registros la envían a Lima pero también les es útil a ellos para entender mejor su cobertura. Esto lo discuten durante mesas temáticas donde revisan sus indicadores en grupo.

“Eso se encargan los ATs, ellos reúnen la información y eso se muestra en fichas que se anota y eso todo el informático es el que lo compila, lo que analiza.” (H – Especialista en Nutrición SCD)

(c) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

➤ **AGENTES COMUNITARIOS Y ACOMPAÑANTES TÉCNICOS**

Los acompañantes técnicos tienen la responsabilidad de evaluar a las facilitadoras en sus visitas a las familias donde recogen información muy básica sobre MMNs – si la familia recibió los MMNs o no. Les han pedido a las facilitadoras que cuenten los sobres de MMNs durante sus visitas para tener mejor idea del consumo, sin embargo esto es algo que no se registra. Un seguimiento más allá del verbal debería considerarse, ya que las madres a pesar de su buena intención, a veces se olvidan de dar el MMN. La información recolectada por las facilitadoras se entrega a los comités de gestión y ellos son los responsables de reportar al centro de salud.

➤ **FACILITADORAS Y CÓMITES DE GESTIÓN Y VIGILANCIA**

El consumo se registra en la ficha de la visita por la facilitadora pero no todas piden ver la caja o cuentan los sobres para verificar consumo. Son evaluadas durante sus visitas por los acompañantes técnicos, quienes observan si hacen la pregunta acerca de si los niños reciben sus MMNs.

El Comité de Gestión utiliza el cuadro del SEVICO (Servicio de Vigilancia Comunitaria) para hacer el seguimiento del consumo de MMNs, este cuadro indica cuanto sobres se consumen cada semana. El cuadro se socializa una vez al mes en una reunión convocada por el Comité de Gestión, al cual asisten la autoridades comunales, entre ellas los miembros del Servicio de Cuidado Diurno.

“... la señorita [AT] nos enseña bien, la madre guía también [...] nos apoyan, para que vamos a decir que no, bacán trabajamos.” (H1 – Madre cuidadora SCD1.1)

“... la socialización la hacemos nosotros cada mes aquí en el local. Ahí compartimos cómo vamos avanzando, para el siguiente mes qué tenemos que mejorar, hay metas que se tienen que superar”. (H2 Comité de Gestión SAF)

➤ **PERSONAL DE SALUD Y AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD**

Los MMNs se entregan en el centro de salud y esto se registra en el Sistema de Información en Salud (HIS). La calidad de la información que mantienen disminuye después de que los niños cumplen 12 meses, ya que su control deja de ser mensual. Estrategias como citar a las madres todos los meses para entregarles los MMNs o visitarlos en casa para dárselos no son complemente efectivas para mantener el consumo, primero porque no van a las citas y segundo porque no se dan abasto para visitar a todos los niños.

Hacen visitas domiciliarias cuando los niños dejan de ir a sus controles CRED y reciben esta información del programa JUNTOS también. En esas visitas priorizan ver el consumo, entrando hasta la cocina para comprobar que se estén utilizando los MMNs.

La información que recopilan, se codifica y entra en un reporte mensual que se lleva a la Micro-red, luego a la Red y así sucesivamente. El personal de salud de CRED normalmente participa en estas reuniones a nivel de Micro-red. Sin embargo, no necesariamente comparten esta información con otros actores, por ejemplo el Servicio de Cuidado Diurno.

“Tenemos un registro de cuánto sale, yo manejo un HIS record, con ese record [monitoreo] todos los meses cuánto sale, cuánto entra, cuantos tienen que venir en el mes, cuántos tienen que terminar ya [sus micronutrientes]...”. (H1 – Personal de salud CRED SAF)

➤ **ESPECIALITAS DEL SAF**

Han elaborado un instrumento, el cuadro SEVICO (Servicio de Vigilancia Comunitaria), donde reportan el número de familias dentro de cada comité que consumen MMNs cada mes. Este instrumento lo desarrollaron ellos y lo compartieron a nivel central donde lo aprobaron y les dieron algunas sugerencias de cómo cambiarlo. Recolecta información del consumo de MMNs pero también cuántas familias tienen DNI, el estado nutricional, cuántos niños están en

riesgo/desnutridos/anémicos, cuántas familias son beneficiarias de JUNTOS, cuantos tienen agua potable, etc.

(2) Región Piura

(a) Personal de salud (DIRESA, MICRO-RED Y CRED) y Jefe de la Unidad Técnica

La mayor parte del registro que llevan de los niños es en papel e incluye: historia clínica, folders, registros, aparte de sistemas propios de algunos distritos y el HIS, por lo tanto se les facilitaría que todo fuera digital. Comparten información con el programa JUNTOS, el cual ha agregado a su formato, el dato de si los niños reciben MMNs o no. A pesar de que los MMNs no son una condición dentro del programa, el personal de salud les dice a las madres que JUNTOS está controlando el consumo de MMNs, ya que creen que esto aumentará el consumo.

“Más tedioso porque, como le digo, no solamente es llenar la historia clínica, llenar el folder, llenar mi registro de área. A parte hay un sistema acá en La Arena que en computadora también tenemos que llenar. Entonces llenar aquí, llenar allá y aparte hacer el HIS. Entonces, más no demoramos en llenar tantas cosas...” (P2 – Personal de salud CRED SCD)

“Que ella [la madre] traía su carnet y le registrábamos la entrega, el número de entrega de chispitas y en la historia tenía que coincidir. Por ejemplo la cuarta entrega, tal fecha ahí está. Ya está al día en su tarjeta. Pero también a veces nosotros por error nos olvidamos de marcar en la tarjeta, o la mamá no traía la tarjeta y que al siguiente entrega venga y nos haga recordar para ponerle la fecha en que le habíamos entregado [los MMN] respectivamente, la anterior. En este caso. Así llevamos el control aparte de un registro.” (P1 – Personal de salud Red SAF)

Tienen un Registro Único de Seguimiento Integral del Niño (RUSI) y ahí registran cuando se les dan MMNs a las madres y en que dosis está el niño. En el SIEN registran cuantos sobrecitos ha consumido el niño, preguntando normalmente a la madre “¿Cuántos sobres le quedan?” y hacen la resta. A pesar de que la información de preparación de MMNs se les da a las madres cuando los entregan, ellas no son necesariamente las cuidadoras principales así que los mensajes se pierden. La información de sus registros es discutida con los colegas del centro de salud para intercambiar ideas de cómo ayudar a las madres a mejorar el consumo.

Tienen un hemoglobínómetro para medir hemoglobina y lo pueden utilizar para medir el impacto de los MMNs pero en algunas ocasiones, no se ve este impacto en la medida de hemoglobina por falta de continuidad en el consumo.

Una de las estrategias que está trabajando con los acompañantes técnicos es la actualización de datos, asegurando que tengan listas completas de sus familias e identifiquen quien no tiene DNI, ni SIS para facilitar el trámite. De esta forma, no tienen que esperar que las madres vayan a los centros de salud. Esto les ayudará a tener un mejor manejo de información, por el momento no confía en los reportes de cobertura de servicios que recibe del sistema. Otros datos que serían importantes mejorar para medir su progreso a finales de año, son el número de capacitaciones que llevan a cabo.

(b) Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno

➤ MADRES CUIDADORAS, MADRES GUÍAS Y CÓMITES DE GESTIÓN Y VIGILANCIA

El consumo de MMNs en las cunas se registra con la asistencia y se verifica pidiéndoles a las madres cuidadoras que muestren los recipientes (con nombre) con los sobres de cada niño. Es necesario e importante recordarles a las madres cuidadoras que les den los MMNs a los niños, así como informar al puesto de salud si hay niños que no están consumiendo los MMNs. Cada centro de cuidado diurno cuenta con una tabla de crecimiento en la pared que les ayuda a identificar qué niños están en riesgo, y si lo están, las madres cuidadoras motivan a las madres y les insisten para que lleven a sus niños al centro de salud.

➤ ESPECIALISTAS DEL SCD

Su rango de intervención puede ser a nivel del EESS, para hacerle seguimiento a la distribución de los MMNs, o a nivel familiar para promover que los padres lleven los MMNs a las cunas. Además es responsable de la validación de datos y tiene que explicar si hay un cambio en el número de niños

registrados tomado MMNs, lo cual sucede cuando hay niños que cumplen 3 años así que ya no se encuentran dentro del conteo.

“...nosotros como especialistas de ESSALUD también realizamos visitas y en estas visitas nosotros también comprobamos cómo será la visión, cómo será el almacenamiento, cómo es el proceso de la información que llega a nosotros, [ya que] no consiste en poner por poner, consiste en [que durante] el proceso de ingreso el padre firma el consentimiento, se le asigna al niño una madre cuidadora, quien debe dársele correctamente. Esta madre cuidadora además debe registrar correctamente la asistencia para que nosotros también podamos contabilizarlo, entonces es todo un proceso no solamente es ver, se está dando o no, consiste en que se esté dando correctamente, se almacene correctamente y también se procese correctamente la información.” (P – Especialista en salud SCD)

(c) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

➤ **PERSONAL DE SALUD Y AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD**

Han tenido que hacer un seguimiento a nivel de establecimientos de salud, ya que al hacer supervisión de la entrega de los MMNs, encontraron que farmacia los entregaba a enfermería pero no se llegaban a entregar a las madres.

También han encontrado que la historia clínica (HIS) no coincide con el carnet CRED, ya que muchas veces se olvidaban de marcar el carnet o la madre no lo llevaba. Además tienen un registro de las visitas domiciliarias que les hacen a las madres que pierden sus controles, sin embargo no tienen la capacidad de visitarlas a todas.

➤ **ESPECIALISTAS DEL SAF**

El “Chispitero”, desarrollado en la sede central, lo utilizan para contribuir a la verificación del consumo, cada familia tiene uno y cada semana la facilitadora pide verlo. A pesar de que no pueden verificar el consumo propiamente, les da una oportunidad para promover el consumo de los MMNs.

“... desde la sede central elaboraron un Chispitero donde cada familia debe colocar las chispitas y cada semana, la facilitadora tiene que ver si lo están consumiendo, tiene que decir cuántos sobrecitos son los que van recibiendo; son 30 y en esta semana cuantos van consumiendo, tiene que verificar que los bolsillitos estén vacíos y cuantos sobres vacíos tiene, no garantizamos que en realidad lo estén consumiendo pero por lo menos estamos incentivando que la familia lo haga y estamos propiciando de decirles tienen que consumirlo, es bueno para su niño y la familia al ver que tienen un chispitero donde están con todos los sobrecitos si o si darle a su niño porque saben que viene la facilitadora cada semana y va a verificar porque le sobro dos sobrecitos la mama le dirá me olvide, es que no estuve, lo cuido la abuelita aparte en nuestra ficha dice recibe micronutrientes entonces ahí marca la facilitadora y en su cuaderno de campo y el acompañante técnico verifica que el chispitero esté totalmente consumido es lo que nosotros tenemos.” (P – Especialista de Ejecución y Seguimiento a la Gestión Comunal y Especialista de Ejecución y Seguimiento al trabajo con familias SAF)

Las facilitadoras anotan sus observaciones en un cuaderno de campo. Las comparten con el acompañante técnico durante sus reuniones quincenales, y los especialistas a su vez trabajan con los acompañantes técnicos para responder preguntas que ellos reciban de las facilitadoras y familias. Una estrategia que han utilizado, es llegar temprano a las visitas familiares y ayudar a las madres a preparar la comida y así enseñarles a utilizar los MMNs.

“No, es algo verbal, pero lo ponen en su cuadernito de observaciones, algunas dudas que ellos [los facilitadores] tienen. Ellos tienen un cuaderno de campo, y ahí ponen todos, pero queda solamente en el cuadernito, y lo exponen cuando hacemos las reuniones con aliados [o en las reuniones mensuales de pago de facilitadoras].” (U2 – Acompañante Comunitaria SAF)

Están en el proceso de validar datos en base a las tarjetas CRED, ya que se han dado cuenta que mucha información se queda en las historias clínicas y que el personal de salud no tiene tiempo de ingresarlos.

“... la vigilancia comunitaria del desarrollo del niño lo ve el comité de gestión, ellos han implementado su propia herramienta de vigilancia comunitaria [...] donde el actor comunal tiene identificado a sus niños del programa: si fueron al CRED, si tienen DNI, si tienen ficha, si reciben Chispita o no, de eso se encarga el comité de gestión. [...] con el apoyo del acompañante comunitario y lo que es el consejo de vigilancia, el cual está formado por 8 miembros 5 del comité y 3 de vigilancia, estos últimos vigilan la calidad de la visita, manejan una ficha para observar la visita, para conversar con la mamá y para que

ellos den ciertos mensajes a la familia para que refuercen, o recoger algunos eventos que se dan en campo para que en la reunión mensual lo podamos conversar...". (P – Especialista de Ejecución y seguimiento a la Gestión comunal SAF)

(3) Región Ucayali

(a) Personal de salud (DIRESA, RED, MICRO-RED y CRED)

En los controles CRED se evalúa el estado nutricional de los niños, usando el carnet de atención integral. Durante el triaje llenan el formato SIEN, donde están registrados los controles anteriores, si reciben MMNs y si han asistido a sesiones demostrativas. A partir de los 6 meses hacen el tamizaje de hemoglobina de manera obligatoria para ver si tienen anemia. A pesar de ingresar los datos al sistema HIS, tienen dificultades para ver los consolidados, han solicitado apoyo para esto pero no lo han recibido aún. Cuando logran obtener información consolidada del sistema, la utilizan a nivel de centro de salud para evaluar si están llegando a sus metas y se reúnen ocasionalmente con sus colegas al nivel de la Micro-red.

Han tenido algunas dudas técnicas con respecto a los MMNs, por ejemplo: no sabían qué hacer cuando un niño descontinuaba el uso de MMNs por varios meses, ni tampoco sabían cómo reflejar esto dentro del sistema de información y no recibieron instrucciones muy claras por parte de sus colegas al nivel de la Red, por lo que tuvieron que tomar sus propias decisiones con respecto a la continuidad de MMNs – por el momento continúan con la suplementación, sin importar cuantos meses han dejado de tomarlos, pero aún no saben cómo reflejarlo en el sistema de información.

Tienen problemas al registrar las entregas de MMNs en el HIS, particularmente para niños mayores de 12 meses, los cuales se citan cada dos meses y se les entregan 2 cajas. En ese caso no es posible llenar en el sistema que se les han dado dos cajas, solamente una. Han solicitado a la DIRESA, quien ha pedido apoyo a Lima para solucionar este problema con el sistema. Por el momento están considerando abrir otro cuaderno donde mantienen esta información. Este problema, tiene un efecto en el reporte de farmacia (cuántos MMNs entran), ya que este debería de coincidir con el reporte HIS (cuántos MMNs salen).

"... ahora [tenemos] solamente el registro, porque nosotros podemos dar, ya tenemos niños suplementados en la historia clínica, en nuestros registros, dónde está el problema en el HIS mismo, cuando se va a registrar allá yo pongo en mi HIS que está recibiendo su doceavo tratamiento pero el sistema no me jala y no sé porque está pasando esto." (U1 – Personal de salud CRED SCD)

Cuando hacen visitas domiciliarias revisan vacunas, CRED y MMNs y en esa zona las hace principalmente el agente comunitario de salud. Sin embargo, los agentes solamente hacen seguimiento durante estas visitas (si el niño está recibiendo y cuántos sobres de MMNs quedan) no pueden iniciar a los niños con el suplemento. Estas visitas son muy importantes para comprobar que los niños toman sus MMNs. Cuando las visitas domiciliarias las hace el personal de salud si es posible iniciar a los niños con los MMNs durante las mismas, sin embargo esto puede causar problemas de seguimiento, si están registrados en el HIS se le puede agregar esta información pero si no es imposible hacerles el seguimiento. La información de las visitas domiciliarias también entra en el HIS y es compartida a nivel de la Red cada trimestre y se discute en una reunión con los jefes de las Micro-redes para evaluar cómo están trabajando. Sin embargo, no la comparten con otros programas sociales como el Servicio de Cuidado Diurno del PNCM.

Al principio, cuando no tenían MMNs suficientes para cubrir a todos los niños de la zona, se priorizaban a los que niños que asistían al centro de salud y que estaban en el padrón pero ahora que tienen más stock buscan a los niños por medio de trabajo de campo para entregarles los MMNs. A nivel de la Red, monitorean los establecimientos de salud, por lo tanto priorizan el monitoreo de los niveles de stock de MMNs y que se estén distribuyendo.

"Se hacen reuniones con el área de CRED, nutrición, obstetricia, y cada cierto tiempo con el mismo centro. Se ve ahí el estado nutricional; estamos llegando o no estamos llegando [a las metas]. Se invita a todas las Micro-redes, vienen por ejemplo de Tahuantinsuyo y se les hace entender que todavía nos falta, que debemos llegar a más [población para cumplir con las metas]." (U1 – Personal de salud microrred SCD)

(b) **Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno**

➤ **ACOMPAÑANTE TÉCNICO**

Las madres cuidadoras registran diariamente el consumo de MMNs en el Centro de Cuidado Diurno. Las madres llevan al centro sus 30 sobrecitos y se les devuelven 10 para que puedan dar los MMNs en casa durante el fin de semana. Los sobres que se quedan en el centro se almacenan en la caja con el nombre del niño.

➤ **MADRES CUIDADORAS, MADRES GUÍAS Y CÓMITES DE GESTIÓN Y VIGILANCIA**

Mantienen un registro de los niños que asisten a los centros de cuidado diurno. Para ingresar al programa tienen que presentar su tarjeta CRED y tener sus vacunas. Luego todos los meses el personal de los centros revisa las tarjetas para registrar las medidas de peso y talla y recordarles a las madres que no han llevado a sus niños al control que lo hagan. Registran el consumo del MMN en la hoja de asistencia pero esto lo han implementado muy recientemente. Tienen a guardar los sobres vacíos hasta recibir nuevos y entonces los desechan.

Las madres guías son responsables de darle seguimiento a los niños en riesgo y tienen su propio registro, el cual incluye una pregunta simple sobre si el niño está consumiendo MMNs. Visitan a estos niños dos veces al mes y los pesan y tallan. Si no ven mejora refieren a las madres al centro de salud. No tienen ninguna técnica para confirmar si los sobres están siendo consumidos pero tratan de fomentar la honestidad.

➤ **PERSONAL DE SALUD**

El seguimiento solo es posible si se cuenta con un buen número de datos, si los datos no ingresan al sistema, el sistema de información no funciona. Han analizado las historias clínicas para ver si el personal de los centros de salud está registrando la suplementación y han hecho una encuesta a las madres que llegan al centro para ver si están dando los MMNs. Socializan los datos con el personal de salud al nivel de la Micro-red pero no le dan ninguna retroalimentación de esta socialización a los centros de salud. Tratan de visitar los puestos de salud pero muchos no tienen personal fijo, y su conocimiento de MMNs es variado.

El personal de salud no maneja la información de que niños son parte del Servicio de Cuidado Diurno. Además tienen un conflicto con el servicio con respecto a las medidas. El servicio tiene un requisito de que todos los niños de su programa sean pesados y tallados mensualmente. Esto funciona bien hasta los 12 meses pero después le exigen al personal de salud que vaya a hacer las medidas aun cuando no les toca su control.

“Más que nada mandamos [la información] de cuánto se le está entregando. El consumo, cuánto consumió, no. ¿Cuánto se le está entregando? ¿En qué dosis va? Porque si le sobra bastante, no se le entrega ya. Sigue en la [misma] dosis. De repente le quedan 20, le decimos termina eso y luego te continuamos.” (U2 – Personal de salud CRED SCD)

➤ **COORDINADOR DEL SCD**

La información de sus visitas mensuales, es consolidada por el Especialista de Trabajo y Familia. La información del consumo que se registra en la asistencia, se ingresa al sistema de “cunanet” y así pueden llevar un control de cuantos niños están recibiendo sus MMNs en el Servicio de Cuidado Diurno.

➤ **ESPECIALISTAS DEL SCD**

Han desarrollado una ficha de vigilancia que implementa el Comité de Gestión e incluye temas de salud (peso, talla y CRED) pero no MMNs. Además quieren aplicar una ficha de monitoreo por parte del Comité de Vigilancia, lo cual no se ha hecho antes en el Servicio de Cuidado Diurno y ayudará a recalcar la importancia del trabajo que realizan los comités.

(c) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

➤ **AGENTES COMUNITARIOS Y ACOMPAÑANTES TÉCNICOS**

Los Comités de Gestión y Vigilancia utilizan una ficha diferente para hacer su seguimiento. La ficha del Comité de Gestión registra si el niño está consumiendo MMNs, va a sus controles CRED, su peso y su talla. La ficha del Comité de Vigilancia, es para evaluar la calidad del servicio – si la familia ha recibido visitas y la calidad de las mismas. Normalmente el Presidente del Comité de Gestión es quien llena la ficha con la familia, pero la única pregunta relacionada a MMNs, es si los consumen o

no. Estas fichas se reportan trimestralmente y se utilizan para evaluar cómo va avanzando el programa. Las visitas se llevan a cabo dos veces al mes, para cada una de las fichas. Los facilitadores también preguntan sobre el consumo de MMNs pero no lo llenan en su ficha.

➤ **PERSONAL DE SALUD Y AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD**

Han registrado problemas con el sistema de información y los cuadernos de registro. Había historias duplicadas y cuadernos perdidos y han pasado mucho tiempo recuperando historias y recolectando datos nuevamente. Ellos no tienen capacidad de evaluar niveles de hemoglobina, se basan en peso y talla nada más. Solamente la mitad de los niños que se atienden en estos centros reciben sus MMNs, principalmente por falta de conocimiento por parte de los padres sobre su utilidad.

Hacen visitas domiciliarias a madres que están cerca del puesto de salud. Logran hacer un promedio de 10 visitas al mes, las cuales duran 30 – 45 minutos y son integrales. No piden a las madres que le muestren los sobres utilizados pero piden que les muestren la caja para tener una idea del uso.

Utilizan el formato SIEN para recolectar información sobre el estado nutricional del niño. El formato incluye el dato de cuantos MMNs ha consumido el niño pero muchas veces este dato no se completa porque tienen tanta afluencia de pacientes que no tienen tiempo de preguntar. Normalmente si llenan cuanto se le entrega.

“... nuestro informe mensual de cuántos niños, de tantos años a tantos años, en qué dosis están, todita esa información nosotros la enviamos al puesto referencial, el puesto referencial informa a la Micro-red y la Micro-red informa a la Red que es Coronel Portillo, así funciona, yo doy toda mi información.” (U2 – Personal de salud CRED SAF)

➤ **COORDINADORES DEL SAF**

Registran el seguimiento de los MMNs en la ficha 5. Pregunta si han consumido los MMNs durante la semana anterior a la visita y si no ¿por qué? Sin embargo esta ficha la han implementado recientemente así que todavía están ingresando los datos al sistema. La información la recogen las facilitadoras y el acompañante técnico es el responsable de ingresar los datos al sistema. Las visitas a cada familia se hacen semanalmente por las facilitadoras y el acompañante técnico participa haciendo seguimiento. La información que recogen la utilizan para diseñar nuevas estrategias.

El programa tiene un sistema de monitoreo, mas no se seguimiento, ya que los reportes que les da el sistema son limitados y no les informan sobre el consumo de MMNs. Tampoco les indica estrategias, por ejemplo si el sistema reporta algún dato problemático – ellos deciden sus propias estrategias de solución, no hay un sistema o guía que les diga lo que tienen que implementar.

B) Utilización de la información

(1) Región Huancavelica

(a) Personal de salud (RED, MICRO-RED y CRED), Trabajadores Municipales y Jefe de la Unidad Técnica

El SCD coordina con el personal de salud a nivel de la DIRESA si tienen que tratar un tema de gestión o a nivel de los centros/puestos de salud si es un tema operativo. El personal del Servicio de Cuidado Diurno, los ha invitado a reuniones para darles conocimiento de qué niños atienden, cuántos y qué población es la que manejan y así poder complementar la vigilancia que hace salud, y abordar conflictos. Por ejemplo, en algunas instancias el establecimiento de salud y el servicio de cuidado diurno pesan y tallan a los niños, duplicando actividades y en algunas ocasiones dando medidas que no concuerdan. En estas reuniones han acordado que las medidas consideradas válidas sean las que se realicen en el centro de salud. También han tenido una reunión con ESSALUD para entender qué indicadores no se están cumpliendo, y entrelazar los MMNs. La coordinación con salud depende mucho de que personal este, unos son más involucrados que otros.

“A veces hay algunas reuniones en algunos establecimientos pero siempre va a depender de qué tipo de personal está. Si hay un personal que es bien involucrado, sí siempre les llama incluso a unas

reuniones a Cuna Más, y tienen sus reuniones, pero en algunas otras que no les importa y para cerrado [el establecimiento de salud], nosotros [de todas maneras] vamos insistiendo.” (H - JUT)

“Eso se ve en las evaluaciones que se tienen cada tres meses a nivel RED .Nosotros manejamos estas evaluaciones y por cada indicador mira, tú no estás cumpliendo adecuadamente y te falta esto y esto se les hace ver y acompañarles, este año tu como Microred Yauli que propones para mejorar este indicador y que tengas más niños suplementados por decir Yo propongo visitas, propongo que el personal registre más, o sea ellos proponen este año se ha hecho.” (H1 – Personal de salud Red)

“El personal de salud de los establecimientos [participa en las reuniones], no de todos los establecimientos, pero de las Micro-redes por lo menos.” (H1 – Personal de salud Red)

“[Han habido acuerdos a nivel regional] como que no se desabastezca los insumos, otro acuerdo que hemos tenido que se pueda cambiar la presentación de los micronutrientes, que las consejerías sean más enfatizadas en los micronutrientes, que se puedan dar a las madres que acuden a los niños que realmente cumplen y no tienen anemia, darles estímulos, captamos con anemia y recuperarlo y darles estímulos y de otra forma otras mamás pueden seguir esos pasos.” (H2 – Personal de salud Red)

En algunas áreas, han llegado a un acuerdo con el servicio de cuidado diurno, donde les entregan las cajas de MMNs a las madres cuidadoras, ya que han encontrado que la entrega de los mismos por las madres al Servicio de Cuidado Diurno representa un obstáculo significativo en el consumo de MMNs.

El año pasado pilotearon un programa de monitoreo social, en el cual hacían reuniones mensuales con todos los actores comunitarios y revisaban la situación de cada niño, buscando soluciones si había un problema (por ejemplo desnutrición aguda o falta de DNI) y validando su lista de padrón. El presupuesto lo asumía la DIRESA.

“[Nos pone en alerta] para cumplir con el indicador porque si no, no llega la plata... No es mucho pero te llega y ayuda al proceso... Otro porque ponemos en alerta a los chicos a que – en tal sitio está faltando o está sobrando en otro. Otro porque queremos mover indicadores, pues. Porque por lo menos, si hay movimiento de este suplemento, significa que la gente – está consumiendo – y eso nos alucinamos nosotros.” (H – Personal de salud Red)

Los agentes de los programas sociales, el personal de salud y del municipio se reúnen mensualmente y tienen la oportunidad de resolver problemas de manera coordinada (por ejemplo si se identifica un caso de desnutrición aguda), elaborando un plan e identificando el presupuesto necesario.

“... tenemos una reunión mensual entre los agentes, el municipio y el centro de salud. Ahí detectamos mediante conversaciones. ¿Qué ha pasado? Se hace un pequeño diagnóstico, se identifica el problema y se actúa inmediatamente... [...] se elabora un plan y el municipio que maneja el presupuesto aporta.” (H1 – Funcionario municipal)

Han implementado algunas medidas para facilitar el consumo de los MMNs dentro del Servicio de Cuidado Diurno. Por ejemplo, cuando un niño ingresa al programa, los padres firman un acta dando su consentimiento para que los niños reciban los MMNs en la cuna. Además han implementado un “chispitero” que ayude a las madres cuidadoras a no olvidar de darles los MMNs a los niños. En algunos centros, les piden a las madres cuidadoras que guarden los sobrecitos vacíos. A pesar de que la entrega de MMNs a las madres cuidadoras puede ser un obstáculo, esto ha ido mejorando con el tiempo. Durante sus inspecciones, los acompañantes técnicos observan el almuerzo como seguimiento directo y si notan algunas debilidades le dan retroalimentación a la madre cuidadora en el momento.

“Por eso, poco a poco se ha ido perfeccionando lo que es el Cuidado Diurno. Entonces [el personal de salud] entrega a la familia y directamente la familia nos hace un acta de consentimiento, para poderle, entregar a sus hijos [los micronutrientes], dentro del módulo. Reciben, y nos tienen que traer los multi-micronutrientes al módulo. Entonces incluso tenemos dónde guardarlos.” (H – JUT)

(b) **Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno**

➤ **MADRES CUIDADORAS, MADRES GUÍAS Y CÓMITES DE GESTIÓN Y VIGILANCIA**

Las madres cuidadoras se reúnen entre ellas dos veces al mes para discutir su trabajo y el manejo del centro. Para esto reciben apoyo de los acompañantes técnicos y las madres guías, quienes visitan los centros mensual y semanalmente, respectivamente. Además reciben esporádicamente

visitas del personal de salud quienes supervisan su trabajo en general, incluyendo si están dándoles MMNs a los niños.

Las madres son las responsables de traer los MMNs al centro de cuidado diurno, las madres cuidadoras les devuelven los sobres que deben utilizar los sábados y domingos y les recuerdan cuando deben de traer más. Los acompañantes técnicos siempre les recuerdan a las madres cuidadoras que pidan los MMNs y si un niño no está consumiendo, las madres guías o el acompañante técnico visitan a la familia.

Los miembros de los Comités de Gestión y Vigilancia también visitan los Centros de Cuidado Diurno y supervisan el trabajo de las madres cuidadoras, para lo cual han recibido capacitación. A su vez, los miembros de los comités se reúnen una vez al mes para discutir sus hallazgos.

Los comités y los especialistas están dando prioridad al seguimiento de MMNs y los han incorporado dentro de sus inspecciones. Seguimiento más individualizado y coordinado con otros programas sociales (por ejemplo, PRONOEI, Qali Warma) debería de considerarse.

(c) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

➤ **AGENTES COMUNITARIOS Y ACOMPAÑANTES TÉCNICOS**

Los acompañantes técnicos reciben sus datos sobre las familias de las facilitadoras, no llevan su propio control. Organizan sesiones de socialización o demostración en los centros de salud a las cuales acuden las familias. El personal de salud no les comparte información, pero estas sesiones les dan la oportunidad a los acompañantes técnicos de informarle al personal de salud si hay alguna familia que necesita una visita o un seguimiento adicional.

“Hay momentos que nosotros vamos al centro de salud porque las sesiones de socialización o las reuniones de socialización que nosotros hacemos o las sesiones demostrativas que ellos hacen o las sesiones de socialización, la hacemos juntos, ese mismo día, entonces asisten, ahí asisten toditas las mamás y hacemos juntos, ahí es lo que vemos tal señora no tiene no ha venido, ¿qué ha pasado? y ahí le decimos al facilitadora “¿la señora por qué no ha venido?” – “no está de viaje, o está esto” – y así conversamos.” (H1 – Acompañante Técnico SAF)

Los agentes comunitarios llevan a cabo charlas en los centros de salud para las madres, una forma mucho más efectiva de llegar a mayor cantidad de familias comparado a las visitas domiciliarias pero la única forma de verificar consumo es observando la preparación y alimentación del niño. Además, el personal de salud les pide que visiten a ciertas familias para verificar su consumo de MMNs.

➤ **FACILITADORAS Y COMITÉS DE GESTIÓN Y VIGILANCIA**

Las facilitadoras tienen problemas algunas veces para responder las dudas de las madres y aunque se reúnen entre ellas de vez en cuando no necesariamente discuten su trabajo o cómo abordar los problemas que encuentran. Consideran que la información que dan los acompañantes técnicos y el personal de salud es mucho más valorada por las familias que cualquier información que ellas puedan darles. Si encuentra un problema, le informan al acompañante técnico y ellos son los responsables de informarle al personal de salud.

➤ **ESPECIALISTAS DEL SAF**

Trabajar dentro del marco FED les ha permitido darle importancia a los MMNs, asegurándose que todos los niños del Servicio de Cuidado Diurno reciban y consuman sus MMNs y dándoles el empuje necesario para hacer las visitas domiciliarias. Sin embargo, su responsabilidad es promover los MMNs, no tanto hacerles seguimiento. El único dato que registran es si están recibiendo MMNs o no, por lo tanto la mayor parte de su intervención es verbal.

A través de sus talleres de sensibilización, sesiones de socialización y las sesiones de trabajo con familias, trabajan la importancia y la promoción de los MMNs. Además, utilizan reuniones quincenales con las facilitadoras para discutir los problemas que han encontrado y cómo abordarlos con las familias de forma que sea accesible para ellos (por ejemplo en su lengua materna). También han utilizado la estrategia de hacer que algunas facilitadoras acompañen y observen a alguna otra que es fuerte y hace muy bien su trabajo. Miembros de los Comités de Gestión y Vigilancia están presentes durante las sesiones de socialización y las reuniones quincenales con las facilitadoras, según su disponibilidad.

“La vigilancia comunitaria consiste en [...] que los miembros del comité de gestión, consejo de vigilancia y con el profesional acompañante comunitario – ellos realizan ese seguimiento, visitan a las facilitadoras durante las visitas al hogar.” (H – Especialista de Ejecución y seguimiento al trabajo con familias SAF)

“Tanto el acompañante técnico como el comunitario recogen [los datos] y en las reuniones quincenales, se rinde cuentas de todas las visitas que han hecho las facilitadoras: ¿Qué debilidades han encontrado [las facilitadoras] en las casas con los niños? ¿Qué dificultades tienen ellas? y ahí se socializa. Se socializa todas las debilidades y ahí entonces se plantean estrategias para poder mejorar el trabajo. Ahí justamente se hace el análisis de los niños: ¿Cómo está en su avance? ¿Cómo está en su peso/talla? - y si detectamos que un niño está desnutrido...”. (H – Especialista de Ejecución y seguimiento al trabajo con familias SAF)

(2) Región Piura

(a) Personal de salud (DIRESA, MICRO-RED y CRED) y Jefe de la Unidad Técnica

Han tenido una capacitación de personal con respecto a MMNs así que ahora pueden iniciar suplementación durante visitas domiciliarias, después de revisar su tarjeta CRED. El número de visitas domiciliarias ha aumentado con el programa comunitario PROFAM pero el personal de salud no se da baste para visitar los Centros de Cuidado Diurno, ni tampoco han tenido la oportunidad de reunirse con los acompañantes técnicos y promotores de salud para capacitarlos sobre el consumo de MMNs.

Los niños que tienen acceso a ESSALUD tienen que viajar a Catacaos para atenderse así que normalmente usan el centro de salud. En algunas ocasiones, han recibido al personal de ESSALUD para que les hagan seguimiento a los niños que tienen acceso a ESSALUD, en el centro de salud.

“Lo ideal es que cada establecimiento tenga el seguimiento del niño, que la enfermera conozca cuántos niños tiene, a cuántos les está entregando sus micronutrientes de manera que si el niño no viene, lo visita para entregarle. Esto es lo ideal... Pero a veces por tema de personal, de las responsabilidades múltiples de la enfermera, a veces no se abastece.” (P – Personal de salud, Región)

En cuanto al manejo de personal, enfatiza la importancia de los vínculos que los acompañantes técnicos crean con las familias que visitan y los evalúa haciéndoles preguntas a las facilitadoras – si ellas saben responder entonces los técnicos están haciendo bien su trabajo. Además es importante que los especialistas sepan de todo un poco y no vivan aislados dentro de su sector para que las visitas e inspecciones se aprovechen al máximo. Enfatizan la importancia de los documentos de gestión que utilizan los alcaldes y la necesidad urgente de actualizarlos, sin embargo no es un tema que reciba mucha atención o interés.

(b) Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno

➤ ACOMPAÑANTE TÉCNICO

La capacitación que han recibido con respecto a MMNs ha sido limitada a una sesión de capacitación para aprender a prepararlos y otra sesión de inter-aprendizaje. Un seguimiento a mayor profundidad con respecto al consumo de MMNs, tendría que hacerse por una persona ajena al equipo existente, ya que por ahora todos tienen el tiempo ocupado.

➤ COORDINADORES

Promueven MMNs por medio de las reuniones de familias y si tienen una familia que es exitosa en consumir los MMNs, se le reconoce y se les pide que comparta su experiencia con otras familias durante las reuniones. Además los acompañantes técnicos promueven los MMNs durante sus visitas domiciliarias. Ellos son los responsables de registrar quienes de sus niños toman MMNs y para esto les han hecho un archivo que cargan a su tableta electrónica.

Los especialistas en salud se reúnen una vez al mes con los acompañantes técnicos, las madres guías y la coordinadora para discutir el estado de salud de los niños en riesgo, incluyendo su progreso con la cobertura de MMNs. Además se reúnen con los acompañantes técnicos una vez al mes y hacen un intercambio de experiencias, logros y problemas, así como estrategias para mejorar. La información de los niveles de hemoglobina solo la obtienen, si la solicitan directamente y esta sólo existe si el médico ha solicitado el examen, ya que no se hace de manera rutinaria.

➤ **ESPECIALISTAS DEL SCD**

Es importante capacitar a los acompañantes técnicos para que puedan promover los MMNs y pueden identificar a los niños en riesgo. Las madres guías normalmente son promotoras de salud así que están capacitadas para hablar con las familias de MMNs.

“... [el seguimiento] no solo consiste en si lo adicionó, consiste en ver desde su entrega [a la madre], si asistió, si le entrega los micronutrientes [a las madres cuidadoras], cómo se almacenan los micronutrientes; luego en la hora del almuerzo vemos cómo se adiciona, en la asistencia que lo registren y como ya lo registran en la ficha nueve ya nosotros tenemos [el dato]...” (P – Especialista en salud SCD)

(c) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

➤ **PERSONAL DE SALUD Y AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD**

La información de seguimiento la discuten entre el personal de salud, por ejemplo analizan los problemas encontrados y buscan soluciones, analizan si los niños van a terminar sus suplementos, si las madres están debidamente capacitadas, que factores de riesgo tiene la familia, etc. A pesar de que esta información se comparte con los jefes de salud, no han recibido retroalimentación ni evidencia de que ellos atiendan sus comunicaciones.

Los agentes comunitarios de salud no han recibido ninguna capacitación con respecto a MMNs pero les gustaría estar involucrados en el seguimiento de los mismos. En sus observaciones, han encontrado que muchas familias tienen los MMNs pero que el consumo no es continuo.

“Sí, se llevan a cabo [reuniones] pero con nuestro mismo sector y, posteriormente... nosotros con nuestro sector lo hacemos con las Redes y Micro-redes. [...] le comunicamos al Director, a los directores, a nuestro coordinador, y ellos convocan por ejemplo, a CUNAMAS, convocan a la municipalidad porque también están involucradas y con el presupuesto participativo que tiene la municipalidad queremos ver de cómo sacarle algo para que nos apoyen... pero entonces sí se les informa.” (P1 – Personal de salud Red SAF)

“Mayores recursos humanos. Eso es lo que nos faltaría. Capacitar a esos recursos humanos. Para que hagan el seguimiento estricto, el monitoreo, supervisión estricta de esos niños que están recibiendo multi-micronutrientes. Qué más para mejorar ese seguimiento, las sesiones educativas en lugares estratégicos: vasos de leche, comedores populares, los centros de educación, de educación inicial porque ahí van las mamás y capacitar, sobretodo, a los profesores porque el mayor tiempo que tienen los papás y con quien están con mayor contacto [los niños, con los] profesores. Las mamás de educación inicial todos los días van y preguntan y están en comunicación constante con los profesores de educación inicial. Para mí es que los profesores de educación inicial deberían ser capacitados bastante en la importancia que tiene el multi-micronutriente porque ellos nos van a ayudar en el seguimiento.” (P1 – Personal de salud Red SAF)

➤ **ESPECIALISTAS DEL SAF**

Los miembros de los comités se reúnen mensualmente y reportan lo que han encontrado. Poco a poco se han ido capacitando para poder hacer derivaciones al puesto de salud, por ejemplo si un niño presenta con diarrea. Sin embargo, los miembros de los comités trabajan en forma voluntaria así que durante la cosecha por ejemplo, su tiempo es limitado.

(3) **Región Uayali**

(a) **Personal de salud (DIRESA, RED, MICRO-RED y CRED)**

El personal de salud del CRED es supervisado por personal de la DIRESA y esta supervisión incluye su trabajo con MMNs. El personal de la DIRESA insiste en que deben de ‘obligar’ a las madres a darles los MMNs a sus niños pero no les dan presupuesto para hacer ninguna actividad relacionada, ni los han capacitado. Cuando han tenido la oportunidad de enviar a algún miembro del personal a una capacitación, no han recibido mayor retroalimentación, ni información al respecto.

(b) **Ámbito del Servicio de Cuidado Diurno**

➤ **PERSONAL DE SALUD**

Diseñaron una encuesta localmente que contenía un buen número de preguntas sobre los MMNs, por ejemplo: ¿Cómo le ofrece al niño los MMNs y a qué hora?, ¿acepta el niño los MMNs?, ¿ha escuchado la importancia de los MMNs por algún medio de comunicación?, ¿ha tenido diarreas últimamente?, etc. Sin embargo la encuesta no se digitalizó bien así que no pueden utilizar la información.

Tienen dudas acerca de si le dan a la madre más de una caja, cuando los niños ya no van mensualmente a su control. Menciona que para motivar a la madre a que le dé MMNs a su niño, *“refuerzan lo que es la inteligencia, que va a rebotar al niño con este suplemento; el beneficio económico y cómo espera que sea su hijo, cómo ella lo idealiza...”*.

Como DIRESA han hecho seguimiento a nivel de la micro-red, verificado si tienen stock de MMNs y si se están repartiendo; a nivel familiar por medio de visitas domiciliarias, donde buscan al niño y verifican su consumo por medio de observación, conversan con la madre, piden el carné (y verifican si ha ido a su control) y la caja de MMNs y cuentan los sobres. Sin embargo, el número de visitas (n=10) es muy pequeño ya que tienen el presupuesto limitado para hacerlas. La idea era trabajar el formato que llenan durante estas visitas para que fuera fuente de información con preguntas como: las reacciones de las madres con respecto al MMN, cómo lo ofrecen, si es una comida espesa, cuánto se ha consumido, qué beneficios observan en el niño – pero no han logrado implementar este formato, ni continuar con las visitas domiciliarias.

➤ **COORDINADOR DEL SCD**

Las visitas domiciliarias se priorizan a los niños en riesgo, por ejemplo aquellos que presentan desnutrición aguda y en muchas ocasiones la visita muestra los problemas subyacentes como falta de agua segura o falta de lavado de manos en la preparación de la comida. La madre guía está capacitada para observar estos problemas, asesorar y alertar al especialista en salud para que pueda hacer un seguimiento también.

Las madres guías comparten la información que recogen con las madres cuidadoras, además se aseguran de revisar las tarjetas CRED y copiar la información de las visitas al centro de salud. La curva de crecimiento que tienen en cada centro les ayuda a ambas a mantener un control sobre las intervenciones que están haciendo con los niños. No hacen visitas domiciliarias durante los sábados y domingos así que no pueden verificar si los niños reciben los MMNs en casa esos días. Sin embargo, si un niño falta a la cuna, la madre guía lo visita en casa y puede observar el consumo.

“Todo niño que asiste, todo niño recibe el suplemento. [...] se sobreentiende que a partir de que el niño asiste. Siempre y cuando tengamos sobrecitos que nos ha entregado la familia, por eso si tenemos varias cajitas del mes, tratamos de dar la suplementación a todos los que asisten ya que de repente hay niños que por primera vez están asistiendo y le toma un periodo a la familia usuaria ir al puesto de salud y pedir [los micronutrientes]. Mientras tanto pasaron 2 semanas pero como ya tenemos almacenado podemos ir avanzando, hasta luego regularizar.” (U - Coordinador SCD)

(c) **Ámbito del Servicio de Acompañamiento a Familias**

➤ **AGENTES COMUNITARIOS Y ACOMPAÑANTES TÉCNICOS**

Tienen relación muy estrecha con los acompañantes técnicos, quienes les comparten las cosas que encuentran durante sus visitas pero de una forma netamente verbal. Las dudas de las madres son apuntadas por los facilitadores en su cuaderno de observaciones y estas las exponen durante sus reuniones. Estas quedan escritas en el libro de actas del Comité de Gestión. Además tienen reuniones de aliados donde a veces discuten con los facilitadores lo que encuentran en sus visitas y los miembros del Comité los apoyan para que sigan con su trabajo. Otra oportunidad para discutir son las reuniones de pago de los facilitadores.

➤ **FACILITADORAS Y COMITÉS DE GESTIÓN Y VIGILANCIA**

La información de consumo de MMNs, la comparten con el técnico enfermero o los médicos, particularmente si hay alguna madre que no está dándole los MMNs a su niño. Además comparten esta información con el Servicio de Cuidado Diurno y con el programa JUNTOS.

➤ **PERSONAL DE SALUD Y AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD**

Trabajan muy bien con los promotores de salud, quienes los apoyan haciendo visitas domiciliarias. La población local tiende a migrar por trabajo, entonces hacerles seguimiento es difícil y ya que migran a muchos lugares diferentes no es posible coordinar con otros centros para darles un seguimiento más continuo.

2. SÍNTESIS DE LOS HALLAZGOS DE LAS TRES REGIONES

(1) Sistema de salud

(a) Información que obtienen, registran y mantienen

El aplicativo SIEN del MINSA se utiliza para recolectar la información del estado nutricional del niño – específicamente peso, talla y entrega de MMN. La información relacionada a la entrega del MMN incluye fecha, número de dosis y cuántos sobres ha consumido el niño en el último mes (basado en el reporte de la madre). Además el personal de salud llena una historia clínica (en papel) que contiene esta información. La tarjeta CRED de cada niño, la cual mantienen las madres también incluye los datos de peso, talla y MMN (fecha de entrega y número de dosis). La información sobre las visitas domiciliarias se agrega a la historia clínica y al SIEN. Sin embargo, en el SIEN solamente queda registrada la fecha de la visita y quien la realizó, no detalla la razón por la cual la visita se llevó a cabo.

“Más que nada mandamos [la información] de cuánto se le está entregando. El consumo, cuánto consumió, no. ¿Cuánto se le está entregando? ¿En qué dosis va? Porque si le sobra bastante, no se le entrega ya. Sigue en la [misma] dosis. De repente le quedan 20, le decimos termina eso y luego te continuamos.” (U2- Personal de salud CRED SCD).

Además el personal de salud a nivel de Red y Micro-Red mantiene la información sobre el stock de MMN. Los niveles de stock son evaluados mensualmente y se utilizan para asegurar que haya stock suficiente para distribuir pero también para verificar que en efecto están siendo distribuidos por los centros de salud. El pedido se hace cada tres meses.

“.... personalmente yo solicito reporte de stock mensual, el consumo [entrega] de micronutrientes más el stock de micronutrientes por establecimiento de salud. Y yo eso veo por la cantidad de niños que tengo según el padrón nominado, veo si me va a alcanzar o no me va a alcanzar y según eso yo solicito el requerimiento del micronutriente.” (H2 – Personal de salud Red)

Cabe resaltar que con la información que maneja el personal de salud, no es posible verificar el consumo del MMN. Tienen información verificada de lo que es recepción y tienen algo de información de consumo pero solamente se basa en el reporte de la madre o cuidador principal. Los entrevistados concuerdan que la única forma de verificar consumo es a través de visitas domiciliarias, sin embargo estas no son necesariamente factibles para cada niño. Por lo general, las visitas domiciliarias se priorizan para niños que no han ido a su control o que no han asistido al SCD pero en la práctica no siempre se llevan a cabo por el tiempo que toman. Durante la visita domiciliar se llena una ficha que indica el motivo de la misma y al final la madre la firma y queda como una constancia de que la visita se llevó a cabo.

“Más que todo [manejamos] la información de la actividad del personal de salud; no tanto así del consumo de la madres porque al final no tenemos un tipo de base, como medir eso, el consumo, no tenemos un sistema se puede decir. Lo tenemos pero bien somero porque es simplemente preguntar ¿tu hijo el mes pasado ha consumido? ¿Qué cantidad de multi-micronutriente? hay está diciendo treinta, pero no te consta que en realidad haya comido sus treinta.” (H1 – Personal de salud Red)

(b) Utilización de la información

La calidad de la información que contiene el sistema de información es variable, en muchos casos el personal de salud no tiene el tiempo para completar los múltiples formatos (SIEN, historia clínica, tarjeta CRED y de vez en cuando algún otro formato particular del distrito).

Además se han reportado algunos problemas con el formato SIEN que se relacionan directamente a los MMN. Por ejemplo la dosis de MMN solamente se puede incluir por mes lo cual funciona bien cuando los niños tienen menos de 12 meses pero a partir de entonces el niño solo tiene que ir al puesto de salud cada 2 meses. El personal de salud tampoco sabe cómo reflejar la discontinuidad en

el uso de MMN, los continúan con la dosis o vuelve a empezar por ejemplo. Además a nivel del puesto de salud (y Micro-red en algunos casos) el personal de salud no necesariamente tiene el tiempo o la capacidad de minar el sistema de información para utilizar la información consolidada. Esto lo hacen a niveles más altos del sistema de salud (Red o DIRESA).

“... por ejemplo de 6 meses a 1 año no nos hacemos problemas porque ellos vienen mensual a su control y en su control no más se les da, donde puede ser un poco dificultoso es en los niños que ya vienen a partir del año, porque el control no es mensual, es cada 2 meses, entonces ahí sí se les tiene que hacer visita, o se les cita acá...” (H1 – Personal de salud CRED SAF)

La tarjeta CRED de cada niño debe reflejar la información que contiene el HIS pero no siempre coinciden, en muchos casos por la falta de tiempo del personal de salud para llenarla o porque la madre olvida llevar la tarjeta CRED al control.

Dentro del sistema de salud hay un protocolo establecido para el flujo de información, desde los puestos de salud hasta la DIRESA y este flujo hacia niveles más altos es funcional, sin embargo la retroalimentación de los niveles más altos hacia los más bajos esta menos establecida y no pasa con mucha frecuencia. Por otra parte, el flujo de información del sistema de salud a los programas sociales es variable y si se da es a nivel local y depende mucho del personal involucrado.

“... nuestro informe mensual de cuántos niños, de tantos años a tantos años, en qué dosis están, todita esa información nosotros la enviamos al puesto referencial, el puesto referencial informa a la Micro-red y la Micro-red informa a la Red que es Coronel Portillo, así funciona, yo doy toda mi información.” (U1 – Personal de salud CRED SAF)

Existen diversos tipos de reuniones a diferentes niveles donde la información recogida se socializa y discute. Por ejemplo, a nivel de Red se llevan a cabo reuniones trimestrales donde usan datos comparativamente y analizan casos exitosos, buscando soluciones en conjunto cuando hay problemas. En estas reuniones se evalúa cada indicador, y se les provee de retroalimentación a las Micro-redes en cuanto a sus indicadores. El personal de salud de CRED normalmente participa en las reuniones a nivel de Micro-red. A nivel municipal, se reúnen mensualmente los agentes de los programas sociales, el personal de salud y del municipio resolver problemas de manera coordinada, elaborando un plan e identificando el presupuesto necesario.

“Se hacen reuniones con el área de CRED, nutrición, obstetricia, y cada cierto tiempo con el mismo centro. Se ve ahí el estado nutricional; estamos llegando o no estamos llegando [a las metas]. Se invita a todas las Micro-redes, vienen por ejemplo de Tahuantinsuyo y se les hace entender que todavía nos falta, que debemos llegar a más [población para cumplir con las metas].” (U1- Personal de salud microrred SCD)

(2) ÁMBITO DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO

(a) Información que obtienen, registran y mantienen

El Servicio de Cuidado Diurno pide el consentimiento firmado de los padres para darles los MMN a sus niños, esto queda registrado en un acta. Registran el consumo de MMN de cada niño en la hoja de asistencia y algunos centros (más no todos) guardan los sobres vacíos para demostrar uso y consumo cuando son inspeccionados. En el Servicio de Cuidado Diurno, el consumo de MMN se registra con la asistencia y se verifica pidiéndoles a las madres cuidadoras ver el almacenamiento de los sobres en recipientes individuales para cada niño.

“Cuando ellos llegan al momento de la comida, tienen que verificar viendo la ficha número 9. [...] Es la ficha de asistencia y control del consumo de chispita. Entonces, ellos marcan con un lapicero rojo, si ha consumido el niño ese día. Y si no, también; si no llegan a esa hora, también verifican la ficha entre ellos...” (H – Especialista en gestión comunal SCD)

El acompañante técnico es responsable de reunir la información compilada en las fichas de asistencia (incluyendo consumo de MMNs) e ingresarla al sistema de información, “cunanet”.

“... esa información nosotros la ingresamos al sistema mensualmente y luego el sistema “cunanet”, ahí ponemos evidenciar cuántos niños reciben suplementación de MMN en Cuna-Más.” (U – JUT y Coordinador SCD)

Los centros utilizan las tarjetas CRED para tomar los datos de peso y talla de cada niño y confirmar que los niños han recibido sus MMNs, aunque la calidad de información que encuentran en las tarjetas es variable.

Las madres guías llevan su propio registro de los niños en riesgo, el cual incluye una pregunta simple sobre si el niño esta consumido MMNs. Las madres guías comparten la información que recogen con las madres cuidadoras. Además cada Centro de Cuidado Diurno cuenta con una tabla de crecimiento en la pared que les ayuda a mantener un registro visual del estado nutricional de los niños.

“Esta información la socializan con las madres cuidadoras, porque esta información sale del centro. Entonces si por “a” o “b” la madre cuidadora, que ellos tienen una curva de crecimiento en cada centro, figura que está bajo de peso, ese dato lo plasman en un cuadro donde figura que ese niño está con bajo peso. Esa información lo maneja tanto la madre guía como la madre cuidadora y los dos conocen qué intervención le están haciendo a su niño para poder trabajar.” (U – JUT y Coordinador SCD)

(b) Utilización de la información

El Servicio de Cuidado Diurno coordina a nivel de los puestos de salud para cuestiones operativas. Han tenido que negociar la utilización de información de peso y talla, ya que algunos centros pesaban y tallaban a los niños duplicando actividades. Han acordado en utilizar las medidas hechas en centro de salud como las válidas.

“... nosotros lo pesamos, lo tallamos lo evaluamos igual Cuna Más lo está evaluando lo está pesando, lo está tallando entonces [...] se duplicaba actividades. Entonces hemos querido hacer acuerdos para que se tomen ciertas medidas que el niño de alguna manera esta reportado por medio de ellos y tienen un diagnostico distinto y nosotros también tenemos un diagnostico distinto para ustedes puede ser patológico, para nosotros no entonces para evitar eso se va a manejar solamente una información valida, solo lo que en el centro de salud se realice.” (H2 – Personal de salud Red)

El Servicio de Cuidado Diurno organiza reuniones con las familias donde promueven el uso de MMNs. Los acompañantes técnicos también los promueven durante sus visitas domiciliarias y son los responsables de registrar qué niños toman MMNs.

“... hay reuniones de familia donde hemos trabajado el tema [los micronutrientes], en la visita [domiciliaria] obligatoria que el acompañante técnico tiene con la familia les habla del tema, y cuando hay una familia que es exitosa se le reconoce y se les pide que compartan su testimonio en las oportunidades que se puede y así ir venciendo eso. Aún no logramos el 100%, es complicado pero tenemos un avance bien importante.” (P – Coordinador SCD).

(3) ÁMBITO DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS

(a) Información que obtienen, registran y mantienen

Las facilitadoras del Servicio de Acompañamiento a Familias recogen información sobre MMNs en las fichas que llenan durante sus visitas a familias, sin embargo la única pregunta es si consumen los MMNs o no. Si hay alguna otra discusión o asesoramiento sobre MMNs durante la visita esto no queda registrado. Algunas facilitadoras piden contar los sobres para verificar consumo pero no es una práctica estándar. Los acompañantes técnicos utilizan la información recolectada por la facilitadoras con respecto a MMNs, ellos no llevan su propio control.

“Si, eso es lo que hemos dicho a las facilitadoras, como apoyo para el consumo, que se fijen si le están dando o no le están dando, eso lo hemos incorporado como una actividad ya fija.” (H1 – Acompañante Técnico SAF).

“Esta ficha debería de preguntar un poquito más, cómo lo está consumiendo [por ejemplo], porque la pregunta es consumen o no consumen, una pregunta muy cerrada. Debería de preguntar y qué tipos de alimentos estás consumiendo, [esa] sería una buena pregunta.” (H2 – Acompañante Comunitaria SAF)

El Servicio de Acompañamiento a Familias utiliza el “chispitero” para contribuir a la verificación del consumo por las facilitadoras, quienes anotan sus observaciones en un cuaderno de campo. Las comparten con el acompañante técnico durante sus reuniones quincenales, y los especialistas a su vez trabajan con los acompañantes técnicos para responder preguntas que ellos reciban de las

facilitadoras y familias. Además tienen reuniones de aliados y de pago de facilitadores, ambas oportunidades para discutir con los facilitadores lo que encuentran en sus visitas y que reciban apoyo de los miembros de los Comités.

Los Comités de Gestión han implementado un cuadro de Servicio de Vigilancia Comunitaria (SIVICO), el cual recoge información sobre el consumo de MMNs (cuantos sobres se han consumido en una semana) y otras características de cada familia (tienen DNI, estado nutricional, factores de riesgo, beneficiarios de JUNTOS, etc.). El cuadro se socializa una vez al mes en una reunión convocada por el Comité de Gestión, a la cual asisten las autoridades comunales, entre ellas los miembros del Servicio de Cuidado Diurno.

“... el SIVICO, donde estamos reportando qué cantidad de familias tenemos dentro de un comité “x” que están consumiendo micronutrientes... en el mes, Y qué cantidad de familias, no consumen. Incluso tenemos una parte de observación donde manifiestan por qué. [...] No solamente en el consumo, sino también cuántas familias tienen DNI y su estado nutricional ¿cuántos niños están en riesgo?, ¿cuántos niños están desnutridos? Igual en anemia. Y también el otro tema es de cuántas de nuestras familias, son beneficiarios de Juntos, cuántos de ellos consumen agua segura.” (H – Especialista de Ejecución y Seguimiento a la Gestión Comunal SAF)

(b) Utilización de la información

Dentro del Servicio de Acompañamiento a Familias la información se utiliza principalmente a nivel local para discutir problemas y sus soluciones – principalmente de una forma verbal. No existe un protocolo claro de cómo se utiliza la información más allá del nivel local.

“Tanto el acompañante técnico como el comunitario recogen [los datos] y en las reuniones quincenales, se rinde cuentas de todas las visitas que han hecho las facilitadoras: ¿Qué debilidades han encontrado [las facilitadoras] en las casas con los niños? ¿Qué dificultades tienen ellas? y ahí se socializa. Se socializa todas las debilidades y ahí entonces se plantean estrategias para poder mejorar el trabajo. Ahí justamente se hace el análisis de los niños: ¿Cómo está en su avance? ¿Cómo está en su peso/talla? - y si detectamos que un niño está desnutrido...”. (H – Especialista en de Ejecución y Seguimiento al trabajo con familias SAF)

Se evalúa el nivel de comprensión de las facilitadoras para saber si las familias están recibiendo la información apropiada y si el flujo de capacitación en cascada está funcionando.

El Servicio de Acompañamiento Familiar, lleva a cabo talleres de sensibilización, sesiones de socialización y sesiones de trabajo con familias, donde trabajan la importancia y la promoción de los MMNs. Además, utilizan reuniones quincenales con las facilitadoras para discutir problemas que han encontrado y cómo abordarlos.

“Otras de las soluciones es el cumplimiento de las sesiones de socialización e inter-aprendizaje, donde sensibiliza la familia, donde se insertan temas de alimentación balanceada, consumo de agua seguro, consumo de los micronutrientes para las familias, ahora para gestantes igualito, ácido fólico, ácido ferroso.” (H – Especialista de Ejecución y Seguimiento a la Gestión Comunal SAF)

En Piura, el SAF está en el proceso de validar datos en base a las tarjetas CRED, ya que se han dado cuenta que mucha información se queda en las historias clínicas y que el personal de salud no tiene tiempo de ingresarlos. Además están haciendo un esfuerzo por actualizar sus listas de familias y los datos que tienen de cada una.

“... a nosotros nos miden por el cumplimiento, no solo por Chispitas, sino porque el niño tenga DNI y SIS, que reciba Chispitas, que tenga sus vacunas completas neumococo y rotavirus para evitar el tema respiratorio y diarrea, y que vaya a su control CRED. Con todo esto, recién yo puedo decir que es un niño que ha cumplido con todo entonces en Ayabaca tenemos cifras que no se cumplen y en ese seguimiento estamos. ¿Cifras que te jalan las mechas? Cifras que te hacen pensar pero en el recojo de información que tenemos te comento que estamos validándolo ahorita ¿O sea paralelamente? Si nosotros estamos recogiendo información de las tarjetas CRED y vemos que los niños cumplen por eso es la reunión para ver donde se queda la información, si el niño va a donde se queda esa información. ¿Se pierde la historia clínica? En el camino se va quedando. ¿Pero que dice Salud por qué? Salud dice porque el personal no se abastece.” (P – Especialista de Ejecución y Seguimiento a la Gestión Comunal y Especialista de Ejecución y Seguimiento al trabajo con familias SAF)

Los agentes comunitarios de salud no han recibido ninguna capacitación con respecto a MMNs pero les gustaría estar involucrados en el seguimiento de los mismos.

En Ucayali, los Comités de Gestión y Vigilancia utilizan fichas para hacer su seguimiento. La ficha del Comité de Gestión registra si el niño está consumiendo MMNs, va a sus controles CRED, su peso y su talla. La ficha del Comité de Vigilancia, es para evaluar la calidad del servicio. Estas fichas se reportan trimestralmente y se utilizan para evaluar cómo va avanzando el programa. Los facilitadores también preguntan sobre el consumo de MMNs pero no lo llenan en su ficha.

*“Exactamente, en esa ficha se pregunta si se consume el micronutriente. Entonces, si la mamá es sincera te va a decir que sí, que sí realmente lo está consumiendo. Pero todo mundo te dice que sí, entonces hay que ver si realmente lo está consumiendo. **Ya entonces, los miembros del comité de gestión son los que ven la ficha óptica, el facilitador no. Entonces cuando el comité va al momento que el facilitador hace su visita, ¿así es...no?** No, muchas veces vamos en otro momento. Pero si encontramos a la facilitadora que está trabajando no la vamos a interrumpir, dejamos que termine y después recién. (U2 – Acompañante Comunitaria SAF)*

*“**¿Dentro del comité de gestión, quién hace, el comité de gestión, o el consejo de vigilancia, o ambos?** El comité de gestión pregunta esa la... el cuestionario número uno y el cuestionario número dos es netamente de vigilancia. El cuestionario número uno pregunta si la familia ha tenido visitas de la familia, o sea, ellos ven la calidad de visita. **¿Y el consejo de vigilancia qué hace?** Ellos van y preguntan sobre la calidad del servicio.” (U2 – Acompañante Comunitaria SAF)*

COMPARACIÓN CON LA NORMA

Según la norma actual (MINSa/DGSP, 2016. Directiva Sanitaria N°068, V.01) el personal de salud tiene a responsabilidad de monitorear la suplementación de los MMN, cuando los cuidadores principales llegan al centro de salud y en el hogar mediante visitas domiciliarias. Este monitoreo consiste principalmente de consejería e inclusive una demostración de la preparación durante la visita domiciliaria. En cuanto al manejo de la información el personal de salud es responsable de llenar un número de registros, incluyendo: historia clínica, tarjeta CRED, HIS, registro de sesiones educativas y demostrativas en el HIS, formato SIEN, registro de suplementación con MMN o hierro en el HIS, Formato Único de Atención Integral al Niño (del SIS) y el Informe de Consumo Integrado. La norma no especifica el flujo de esta información, pero si presenta los indicadores que deben de formarse a partir de la misma.

Durante las entrevistas, el personal de salud mencionó que tenían que llevar un registro bastante amplio de la información y que a veces no tenían tiempo de completarlo. Dados los distintos formatos y sistemas no es sorprendente que el personal tenga limitaciones de tiempo y que la información no se represente de manera necesariamente coherente a través de todos los sistemas.

Los indicadores de proceso y estructura que define la norma, incluye un indicador de consumo: porcentaje de niños/as que han consumido 360 sobres de MMN y que cuenten con dosaje de hemoglobina. Sin embargo, los hallazgos de este estudio muestran que la información de consumo que se tiene es basada en un reporte de la madre nada más. Mucho de los actores entrevistados concuerdan que no tienen la forma de verificar el consumo y que no mantienen este nivel de información.

V. CONCLUSIONES.

Capacitación sobre los MMN

- En todas las regiones la capacitación sobre el tema del MMN a nivel del personal de salud, siguió la lógica y estructura de un proceso de capacitación en cascada. Esto no necesariamente llega a cumplirse, pues depende del desempeño y compromiso individual de cada participante, al no estar funcionando un mecanismo de supervisión que verifique este paso. De esta manera, en el nivel del establecimiento de salud, se ha encontrado profesionales que no han recibido réplicas ni capacitaciones organizadas, pero que han puesto en práctica, mecanismos ya sea de búsqueda de información virtual o conversaciones personales con asistentes a los talleres regionales. La otra limitación para el modelo, proviene de los altos índices de rotación del personal dentro de las regiones, dado que interrumpe el proceso de capacitación hacia los niveles siguientes. Si bien el personal capacitado se mantiene en la región, la resultante va acumulando personas capacitadas; no fortaleciéndose sin embargo, a la capacidad instalada en el EESS, para poder superar el problema de la alta rotación de personal.. En Ucayali, las limitaciones del modelo de capacitación en cascada ocurren con mayor notoriedad, dada la mayor dispersión geográfica existente.

Las principales implicancias del funcionamiento de este modelo, pueden advertirse en que no siempre se asegura la calidad de la réplica, para aquellos actores que más requieren de capacitación, puesto que se encuentran en primera línea en la relación con la cuidadora principal, realizando precisamente, labores de orientación.

- En relación al proceso de capacitación dentro de las UT-PNCM visitadas para el estudio, se sigue igualmente la lógica de la capacitación en cascada, desde los niveles centrales hacia los comités de gestión. Los actores que implementan o dan inicio al proceso provienen tanto desde el ámbito del personal de salud, como del equipo de especialistas de la UT-PNCM, como del nivel central en Lima. Dado que la dimensión sobre la que actúa, es bastante más reducida que en el sector salud, pero sobre todo, por la **presencia más cercana de mecanismos de monitoreo y supervisión**; el desarrollo de la capacitación en cascada llega a implementarse mejor. Los coordinadores pueden efectivamente saber quién no realizó su réplica; o atender las necesidades de una complementación de manera pronta. Llama la atención que los ámbitos SAF, especialmente en Ucayali, se muestren con mayores limitaciones que los ámbitos SCD, en el desarrollo de estas capacitaciones en cascada. Al igual que en el sector salud, la dispersión se plantea como limitación no favorece este modelo. Así como encontramos personal de salud que no llega a tener ni réplicas sobre el tema del MMN; en las UT-PNCM visitadas, también encontramos facilitadoras o madres cuidadoras o miembros de comités de gestión que aún no han recibido capacitación sobre el MMN. Pero, dado que algunos de estos colaboradores voluntarios son también madres o padres de familia con niños que asisten a CRED, reciben información sobre el MMN del personal de salud en CRED.
- La declaración de la anemia como problema principal de salud pública en el país, potenció la coordinación intersectorial a través del Fondo de Estímulo al Desempeño. Esto potenció a su vez el que a nivel de las UT-PNCM se dé al tema de los MMN un mayor impulso, sobre todo en cuanto a los procesos de capacitación, pasando a ser no sólo una parte de talleres con mayor alcance, sino el tema principal de algunos. El personal de salud apoya con las capacitaciones, pero también se da la coordinación entre servicios (SAF y SCD), buscando que los especialistas de salud y nutrición capaciten también al personal de SAF.
- Los contenidos de capacitación para el personal de salud, se orientan a garantizar el conocimiento y manejo de la norma técnica vigente sobre suplementación con hierro. Conocer cómo pasar del esquema con sulfato ferroso al esquema con el MMN, preocupaba mucho por ejemplo. La capacitación en torno a algo normado, permite o facilita la estandarización en cuanto a contenidos, decisiones y mensajes.
- Además, la capacitación, dirigida al PS pero también al personal de la UTPNCM, se enfoca en la prevalencia de anemia y desnutrición, así como, en el manejo y preparación de los MMN y sus registros; así como, de los componentes del MMN.

- Por el modelo de capacitación en cascada los primeros capacitados son formadores y facilitadores para las capacitaciones de réplica. Sin embargo las capacitaciones no incluyen la metodología ni prácticas de cómo capacitar a otros, utilizando técnicas de aprendizaje del adulto. Así, es notable la ausencia, en las capacitaciones, de contenidos sobre las habilidades de consejería y de cómo dialogar y resolver situaciones y problemas que las cuidadoras principales presentan, respecto al consumo del MMN, incluyendo plantear alternativas.
- Una limitación se evidencia cuando esta aproximación más bien conceptual y expositiva, tiene que ser “traducida” a profesionales que no son de salud, y más aún, a colaboradores voluntarios del nivel comunal o local. La necesidad o requerimiento de hacer algo más práctico y comprensible se vuelve crucial. En este contexto, el desarrollo de sesiones demostrativas sobre alimentación complementaria en las capacitaciones, permite y facilita el aprendizaje. Se ha llegado a incorporar la degustación del MMN en estas sesiones demostrativas, y esto resulta muy motivador tanto para los capacitadores como para las asistentes. Esto facilita además poder dar respuesta a las dudas sobre la aceptabilidad del producto.

Conocimientos del MMN

La revisión de conocimientos manejados por los distintos actores, ha permitido establecer las áreas críticas que requieren ser fortalecidas; pero muestra, igualmente, conocimientos ya bien sedimentados. Asimismo, permite determinar el nivel de consistencia interna entre los actores de los diferentes servicios. Por lo tanto, a nivel general encontramos:

Sobre la preparación y administración del MMN

- En torno al conocimiento que se tiene sobre la consistencia de las preparaciones, evaluamos que representa un conocimiento bastante arraigado, señalando la gran mayoría de actores que el MMN se debe mezclar en las preparaciones espesas o semi espesas, y que no se debe mezclar en líquidos o preparaciones aguadas. Sin embargo, algunos actores, incluyendo a personal de salud, no llegan a explicarse bien el porqué de esta restricción. Es decir, a pesar que se sabe el criterio, no necesariamente se maneja o se está convencido sobre su justificación (“¿por qué no ofrecer en preparaciones líquidas? ¿Qué implicancias se abren para el consumo?”), lo que indica la necesidad de su reforzamiento y mayor profundización durante las capacitaciones. Otro es el caso, de aquellas personas que sabiendo que se debe dar en preparaciones espesas, optan por dar el MMN a su niño en algo líquido porque consiguen así que lo consuma.
- El criterio de dosificación y frecuencia de consumo, constituye uno de los conocimientos más sólidos de los actores, hallándose algunas excepciones, en la cual se indica el desconocimiento de la dosis requerida, o la práctica de dar más o menos sobres por día, especialmente a nivel de las CPs. Entendemos que esto último obedece a un problema de comunicación y de comprensión del mensaje, en tanto se entiende el mensaje de dar un sobre en la comida, como dar un sobre en cada comida. Para las situaciones donde la CP decide dar menos cantidad del sobre al día, consideramos que se explica a partir de la idea de vulnerabilidad de los niños pequeños (le puede chocar), menores de un año, frente a lo que se consideraría un exceso de dosis. Siguiendo esa lógica, la CP estaría protegiendo al bebé al decidir darle menos cantidad. En el extremo de esa lógica, se decide no darle el MMN.
- Otro criterio, fuertemente consolidado, es el de separar una porción de la comida en la cual se mezclará el MMN. Esta porción puede variar entre una a cinco cucharadas. En algunos casos, se menciona que debe combinarse en toda la comida, notándose que obedece a un no manejo del concepto, o a que se considera que el niño consume todo lo que se le sirve, por lo que no necesitan separar la porción recomendada.
- La indicación de mezclar el MMN, en preparaciones tibias, no entraña mayor divergencia entre los actores. Sin embargo, no siempre se conoce la fundamentación de tal criterio; orientado a evitar la emergencia del sabor y olor, al enfriarse la preparación, pero también al prepararlo en comidas calientes. Encontramos que, al igual que el criterio de consistencia, se conoce que debe ser así, pero no necesariamente se maneja el porqué de hacerlo de esa manera. Claramente, esto indica una limitación en la capacitación recibida. Si bien la última normativa explícita y detalla los pasos

a seguir para la preparación del MMN, especificando la necesidad de entibiar la comida antes de mezclar el MMN, resulta indispensable vincular de manera conceptual y práctica, la medida con su justificación. En este caso, evitar la emergencia del sabor a hierro.

- Una noción escasamente recordada por los actores, correspondería al tiempo que debe transcurrir entre la preparación del MMN y su consumo.

Sobre la identificación de componentes

- El personal de salud así como el personal local de la UT-PNCM (AT, AC) identifican la mayoría de elementos del MMN, especialmente el hierro y las vitaminas A y C. Los otros actores mencionan sólo algunos componentes, principalmente, el hierro. Muy pocos recuerdan al ácido fólico. Cabe mencionar que en los grupos focales de MCCCCD o de Facilitadoras se identificaron la totalidad de los componentes del MMN.
- Adicionalmente, los diversos actores, inclusive el personal de salud, indican que el MMN estaría compuesto por otros elementos que no contiene, tales como calcio, sulfato ferroso, proteínas, fósforo, vitamina B, Vitamina E.
- Algunos entrevistados, especialmente en entornos SAF, manifiestan desconocer el contenido o composición del MMN
- Si bien, más allá de conocer, desconocer, o agregar componentes no presentes en el MMN, nos indica el manejo o no del tema; lo preocupante viene a ser, por un lado el que se magnifica la potencia del MMN, y por el otro, que no se sabe cómo explicar todas sus bondades.
- El recurso de caracterizar el MMN como vitaminas en general, viene a ser la noción más difundida entre los miembros del CG y CV, Madres Cuidadoras, Facilitadoras SAF, ACS, algunos AT, y especialmente entre las CPs. Si bien, el definir el MMN como vitaminas (o proteínas en algunos casos) lo asocia con valores nutritivos reconocidos fácilmente; también, plantean una debilidad, sobre todo frente a las críticas sobre el desconocimiento de lo que contiene en realidad.
- Encontramos que, ya sea como una forma de explicar lo que contiene el MMN, o porque se desea remarcar el gran valor nutricional del MMN, se le compara o se dice que proviene de alimentos tal como "sangrecita, higaditos", frutas molidas, queso, huevo, pollo, pescado. Estos alimentos coinciden en tener gran valoración nutritiva, y en que no suelen estar presentes de forma cotidiana en la dieta familiar. Por ello, el MMN permitiría simbólicamente el tener acceso a ellos, conllevando la noción de reemplazar a los mismos. Y a la vez, se entiende que el MMN complementaría, principalmente, la deficiencia de este tipo de alimentos en la dieta cotidiana.

Sobre efectos secundarios

- En general, no se identificarían efectos negativos asociados al consumo del MMN o no se cuenta con información sobre posibles efectos secundarios asociados al MMN. La referencia a posibles reacciones no deseadas proviene, principalmente, de las cuidadoras principales; quiénes informan de condiciones tales como diarreas, estreñimiento, náuseas y vómitos. Incluso el personal de salud advierte sobre tales efectos a las CPs.
- La postura del personal de salud es particularmente interesante, pues asimila los comentarios señalando efectos contraproducentes -atribuidos al MMN- como una práctica usual de la población a proyectar malestares vinculados con procedimientos propios del establecimiento de salud. En este marco, las diarreas -que refieren las cuidadoras principales- se producirían por otras posibles causas, como la falta de higiene.
- En cuanto al tratamiento recomendado al presentarse tales condiciones, se alienta en primer lugar a no desistir del consumo; siendo más específicos, para el estreñimiento, se recomienda la ingesta de más líquidos. En caso de vómitos y náuseas, no forzar o insistir a que el niño coma, y retomar posteriormente el consumo del MMN; sin que ello signifique suspender la suplementación.

- Las posibles reacciones no deseadas, se integrarían dentro de lo que se considera, el proceso normal de adaptación, por el cual transitaría el niño o la niña, hasta lograr su aceptación. Se manejaría el concepto de adaptación progresiva al MMN. En dicho marco, las posibles reacciones o malestares estomacales suelen ser pasajeros, hasta lograr que el organismo se ajuste a los diversos cambios en la alimentación que experimenta el niño con el consumo del MMN.
- Otra concepción es aquella que apunta, que el consumo del MMN, podría producir vómitos y malestares estomacales, siendo necesario examinar si el niño o la niña toleraría el MMN (o en palabras de actor “ver si le acepta el estómago”). Se estima que hay niños a quienes “les choca” el MMN, provocándoles malestares de tipo estomacal; y hay otros niños a los que no les afecta para nada.

Responsabilidades de los actores comunales de PNMC

En conclusión, las responsabilidades de los actores comunales del PNMC se podrían resumir de acuerdo a sus funciones:

- **Garantizar que el MMN llegue a los EESS, capacitación y consolidación de información**

A nivel de la Micro-red, Red y DIRESA tiene la responsabilidad principal de asegurar que los MMN lleguen a los establecimientos de salud para ser entregados. Además, tienen un rol de apoyo al personal de CRED y nutrición y son responsables de dar capacitaciones a un grupo variado de actores incluyendo personal de CRED, SCD y SAF, así como de consolidar datos y enviarlos al siguiente nivel para que se puedan generar los indicadores.

- **Entrega del MMN y consejería a las madres, y registro de información**

La responsabilidad de la entrega de los MMN y de registrar la información de la misma recae principalmente en el personal de CRED, quien en colaboración con el personal de nutrición también es responsable de dar consejería, demostraciones y de capacitar a los agentes comunitarios de salud. Además cuando les es posible llevan a cabo visitas domiciliarias donde se hace seguimiento a los MMN e inclusive es posible verificar el consumo. El personal con todas estas responsabilidades claves con respecto a los MMN se queja de que no hay concientización dentro de los centros de salud mismos sobre MMN, es decir no reciben apoyo de sus colegas y que hacen falta recursos humanos, particularmente nutricionistas.

- **Asegurar el consumo del MMN en el SCD**

Dentro del SCD, las Madres Cuidadoras, Madres Guías y Acompañantes Técnicos tienen responsabilidades directamente ligadas a asegurar el consumo en este caso y no solamente entrega de MMN. Esta responsabilidad es única en los procesos actuales relacionados a MMN.

- **Seguimiento al MMN en el SAF**

Dentro del SAF, las Facilitadoras son los únicos actores que tienen una responsabilidad directamente ligada a los MMN y está es limitada a una pregunta, aunque hay instancias en que se da promoción y demostraciones del uso de MMN. Se encontró evidencia en las entrevistas de que habría interés por parte de las Facilitadoras y los Acompañantes Técnicos de aumentar el número de preguntas que deben hacer con respecto al MMN y así crear otra oportunidad para promoverlos.

- **Supervisión y apoyo**

El resto de los actores como los miembros de los Comités de Gestión y Vigilancia del SCD y el SAF, tienen un rol de supervisión, apoyo y coordinación con respecto al MMN. En el SCD, estas responsabilidades están ligadas a supervisar el consumo efectivo, mientras que el SAF son responsabilidades de coordinación que facilitan la capacitación de las facilitadoras y el funcionamiento del programa pero no están directamente ligadas a los MMN. En el SCD, las entrevistas demostraron que se lleva a cabo la coordinación necesaria con el sistema de salud, para capacitación e intercambio de información, sin embargo no se encontró tanta evidencia de esta coordinación entre el SAF y el sistema de salud.

Recepción y entrega del MMN

Entrega en EESS (ámbitos SCD y SAF):

- Todos los actores en las tres regiones conocen el proceso de entrega de los MMN en el EESS. La entrega es a través de la consulta CRED, así fomentando la asistencia a CRED para asegurar una atención de salud integral. Sin embargo es un proceso que requiere varios pasos y tiempo y que puede prestar a una recepción sub-óptima y vinculada con una inadecuada consejería. Diferentes actores han expresado procesos alternativos que podrían agilizar el proceso en beneficio del tiempo de los CCPP y asegurar una entrega mayor, específicamente que la entrega sea en CRED mismo, evitando pasos a farmacia y de regreso etc.
- Todos los actores conocen que la entrega ahora es a todos los niños, independiente de su estado de documentación o SIS, siendo un derecho del niño. Cuando no tienen SIS los MMN están entregados por la estrategia. No siempre esto se cuenta como indicador de su atención, de acuerdo a lo reportado. Sin embargo hay CCPP que reportan no tener atención en el EESS por no tener DNI (Ucayali).
- Entregan los MMN por 30 días en cada visita al EESS aun cuando el niño tenga más de 1 año, por lo tanto tiene que regresar mensualmente para recoger MMN para el siguiente mes, aunque no tiene que pasar por CRED. Esto es un punto crítico en asegurar la continuación de las entregas porque varias CCPP no regresan solo para recoger los MMN. Además reportaron que el sistema no tiene la flexibilidad de registro mayor de 30 sobres. En algunos casos coordinan con promotores de salud u otros para visita domiciliaria para hacer seguimiento. Entregar la cantidad de sobres requerida hasta su próxima cita de CRED (en el caso de los niños mayores de 1 año), sería beneficioso por ser más eficiente para la familia, evitando visitas entre controles solo para este fin.
- La mayor dificultad en asegurar la entrega en el EESS es que no llevan los niños a los controles de CRED con la adecuada frecuencia por varias razones reportadas, entre ellas el tiempo que toma, la distancia y el trato (vertical y reniegan). Pertenecer al programa JUNTOS favorece el recoger a MMN y asistir a controles, pero también está usado como amenaza por PS.
- Anteriormente había periodos de desabastecimiento de los MMN pero recientemente esto ha sido resuelto. Cuando hubo, había priorizaciones hacían los EESS con mayor número de niños o los niños con bajo peso o talla, mas no necesariamente los niños menores de 1 año.
- Resultado de los cambios en los regímenes de entrega y de las normas, existen confusiones en algunos aspectos que recientemente están siendo aclaradas. Entre ellos es en relación a la continuación del “tratamiento” de MMN cuando un niño no ha recibido por unos meses y que ahora la norma es continuar no más.
- En lugares donde hay poca asistencia a CRED se está incorporando la entrega de los MMN por personal de salud en visitas domiciliarias. En Ucayali tiene una estrategia, desde la Región, de contratar personal técnica extramural para hacer este seguimiento y entrega.

Entrega en el SCD:

- La entrega por los CCPP a las MMCC de los SCD funciona bien generalmente, siguiendo el procedimiento establecido. Una mayoría de las CCPP llevan los MMN al CCD mensualmente pero son varias que no lo llevan por varias razones, pero hay CCPP que no dicen sus razones a la MC y se asume es porque no querrán que sus niños los consume, o los consumen en casa. Las MMCC constantemente hacen recordar a las CCPP que traigan su MMN. Es estos casos la madre guía hace VDs cuando puede, pero generalmente es a los niños que no llegan al CCD o los más vulnerables (bajo peso etc.).
- Se reportaron una modalidad anterior de entrega directamente del EESS al SCD o vía la madre guía, que tuvo mayor efectividad en asegurar entrega a los niños del SCD. Sin embargo esto no reforzaba la atención en CRED. En Ucayali esta modalidad persiste en algún lugar, permitiendo mayor disponibilidad de MMN en los CCD cuando las CCPP no llevaban los MMN.

Consejería Nutricional sobre el MMN

- Según las **observaciones** realizadas durante la observación CRED, encontramos:
 - El centro de indagación se enfoca principalmente, en lo que la cuidadora principal desarrolla; no explorándose en el consumo, es decir, desde la perspectiva de aceptación del MMN por el niño o la niña
 - La relación entre cuidadora y personal de salud es básicamente, directiva y no dialogante
 - No se realizan preguntas de chequeo, con el fin de determinar la comprensión de la cuidadora principal
 - No se negocian o construyen posibles alternativas y acuerdos
 - No se realiza un seguimiento de acuerdos o no se parte de cómo le ha ido al niño o a la niña con el consumo del MMN

Desde esta perspectiva, la consejería que se brinda, no sigue las pautas o procedimientos recomendados de una consejería orientada al cambio o la adopción de una nueva práctica, tal como se plantea en el documento técnico *Consejería Nutricional. En el marco de la atención integral de salud materno infantil* (INS-MINSA, 2010), pues no se toman en cuenta *pasos* fundamentales, como la comprensión y caracterización de la situación encontrada; el análisis de factores, causas y posibles riesgos; la búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos, así como el necesario seguimiento de los compromisos y acuerdos; pasos esenciales para lograr un consumo efectivo del MMN

- Sobre la **información que se brinda sobre el MMN**
 - Siguiendo los hallazgos establecidos en lo que concierne a la valoración que las cuidadoras principales atribuyen al MMN, así como la exposición de los temas que el propio personal de salud refiere, el tratamiento de la **importancia y beneficios del MMN**, conformaría uno de los aspectos que suele comunicarse y abordarse. Sin embargo, se requiere hacer un mayor énfasis alrededor de la *anemia*, es decir, explayarse respecto a su definición, causas e implicancias en la salud de los niños y las niñas
 - En cuanto al tema de la **preparación y administración del MMN**, si bien constituye parte central de la consejería sobre el MMN, tal como las observaciones y los propios Responsables de CRED, destacan, encontramos que su tratamiento suele ser incompleto (es decir, no se tratan con el mismo peso, el conjunto de criterios a tener en cuenta, así por ejemplo, no se suele hacer énfasis en la consistencia; en el tiempo recomendado que debe transcurrir entre la preparación y el consumo); ser presentado a modo de enumeración no siempre secuencial y sin mayores recursos o materiales educativos, que permitan observar el procedimiento a seguir. La información – si bien puede abarcar los diferentes criterios, no suelen ser tratados con el tiempo suficiente para garantizar su comprensión, además, no se repregunta o indaga por la adecuada comprensión de los mismos, lo cual permita *aplicarlos* eficazmente, una vez en el hogar
 - En lo que concierne a los **posibles efectos no deseados que pudiera producir el consumo del MMN**, el tema es escasamente, tratado (menos aún su interpretación por la cuidadora principal y el tratamiento a seguir) representando sin embargo, para las cuidadoras principales, una de las principales causas de rechazo
- *Explicar e informar* más ampliamente, sobre las medidas que se recomiendan, constituyen actividades básicas de la consejería, mas no siempre son desarrolladas; el desconocimiento y la desinformación generan dudas o interpretaciones, que no siempre resultan adecuadas. Si reparamos en las observaciones realizadas en CRED, no encontramos evidencia de información más detallada, ni de preguntas que indaguen acerca de la comprensión de las indicaciones o de las dudas que podrían presentarse en la cuidadora principal
- La *consejería* no estaría *detectando* las dudas e interrogantes de las cuidadoras principales, pues el peso de la interacción descansa sobre todo, en *lo que dice el personal de salud*, y en lo que debe realizar la cuidadora principal
- Si nos centramos en la perspectiva de la consejería, *desde las cuidadoras principales*, así como en las *observaciones* realizadas durante la atención CRED, la voz de la cuidadora principal, planteando sus dificultades o problemas en torno al consumo, resulta disminuida o ignorada. La

respuesta que logran ante sus dificultades frente al consumo, es generalmente, que *deben lograr que el niño o la niña coma, que deben insistir*. Sin embargo, el paso previo ineludible - el de perfilar con claridad en qué consiste el problema del no consumo – no es planteado. Por ello, aquellas experiencias de consejería, en las cuáles *se problematiza* el consumo, indagando en consecuencia, en torno a la práctica de la cuidadora principal, resultan efectivas y ayudan realmente, a superar las dificultades, pues aportan sugerencias y alternativas que permiten a la cuidadora principal, intentar nuevas rutas para lograr el consumo. Además, el seguimiento posterior de la aplicación de recomendaciones y sus resultados, constituye un ejercicio real de acompañamiento

- La calidad de la relación que se establece entre cuidadora principal y personal de salud, resulta crucial si consideramos que los beneficios del MMN se van presentando en el mediano y largo plazo, por ello, la *confianza* que pueda desarrollarse, resulta crucial para la adopción de nuevas prácticas. Desde esta perspectiva, las observaciones, así como la perspectiva de las cuidadoras principales, indican que el trato que se brinda se desenvuelve en medio de las *recriminaciones* respecto al desempeño de la madre; además de inferir desinterés e irresponsabilidad en el cuidado del niño y de la niña. Asimismo, no se entabla un diálogo o real participación de la cuidadora principal, quién sólo responde las preguntas que se le formulan (usualmente, cerradas). Si se da la participación, planteando alguna pregunta o brindando información que requiere ser materia de mayor indagación, no siempre se cuenta con una respuesta o repreguntas que permitan esclarecer el problema que se formula
- A partir de la experiencia y reflexión que plantean los responsables de CRED entrevistados, es posible identificar, rasgos significativos en la práctica que desarrollan y que favorecen sin duda el consumo, entre ellos - el interés e indagación en las dificultades que plantea la cuidadora principal; la articulación entre recomendaciones que se brindan o alternativas que se discuten, y el respectivo seguimiento y retroinformación; así como la valoración y reconocimiento de la práctica y compromiso de la cuidadora principal

Acompañamiento al proceso de suplementación del MMN En el marco del Servicio de Cuidado Diurno

- A nivel del Servicio de Cuidado Diurno, se cuenta con varias líneas de acompañamiento bajo la conducción del Acompañante Técnico, mejor vinculadas con el consumo y no sólo con la recepción o no del MMN. Las cuidadoras principales **usuarias**, cuentan con la ventaja adicional de contar con la figura de la **Madre Cuidadora**, pero sobre todo, de la **Madre Guía 3**, quienes en diferentes ocasiones, han sido mencionadas como referentes de orientación, cumpliendo un papel gravitante en la continuidad y mantenimiento de la práctica de consumo. En esta línea, un gran contraste puede establecerse entre el **personal de salud** y las **Madres Cuidadoras y Madres Guía**: en primera instancia, resplandecen relaciones de mayor cercanía y confianza respecto a las cuidadoras principales (una cualidad notable, lo constituye el manejo del quechua; en los casos en donde el personal de salud, muestra dominio del idioma, la comunicación puede alcanzar mayor fluidez, lo cual no siempre significa que el componente jerárquico y directivo de la interacción desaparezca) facilitando la emergencia de dudas y preguntas, asociadas a la práctica. Asimismo, dentro de la estructura de sus responsabilidades, la Madre Guía 3, realiza **visitas domiciliarias**, a familias participantes del Servicio y cuyos niños se encontrarían en riesgo nutricional. Durante tales visitas se refuerzan las prácticas de cuidado y salud, priorizadas por el Servicio (entre ellos, el consumo del MMN)
- Las labores de acompañamiento de las **Madres Guías**, respecto a las **Madres Cuidadoras**, se advierte en las orientaciones que brindan, en torno a las actividades de cuidado que realizan en los Centros de Cuidado Diurno, reforzando su desempeño, pero también estableciendo las áreas que requieren mejorarse. Respecto al MMN, las Madres Cuidadoras reconocen el carácter vital de su aporte en la enseñanza de cómo proceder con la preparación del MMN, haciendo igualmente, el respectivo seguimiento de su aplicación. En cuanto a su relación con las **cuidadoras principales**, éstas van a destacar su presencia capital, brindando orientaciones generales sobre la salud y el cuidado de los niños y de las niñas, En lo que atañe al MMN, alienta su consumo y da indicaciones sobre su preparación adecuada

- Las **Madres Cuidadoras**, dado el vínculo cotidiano que establece con la **cuidadora principal**, muestra su posición estratégica dando proyección a lo que podría convertirse en una función mucho más estructurada de orientación. Si se examinan las diferentes áreas en las cuáles inciden, notaremos que abordan puntos neurálgicos del consumo, como la promoción de la entrega del MMN, al CCD; el consumo en el hogar, durante los días en que el niño o la niña, no asiste al CCD. En la actualidad, el enlace entre el consumo en el CCD y el hogar, se evidencia en el interés por indagar si ha brindado el MMN; indagación que no se amplía a la forma de preparación y el consumo y aceptación del niño o de la niña, comunica sin embargo, un contexto comprometido y orientado a promover el consumo del MMN. Las orientaciones que brindan no se producen de manera sistemática, sólo en el marco de momentos de encuentro cotidiano
- Los miembros del Comité de Gestión y del Consejo de Vigilancia, si bien realizan visitas de supervisión a los diferentes CCD, con el fin de informarse sobre su funcionamiento y requerimientos materiales y de equipamiento; así como del desempeño de las Madres Cuidadoras, no cumplen una labor de incidencia clave en el consumo, aunque sí conocen la importancia y beneficios del MMN, motivando por tanto, su consumo entre las cuidadoras principales, pero no dentro de un marco estructurado
- Otro nivel de orientación y trabajo con las cuidadoras principales, reside en las **reuniones** que las convocan para abordar diversos temas vinculados con el cuidado y la salud de los niños y de las niñas

En el marco del Servicio de Acompañamiento a Familias

- La figura de la Facilitadora es reconocida por las cuidadoras principales, como referente de orientación (aunque encontramos igualmente, una comprensión crítica de su rol, afectando sus labores de orientación). Si bien, dos serían sus ejes principales de indagación sobre el MMN – la recepción oportuna del MMN y su administración o no – (notemos que el acento no se dirige al consumo) su nivel de incidencia se amplía, al recibir las demandas de orientación que la cuidadora principal formula o que la propia Facilitadora detecta como aspectos que requieren algún tipo de sugerencia. Los temas de orientación giran en torno a la importancia del MMN y a las pautas de preparación. Es importante anotar que no siempre se encuentran en condiciones de dar respuesta a las dificultades y absolver las dudas de las cuidadoras principales; además de transmitir en ocasiones, indicaciones inadecuadas (como por ejemplo, recomendar el consumo del MMN en preparaciones líquidas)
- El trabajo de orientación de la Facilitadora, no siempre es valorado por las cuidadoras principales; se ha hecho mención a problemas de *legitimidad*, lo cual afectaría su rol de orientación pues se informa que sus recomendaciones no suelen ser estimadas como tales, respecto a las que proceden del ámbito profesional (personal de salud)
- Como se ha planteado, el *consumo efectivo del MMN*, por el niño o la niña, representaría un aspecto aún difícil de determinar con certeza, más allá de indagar si se viene administrando o no. Establecer *cómo se da el consumo* del MMN, es decir, si el niño acepta, come todo, sólo una parte; si se prepara de manera adecuada o no; si la práctica es regular y continua o por el contrario irregular, representan interrogantes, que no se resuelven aún con claridad y sobre las cuáles las labores de orientación específica deberían tomar lugar. Sin embargo, una aproximación más directa al consumo, se plantea con las oportunidades de observación que se presentan eventualmente, y a través de las propias demandas de orientación que las cuidadoras principales formulan, en torno al sentido de la suplementación o los problemas y dificultades que atraviesan, para lograr el consumo
- Es sobre todo, el Comité de Gestión – a través de su función de vigilancia comunitaria del desarrollo del niño – la instancia que realiza un seguimiento de indicadores fundamentales para la salud del niño, tales como la asistencia regular al CRED; la vacunación; así como la entrega y consumo del MMN. El seguimiento que realiza a las familias usuarias, permite determinar las principales dificultades en torno a tales indicadores, lo cual se convierte en materia de discusión con los Acompañantes Comunitarios y las Facilitadoras, información que se comparte igualmente, con el personal de salud. En cuanto al Consejo de Vigilancia, éste se aboca principalmente, a

evaluar la calidad del servicio y por tanto el desempeño de las Facilitadoras y su relación con las familias. Es importante señalar nuevamente, que el aspecto de la recepción y entrega del MMN, puede establecerse sin mayores dificultades, en tanto, *el consumo efectivo*, representaría un campo aún difícil de determinar, dado que no existen mecanismos de observación y verificación directa

- Un espacio de información y capacitación, que reúne a las familias usuarias, lo constituyen las sesiones de socialización, conducidas principalmente, por los Acompañantes Técnicos. En estas reuniones, temas relacionados con el cuidado y la salud de los niños y de las niñas, van a ser abordados, entre ellos, la importancia del consumo del MMN, como tema de interés permanente

Condiciones previas al consumo del MMN

Al nivel del hogar (ámbitos SCD y SAF):

- El personal de salud dan orientaciones sobre dónde y cómo guardar los MMN, de acuerdo a la norma. En el hogar son guardados en lugares seguros de condiciones adecuados, y generalmente fuera del alcance de los niños, de acuerdo a las recomendaciones. Están guardados mayormente en el cuarto, en un botiquín, considerándolo como una medicina o algo especial que tiene que cuidar. Otras CCPP los tienen en el repostero, en la cocina y donde esté visible y que permite recordar mejor al momento de prepararlo con la comida del niño.
- El proceso de preparación para ofrecerlo al niño en la mayoría de los casos observados, seguía la recomendación de la norma de mezclarlo en dos cucharadas de la comida sólida o semi-sólido y tibia. Pero también se observó casos donde fue preparado con toda la comida servida al niño, o con preparaciones líquidas como sopas o leche. Si bien la temperatura de la comida fue tibia, el tiempo entre servir la comida, recoger y mezcla con los MMN más el tiempo que el niño demore en comerlo, puede resultar en una comida enfriada. Sin embargo la actual recomendación no descarta la posibilidad de mezclarlo con alimentos fríos, incluso con fruta, que no se ha visto en este estudio. Por vincular los MMN solo con comida tipo segundo, limita la frecuencia de darlo en algunos casos cuando no prepara segundo en la casa.

En el SCD:

- Las MMCC han sido capacitadas en como guardar los MMN y en general están bien almacenados y guardados en los SCD, en contenedores o bolsas de plástico, individualmente por niño y guardados en zona segura (sobre repisa o en un botiquín). En algunos casos estaban sobre una mesa y no siempre fuera del alcance de los niños.
- En la preparación de la comida con el MMN, sigan las recomendaciones de mezclar los MMN con 2 cucharaditas de comida (siempre sólido o semi-sólido, puré, papilla o segundo), separado en el mismo plato del niño y le sirve al niño. Fue mezclado con la comida con temperatura tibia; pero por el tiempo en que tomen los niños a comer, especialmente cuando no tienen apetito, la comida va enfriando.
- Algunas madres llegaron al SCD a dar de comer a sus niños, pero muchas veces primero lactaban, lo que quita el apetito del niño para la comida.

Consumo y aceptabilidad del MMN

Conclusiones para el análisis de consumo del MMN a nivel familiar

- Cabe mencionar, en primer lugar, que en la gran mayoría de los casos trabajados, las cuidadoras principales han intentado por lo menos una vez dar el MMN a sus menores hijos. Es decir, incluso en aquellas CP que actualmente no vienen recibiendo el MMN, existe una historia previa que contar sobre el proceso o experiencia con el MMN y su menor hijo. A partir de esa situación inicial, se suceden una serie de procesos, que derivan en diferentes resultantes.
- Encontramos que se presentan por lo menos tres situaciones tipo resultantes del proceso de consumo del MMN en las zonas de estudio: un consumo regular, un consumo irregular y el consumo interrumpido. En la muestra estudiada, tanto entre usuarias como en no usuarias, la

forma más prevalente en la muestra estudiada es el consumo irregular, seguida del interrumpido y muy pocos casos de consumo continuo.

- Encontramos un consumo continuo, en tanto se refiere a un consumo cotidiano que no se interrumpe frente a sucesos como el que el niño no quiera comerlo, o cuando se presentan complicaciones como el que la niña tenga diarrea. Implica también, que el niño consiga consumir de manera adecuada el MMN.
- El patrón que encontramos en este tipo de casos, viene a ser la casi inexistencia de eventos no deseados que se presenten luego del consumo en la fase inicial. Es decir, no se reportan problemas de diarrea o de no aceptación por parte del niño. En el caso que se tuviera alguno o los dos, encontramos que la CP recurre o cuenta con una consejería cercana o de confianza como para seguir apostando por darle el MMN. Esta consejería puede venir tanto del PS como de los colaboradores voluntarios del SCD o del SAF, que animan a que se administre el MMN en el contexto del CCD.
- Se resalta el que las CP buscan o reciben consejo que fortalece su decisión de darle el MMN. Este consejo puede venir desde el PS así como también, desde los colaboradores comunales de los servicios de la UT-PNCM. La continuidad en su asistencia al CRED es, también, algo compartido. Del mismo modo, apreciamos que las CP muestran diversas estrategias para animar a su niño a comer el MMN, tanto para el momento mismo de comer, como para la preparación del MMN, rescatando mucho las características propias de la práctica de consumo del mismo niño.
- En cuanto al consumo irregular, la resultante general es seguir dando el MMN al menor de edad. Pero, la ingesta del MMN puede ser interdiaria, o suspenderse por algunos días o meses, cuando hay ocurrencia de enfermedades como diarrea; o por estancias fuera de la casa, viajes a otras partes; olvidos de la madre por encontrarse apurada por el trabajo, entre otros. También, puede ser irregular, en tanto, la cantidad diaria o mensual del MMN resulta menor a la indicada, sea que se de menos de un sobre al día, o se deje de dar varios días al mes.
- El consumo interrumpido marca la discontinuidad en la ingesta del MMN, es decir, que ya se deja de consumir el MMN. El proceso seguido por las CP clasificadas en este tipo de consumo, en líneas generales es el mismo. Recibieron el MMN así como la consejería sobre el mismo; prepararon el MMN por unos días y su bebé lo consumió. Luego, ocurren eventos no deseados, como la presencia de diarrea, o el hecho que el niño ya no quiere comer más. Algunas CP optan interrumpir de inmediato el MMN. Mientras que otras, esperan, intentan nuevamente y si comprueban que al darle de nuevo el MMN, provoca el mismo evento no deseado, concluyen en la no conveniencia de seguir ofreciéndoselo a su menor hijo. Hay casos entonces, de rechazo inmediato, y otros de rechazo posterior. La mayor parte de las CP ubicadas para el estudio como que actualmente no reciben el MMN, se clasifican en este tipo de consumo.
- A manera de conclusión, estos casos de CPs no usuarias de SCD que si dan el MMN a su hijos, aunque no necesariamente de manera regular, nos permiten entender, lo crucial de contar con una consejería y retroalimentación cercana, abierta y fluida. La claridad, explicitación y detalle de contenidos sobre el producto y cómo prepararlo, ayuda sobre manera a las CP. Por otro lado, podemos apreciar que, a la vez, la CP siempre está haciendo un balance entre, por un lado, lo que sabe del nuevo producto, lo que la anima y convence; y, por otro lado, lo que conoce del comportamiento, reacciones y modos de ser y de comer, en su pequeño hijo. Se va adaptando y variando inclusive los nuevos conocimientos, respecto a lo que va consiguiendo o no. El poder percibir resultados a corto plazo en el desarrollo de su hijo, así como el no haber tenido mayores complicaciones o reacciones no deseadas como el tener diarrea, o el que no lo quiera comer, fortalecen también su persistencia y continuidad. El saber que se puede conseguir que el niño vaya adoptando poco a poco una nueva práctica o alimento, también ayuda a la continuidad. A la base de esto, está el propio carácter o modo de ser de la misma CP, así como, la carga de trabajo que venga manejando.

Conclusiones para el análisis de consumo del MMN a nivel del CCD

- Resulta evidente las ventajas relativas que tienen los niños usuarios de CCD en cuanto al momento de comer, así como, para el consumo del MMN. En primer lugar, se aseguran los

criterios de preparación adecuados, siguiendo la norma vigente sobre la suplementación, pasando por el contar con preparaciones espesas, e incluyendo el aspecto de higiene previo. Además, presenciamos un momento estructurado (en cuanto al tiempo, al ambiente, al acostumbramiento a una rutina en el niño) y con afecto y atención evidentes.

- En segundo lugar, se emplean diversas estrategias de motivación para comer, por parte de las MCCC, que redundan en una estimulación efectiva. Esto, sin embargo, se observa que se concentra más en los niños pequeños, los que requieren mayor atención de parte de la CP. Por un lado, esto resulta adecuado, desde la perspectiva del niño menor. Por otro, esto redundante en una menor atención para los niños mayores, pero no en una desatención.
- Sin embargo, ubicándonos en el ángulo del consumo efectivo del MMN, identificamos también competidores justamente vinculados a no asegurarse que cada niño consuma su porción preparada. Esto se acentúa entre los niños mayores. Al prepararles, darles la primera cucharada y dejarles que coman a su ritmo, no se está asegurando que lo terminen, o que sigan comiendo de esa preparación con el MMN. Ese vendría a ser el punto crítico fundamental. Se presentan los elementos de tiempo en contra, atención en contra (al tener que atender a varios niños, y concentrar su atención en los más pequeños).
- Otro elemento competidor se refiere a la no insistencia para que el niño continúe comiendo, luego que este manifiesta el no querer seguir comiendo. Esto se relaciona con los competidores de tiempo y atención, dado que para cuando el niño expresa no querer comer, ya ha pasado bastante tiempo, durante el cual se ha podido motivarlo a comer, o asegurarse que consuma la porción mezclada con MMN.

Opinión y valoración sobre el MMN

- **En torno a la valoración e importancia del MMN que atribuyen las cuidadoras principales, encontramos las siguientes ideas-fuerza y que dan cuenta del alto valor que se le confiere:** (a) proveen una primera línea de defensa contra la anemia; (b) aportan en el mejor estado de salud, pues brindan protección contra las enfermedades; (c) aportan en el buen crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas; (d) potencian el desarrollo cognitivo y emocional y (e) aumentan el valor nutricional de los alimentos. Otras representaciones menos recurrentes aluden, a sus efectos positivos en el apetito; y al carácter favorable de contar con un producto valioso de distribución gratuita. Estas representaciones positivas no muestran en conjunto, mayores diferencias entre usuarias y no usuarias de los Servicios
- En cuanto a las representaciones críticas encontradas sólo en algunas cuidadoras principales usuarias y no usuarias, estas se relacionarían básicamente, a los efectos perjudiciales que se atribuyen al MMN y que habrían sido experimentados directamente (diarreas, inapetencia); además a lo que se considera un *sabor desagradable* del MMN y que generaría el rechazo del niño. Asimismo, se plantea un cuestionamiento a su eficacia
- Otro grupo también muy reducido de cuidadoras principales, no logra precisar el sentido y la importancia del consumo del MMN
- **Entre las principales representaciones que plantean la valoración e importancia que se atribuye al consumo del MMN, entre los actores PNCM-Salud, identificamos las siguientes ideas-fuerza:** (a) su aporte capital en la prevención de la anemia; (b) su aporte en el desarrollo integral de los niños y las niñas (entendido en el orden físico, cognitivo, emocional y social); (c) la protección que brinda contra las enfermedades optimizando el estado de salud de los niños y las niñas y (d) el aumento del valor nutricional que aporta a los alimentos

Opiniones Sociales sobre el MMN

- Una **caracterización crítica de los MMN**, puede encontrarse en las voces que las **cuidadoras principales**, recogen y escuchan en sus localidades en general y en el entorno más cercano (familiares y vecinos) generando incertidumbre e inseguridad. Tales nociones críticas, se articulan alrededor de las siguientes líneas: (a) los efectos perjudiciales asociados al MMN, afectando la salud de los niños y las niñas (b) la atribución de un sabor y olor desagradables, generando gran rechazo tanto en los niños y las niñas, como en las propias cuidadoras principales; (c) la no visibilidad de cambios significativos a partir del consumo; (d) los efectos negativos en el apetito y (e) la visión de gran desvalorización del MMN, la cual se condensa en su descarte (termina en el bote de basura o se arroja a los animales)

- **Las nociones críticas - procedentes del entorno social** - identificadas por los actores PNCM-Salud, se estructuran alrededor de los siguientes ejes: (a) los efectos perjudiciales en la salud del niño, atribuidos al consumo del MMN; (b) el tema crítico de sabor y el olor, como atributos asociados al MMN; (c) los efectos perjudiciales en el desarrollo cognitivo; (d) las dudas en torno al contenido y propósito del MMN; (e) la aplicación de una lectura-político religiosa del propósito del MMN; (f) el cuestionamiento a la eficacia del MMN y (g) una expresión crítica del valor del MMN, al conocer que éste es desechado
- **Las principales representaciones y prácticas favorables alentando el consumo del MMN son:**
 - Contar con un entorno familiar, comprometido con el consumo del MMN
 - El conocimiento e intercambio con otras CCPP sobre sus prácticas de consumo, refuerza seguridad y confianza, pues se recibe orientación sobre cómo resolver dificultades, pero también el mensaje que es posible lograr el consumo
 - La presencia cada vez más pública del MMN, a través de los medios de comunicación, su tratamiento por otros Programas Sociales, además de la participación aunque marginal, de los funcionarios de los Gobiernos Locales
 - Las evidencias cada vez más generalizadas de CCPP que plantean de manera explícita los beneficios que encuentran en el consumo del MMN
 - Las acciones de sensibilización emprendidas por el personal de salud, así como por el PNCM
- Tanto las representaciones y prácticas favorables como las representaciones críticas en torno al MMN, muestran su incidencia en las decisiones y prácticas de consumo del MMN

Gestión de la Información

- La información sobre MMN que se maneja a través del sistema de salud y del PNMC se refiere principalmente a recepción de MMN y no a consumo. El personal de salud le pregunta a la madre cuantos sobres le quedan y hace una resta, pero esta información es a base de un reporte y no incluye ningún tipo de verificación estandarizada.
- El personal del SCD si marca en la hoja de asistencia si los niños recibieron el MMN – esta es la información más cercana a consumo que se mantiene a un nivel institucional y que podría ser analizado.
- Dentro del SAF, solamente se pregunta si consumieron o no, a pesar de que en algunas áreas les han pedido a las facilitadoras que revisen los chispiteros o pregunten más allá, la información que recolectan no queda registrada de forma que pueda ser socializada y analizada.
- Los actores coinciden que la única manera de verificar consumo es por medio de la observación directa, ya sea en casa o en el Centro de Cuidado Diurno, pero que no es factible hacerlo para cada niño en su hogar. Los actores del SAF consideran que agregar preguntas a sus formatos de recolección de información que les permitan indagar más allá sobre el consumo de los micronutrientes ayudaría a promoverlos.
- El personal de salud de CRED que recoge la información y es responsable de introducirlo al sistema tiene algunos problemas con el mismo, ya que no les permite flexibilidad en cuanto a incluir entrega de MMN cada dos meses, no saben cómo reflejar discontinuidad y no tienen capacidad para consolidar y analizar datos. Además les falta tiempo para completar todos los registros por lo tanto hay información que se pierde o no coincide.
- Dentro del sistema de salud, hay un protocolo establecido para que la información fluya desde los niveles más bajos (puesto de salud) hacia los más altos: Micro-red, Red y DIRESA. Sin embargo, la información no fluye en la otra dirección y el personal en los niveles más bajos no tiene la oportunidad de utilizar datos más consolidados.
- Entre el SCD y el sistema de salud, existe mayor interacción e intercambio de información, ya que el SCD recolecta información de peso, talla y entrega de MMN cada mes de las tarjetas CRED.

Con el SAF, estas interacciones se dan pero de una forma menos formal, a niveles locales y dependen principalmente de las personas involucradas.

- Dentro del SCD y el SAF existen oportunidades para socializar y discutir información a nivel local. Durante estas oportunidades, se discuten problemas y estrategias para abordarlos, sin embargo quedan al mismo nivel y no hay retroalimentación con otros niveles o con el sistema de salud.

VI. RECOMENDACIONES.

Capacitación sobre los MMN

- La coordinación intersectorial para desarrollar eventos de capacitación, aprovechando oportunidades y recursos, resulta algo a seguir perfeccionando. Mientras más fuentes de información tengan los actores sociales, compartiendo los mismos mensajes, mejor resultado a nivel del conocimiento y sensibilización sobre el MMN. Pero, resulta evidente que los capacitadores de otros, necesitan no sólo contenidos a transmitir, sino también manejar metodología para capacitar a otros aplicando metodologías de aprendizaje de adultos. Es decir, que pasen a ser formadores o facilitadores, específicamente para el tema del MMN. Y la metodología implica saber estructurar un evento de capacitación, para trascender lo expositivo. Sabemos que la capacitación en cascada va a seguir desarrollándose. Pero, al menos, se debe incluir en las capacitaciones estas metodologías y prácticas para asegurar que el asistente a los primeros talleres sepa cómo va a organizar, planificar, diseñar, desarrollar y evaluar su evento de capacitación.
- Es necesario incluir en las capacitaciones las habilidades de consejería y de cómo dialogar y resolver situaciones y problemas que las cuidadoras principales presentan respecto al consumo, incluyendo el buscar alternativas con ellas.
- Resulta evidente la **necesidad de contar con material educativo**, no sólo por la carencia del mismo; sino para afianzar la metodología participativa e interactiva, ya evidenciada como útil y eficiente, desde el ejercicio de las sesiones demostrativas. Se necesita el **diseño de ejercicios de preparación del MMN** para facilitar la comprensión del cambio de sabor vinculado a la consistencia y a la temperatura; o de mecanismos de recordación de los mensajes principales (canciones, por ejemplo); y principalmente, de materiales que ayuden a visualizar mejor la naturaleza del MMN y ejemplos para permitir aclarar dudas sobre el color, el sabor, y cómo se parece a otros productos comerciales con minerales y vitaminas también en polvo.
- Considerar la metodología de capacitación de adultos en el diseño, donde se contemple el aprendizaje en base a competencias, se oriente hacia el cambio de comportamiento, y por ende, en las motivaciones y prácticas, más allá del conocimiento en solitario.
- Del mismo modo, se necesita explicitar que la estrategia de capacitación necesita sustentarse en la formación de facilitadores regionales que aprendan cómo capacitar a otros, metodológicamente hablando.
- Asegurar que haya capacidad instalada en los EESS, en la capacitación del manejo y consejería con respecto a los MMN, para poder asegurar que esto no se pierda con la rotación de personal capacitado. En otras palabras, asegurar que alguien – o más de uno- sea responsable de la capacitación de nuevo personal.
- Tener en cuenta la dispersión de los actores a coberturar con la estrategia de capacitación como un aspecto a considerar en el diseño e implementación de propuestas de capacitación, sobre todo, en las zonas rurales.
- Tener un sistema de supervisión y monitoreo de las capacitaciones réplicas en los EESS para asegurar que todo el personal involucrado ha recibido capacitación oportuna. Que la supervisión sea amable, positiva y con retroalimentación constructiva y motivadora, y no de crítica y desmotivadora.

Conocimientos del MMN

- No basta con conocer sobre los criterios de preparación del MMN, los cuales pueden ser conocidos y difundidos adecuadamente. Es preciso que los diversos actores manejen la

fundamentación y los argumentos que los sostienen. De esa manera, se estará en mejores condiciones para brindar asesoría y plantear alternativas de solución a los problemas que plantea la práctica de consumo del MMN. Así, por ejemplo, se conoce que la consistencia debe ser espesa, pero se argumenta que el niño lo consume mejor en preparaciones aguadas o líquidas. Frente a esto la consejería o acompañamiento, necesita recordar la posibilidad de la emergencia del sabor a hierro con tales preparaciones, o el que al asentarse el polvo de MMN, no se llegaría a consumirlo en su totalidad.

- Es necesario flexibilizar las indicaciones de preparación del MMN, abrir el rango de *posibles preparaciones*, más allá de prescribir que debe ser ofrecido en “*segundos*” o preparaciones espesas. Plantear, explícitamente, que pueden utilizarse preparaciones semi espesas rescatando sobre todo, lo acostumbrado en cada zona, así como, lo que ha probado la misma CP y le ha resultado positivo, como por ejemplo, usar el “arroz atamalado” y no el arroz seco en Piura. Del mismo modo, esta flexibilización se puede aplicar al momento de consumo, dado que la mayoría piensa, sobre todo en contextos de SCD, que sólo se puede consumir el MMN en el almuerzo, a pesar que en la normativa no se indica nada sobre el momento de comer.
- Asimismo, el criterio de *temperatura* y su respectiva fundamentación, debe formularse con claridad, recurriendo a demostraciones que permitan identificar la relación entre el cambio de sabor y el cambio en la temperatura. La mayoría de entrevistados señalan que la temperatura óptima para proceder con la combinación del MMN, es la *tibia*; sin embargo, la posibilidad de combinar el suplemento en frutas como el plátano aplastado, llevaría a interrogantes por el carácter frío del alimento. El facilitar la prueba de la mezcla del MMN en preparaciones con diferentes consistencias, diferentes temperaturas, ayudaría sobre manera a combatir las dudas y favorecer la adherencia.
- Resulta necesario dar a conocer qué posibles efectos secundarios se hallan, efectivamente, asociados con el consumo del MMN. Lo importante es brindar esta información como parte de las orientaciones que, de modo usual, se articulan en torno al MMN; poniendo especial énfasis en cómo deben ser interpretadas estas posibles manifestaciones, y en las acciones que la cuidadora principal debe tomar en caso se presentaran.

Responsabilidades de los actores comunales de PNCM

- Maximizar las oportunidades de apoyo para el personal de CRED por parte del sistema de salud, evaluando formas de facilitar su trabajo en general y específicamente ligado a MMN, por ejemplo priorizando la capacitación y tiempo disponible para la consejería, y centralizando los registros de información.
- Asegurar que las madres cuidadoras y madres guías estén capacitadas y reciben la supervisión y apoyo (por ejemplo con recordatorios y retroalimentación positiva durante las supervisiones) por parte de los Acompañantes Técnicos y los miembros de los Comités de Gestión y Vigilancia para que el consumo de MMN se lleve a cabo en los Centros del SCD. Dado que este es la única instancia en el proceso donde se puede registrar el consumo efectivo de manera rutinaria, es necesario que la calidad de la información registrada sea alta y confiable.
- Considerar aumentar las responsabilidades de las Facilitadoras con respecto a MMN agregando preguntas a su ficha, capacitándolas en la promoción de los MMN, y así creando otra oportunidad para promover el consumo los MMN.
- Asegurar que las Facilitadoras reciban la supervisión y apoyo necesarios por parte de los Acompañantes Técnicos y los miembros de los Comités de Gestión y Vigilancia para llevar a cabo sus labores, incluyendo las ligadas a los MMN.

Recepción y entrega del MMN

Entrega en EESS (ámbitos SCD y SAF)

- Adoptar estrategias que reduzcan los pasos y el tiempo para la entrega de los MMN en el EESS que incluye la entrega directamente de los MMN a las CCPP en CRED, conjunto con la consejería. Que el personal de CRED evalúa con la CCPP cómo está el consumo de los MMN en su niño, su hogar; resuelve dudas de la CCPP, ayudarla y motivarla para la próxima cita. Esta

relación debe darse en un ambiente de calma, con trato amable, empático que da espacio a las consultas y motiva las prácticas esperadas.

- Establecer estrategias de entrega de MMN especialmente a niños mayores de 1 año. Estas pueden consistir en entregar 60 o 90 sobres (lo que corresponde por la edad del niño) en la consulta CRED así como gestionar el permiso de registro en el sistema, de cantidades mayores a 30 sobres (o una caja). Esta estrategia puede implicar visitas domiciliarias para hacer el seguimiento y entrega, con promotores de salud, ACS, sectorización o con técnicos extramural para este propósito como se está implementando en Ucayali. Requiere estar articulado a acciones de fortalecimiento (incremento de personal, involucramiento de más actores, presupuesto, redistribución de carga de trabajo, viáticos, etc.) de seguimiento y supervisión de la entrega y el consumo de los MMN.
- Utilizar estrategias de comunicación para recordar y animar el regreso al EESS, como el teléfono, celular (donde hay), y parlante, emisora local, así como los agentes comunitarios.
- Reforzar la acción de las facilitadoras SAF para animar y motivar a que las madres lleven sus niños a CRED, recoger los MMN y su uso, y que ellas puedan participar en las estrategias de asegurar entrega y motivación.
- En el caso de alguna priorización, p.e. por temporal falta de disponibilidad, priorizar a los niños menores de 1 año.

Entrega en SCD

- Entender mejor las razones porque no llevan los MMN a las MMCC del CCD en cada caso. Reforzar el seguimiento de estos casos por las MGs, atendiendo las razones: efectos secundarios, “le cae mal”, que no comen la comida del CCD. Tener mayor flexibilidad en las preparaciones con que se mezcla los MMN, tal vez conversando con las CCPP para ver como sus niños prefieren consumirlo. Desarrollar estrategias para motivar la entrega de MMN a las MMCC por parte de las CCPP, creando espacios para promover mayor conversación y motivación alrededor de los MMN, no solo enfatizar que traigan, incluyendo a la MG en esta estrategia. Reforzar las ventajas que comentan las CCPP de dar los MMN en el CCD: p.e. comen a su hora, MC es capacitada y sabe cómo dar los MMN, almuerzan imitando demás niños, etc.
- Considerar tener un stock de MMN en CCD del EESS para usar cuando una CP “se olvida” a traer, siempre con su previa autorización de darlo al su niño.

Consejería Nutricional sobre el MMN

- Según las **observaciones** realizadas, la consejería que se realiza en torno al MMN, no sigue el proceso recomendado por el MINSA, en lo que respecta al desarrollo de una consejería orientada al cambio o adopción de una nueva práctica (*Consejería Nutricional. En el marco de la atención integral de salud materno infantil*. INS-MINSA, 2010). No se suele distinguir situaciones específicas, según el momento en que se encuentra la cuidadora principal, respecto al proceso de suplementación; en esta perspectiva, la consejería requiere tener un enfoque diferenciado, aunque **subrayando de manera constante y transversal** la incidencia en **aspectos claves** como la **importancia de su consumo**; la **adecuada preparación y su práctica cotidiana y periódica** (ejes ya establecidos en la norma). Así por ejemplo, **una consejería para las cuidadoras principales que inician la suplementación**, estableciendo los temas y preguntas en los cuáles hacer énfasis; así como una **consejería** para aquellas cuidadoras principales que requieren **sostenimiento de la práctica**
- La consejería debería ser **específica**, es decir, dar cuenta de las dificultades concretas que encuentra la cuidadora principal respecto al consumo; las respuestas generales y directivas, que enfatizan la importancia de **dar el MMN**, de **insistir en el consumo**, no hacen más que desmotivar y aumentar el sentido de frustración de la cuidadora principal. Se requiere entonces, caracterizar con claridad en qué consiste el problema que enfrenta la cuidadora principal y ensayar alternativas que puedan ponerse en marcha. Si existe apertura para el diálogo con la cuidadora principal (escucha atenta, indagación en torno a sus dudas y problemas, o respecto a su práctica de alimentación en general) es posible caracterizar aquellos aspectos críticos que requieren ser

reforzados o el diseño de estrategias que permitan una comprensión más clara de las orientaciones, además de personalizar la consejería

- Las **alternativas o sugerencias** que se brindan o se construyen con la usuaria, deberían conformar parte del desarrollo de la consejería, es decir, trascender la transmisión de un solo encuadre (por ejemplo, “separar dos cucharas”, “sólo segundos”; siendo lo esencial que la cuidadora principal se apropie de los criterios y argumentos que sostienen las indicaciones, con el fin que pueda introducir innovaciones en el marco de las mismas) basándose en el diálogo e intercambio con la cuidadora principal. Así, comprender que *separar una porción*, asegura que la dosis recomendada sea consumida en su totalidad; lo central entonces, no es la cantidad que se separa (02 cucharas) sino evaluar qué cantidad suele comer el niño y según ello, separar la porción o si es una cantidad aún pequeña, tal vez podría distribuirse la dosis en varias comidas. Dar el MMN, “*sólo en segundos*”, remite a la recomendación de preparaciones espesas, las cuáles no sólo tienen un mejor valor nutricional, respecto a las *aguadas*, sino que también suelen sedimentarse y por tanto, el aprovechamiento del MMN se ve afectado, sin embargo, la norma recomienda la inclusión de mazamoras como posibles preparaciones (es importante resaltar la importancia que adquiere contar con referencias concretas que ilustren qué se caracteriza como una preparación “espesa” o “semi espesa”, pues no necesariamente, tales términos resultan unívocos para el personal de salud como para la cuidadora principal)
- Al presentar los diversos criterios de preparación y administración del MMN, acompañar las indicaciones específicas con su respectiva fundamentación; enfatizando en el *sentido* de tales indicaciones (así por ejemplo, por qué proceder con la separación de una porción; por qué no se recomienda la preparación en líquidos; por qué es necesario su consumo diario)
- Existe todo un conjunto de dudas que no siempre se exponen de manera explícita durante la consejería. El personal de salud debe identificar las dudas y cuestionamientos que se concentran alrededor del MMN y que formulan las cuidadoras principales; para ello, propiciar espacios de expresión en los cuáles puedan aquellas expresarse abiertamente, acerca de sus temores, interrogantes y dificultades
- **Considerando las opiniones y valoración**, encontradas por parte de las cuidadoras principales, con respecto al MMN, se recomienda durante la Consejería y el Acompañamiento:
 - Resaltar la importancia de los beneficios del MMN, particularmente aquellas ideas fuerza que se proyectan en el largo plazo, como la protección que brindan contra las enfermedades y el desarrollo cognitivo de los niños y las niñas y su vinculación con el éxito escolar. Contrarrestar de esta manera, la demanda de efectos inmediatos.
 - Establecer estrategias que permitan revertir los factores de rechazo, como el sabor y el olor y afianzar que se trata de un producto sin tales atributos, si se encuentra bien preparado
 - Brindar una explicación clara sobre los efectos no deseados, pero sobre todo, cómo han de ser interpretados y tratados
 - Insista en la importancia del lavado de manos
 - Además se podría desarrollar un **repertorio de preguntas o dudas** más frecuentes de las cuidadoras principales, con respecto al MMN y las posibilidades de respuesta, con sensibilidad cultural y comunicacional.
- Consideramos importante, tener en cuenta las recomendaciones de una *buen consejería*, orientada a promover la adopción de prácticas,
 - Mantiene una buena comunicación con la cuidadora principal (saluda, pregunta por sus preocupaciones) y brinda un trato respetuoso
 - Felicita a la cuidadora principal, por sus aciertos (aún, el hecho de asistir al control, se convierte en materia de felicitación y estímulo)
 - Pregunta y se interesa, cómo le va a la cuidadora principal con el MMN, usando preguntas abiertas, escuchando con atención y motivando su participación
 - Brinda no más de dos o tres mensajes, en torno a prácticas, factibles de implementar por la cuidadora principal (es necesario señalar, que la preparación del MMN, comprende varios pasos en su implementación, lo que imprime un mayor grado de complejidad)
 - Acompaña el mensaje con un beneficio a alcanzar con la práctica

- Usa materiales didácticos, para facilitar la comprensión
- Negocia con la cuidadora principal, para establecer qué puede hacer, definiendo un acuerdo y compromiso
- Confirma la comprensión de la cuidadora principal, de al menos una indicación o mensaje (por ejemplo, “y ¿cómo lo va a preparar? ¿cuándo lo va a dar?”) solicitando reafirme el compromiso acordado

Otros aspectos igualmente, fundamentales a tomar en cuenta:

- Mostrar atención mediante contacto visual
- Eliminar barreras, como escritorios y elementos distractores, entre el consejero o la consejera y la cuidadora principal
- Evite juzgar, criticar, menos recriminar. Acepte lo que la cuidadora principal manifiesta
- Brinde sugerencias no directivas u órdenes
- Potenciar las habilidades y la práctica del personal de salud en cuanto a consejería, en las siguientes áreas:
 - Indagación sobre las dificultades y problemas que enfrenta la cuidadora principal, alrededor del consumo
 - Creación de un espacio de diálogo, para la exposición de dudas y formulación de alternativas
 - Necesidad de asegurar la comprensión de las indicaciones
 - Articulación de recomendaciones que se brindan o alternativas que se discuten y el respectivo seguimiento y retroinformación que se brinda
 - Valoración y reconocimiento de las buenas prácticas y el compromiso de la cuidadora principal, así como la importancia de la felicitación explícita

Acompañamiento al proceso de suplementación del MMN

- Fortalecer el rol de orientación de los colaboradores voluntarios que han probado ser referentes significativos para las cuidadoras principales – Madres Guía, Madres Cuidadoras y Facilitadoras – . Dadas sus labores de orientación, requieren ser fortalecidas con conocimientos y argumentos sólidos, en torno a los diferentes aspectos del consumo del MMN, *saber responder* y dar seguridad con ello, a las cuidadoras principales, resulta vital. Asimismo, los miembros del CG y CV, dada su vinculación con las familias usuarias, cumpliendo tareas de vigilancia comunitaria y promoviendo el consumo del MMN, requieren ser igualmente, capacitados en el manejo de conocimientos y argumentos sobre la suplementación (el manejo no sólo de la importancia y los beneficios del consumo, sino también de aspectos prácticos como la preparación adecuada del MMN, además de alternativas de preparación y de nociones de alimentación interactiva)
- Maximizar las oportunidades que tienen las Facilitadoras durante sus visitas para reforzar lo acordado en la Consejería. Para esto requerirán de capacitación, supervisión y asistencia técnica; además de fortalecer la legitimidad de su trabajo a nivel comunal
- Si bien el componente de conocimientos es importante en los diseños de capacitación; el énfasis debería colocarse igualmente, en el conocimiento de las dudas, preguntas y dificultades de las cuidadoras principales (además de las representaciones sobre el MMN que los actores comunican) Se requiere capacitación continua que abarque al conjunto de actores involucrados en los Servicios, según los niveles de influencia y orientación que ejercen. Los componentes o ejes de capacitación no sólo deben concentrarse en los *conocimientos*, sino dirigirse con mayor énfasis en el manejo de la *consejería* y en las *habilidades para resolver problemas*, que usualmente, las cuidadoras principales vinculan con el consumo del MMN (efectos perjudiciales asociados al MMN; características de sabor y olor desagradables...)
- Ante los problemas que las cuidadoras principales plantean sobre el consumo del MMN, se requiere contar con un repertorio de alternativas y sugerencias, que las Facilitadoras, Madres Guías y Madres Cuidadoras puedan comunicar. El conocimiento de las condiciones familiares y las prácticas habituales de alimentación que estas colaboradoras voluntarias poseen, además de su dominio del quechua o del idioma shipibo; se convierten en recursos capitales, en la búsqueda de soluciones que resulten pertinentes y factibles (esta posibilidad pasa en primer lugar, por el manejo claro de los criterios básicos de preparación y administración del MMN; sólo su dominio, permite adaptar las indicaciones generales).

- Un aspecto que ilumina el rol estratégico de la Madre Cuidadora, lo constituye la cotidianeidad de la relación que se establece con los cuidadores principales (principalmente, madres y hermanos mayores de los niños a su cuidado). La *cercanía y profundidad* de las relaciones, establece un contexto favorable para el desarrollo de *espacios más estructurados de información y orientación* sobre el cuidado y la salud de los niños y las niñas. La Madre Cuidadora, maneja información central sobre el desarrollo del consumo, que debería canalizarse; pues conocen y observan los gustos y preferencias, respecto a alimentos y preparaciones que facilitarían la aceptación del MMN; muestran dominio respecto a su preparación adecuada; además, cuentan con recursos metodológicos que ayudan a hacer de la alimentación un momento agradable y de aprendizaje para el niño o la niña, los cuáles podrían ser compartidos con la cuidadora principal. Dado que las Madres Cuidadoras cumplen un rol de intermediación fundamental, pues se vinculan directamente, con las cuidadoras principales, requieren ser fortalecidas con argumentos para orientar y motivar a las familias, respecto al consumo del MMN
- En las reuniones de socialización e interaprendizaje que se organizan en ambos Servicios, sería provechoso, promover una dinámica de *intercambio de experiencias* entre las cuidadoras principales, que aborde el tema del MMN, animando a exponer los problemas y dificultades que se enfrentan, respecto al consumo; las soluciones y alternativas introducidas, al igual que sus resultados. Este espacio ayudaría igualmente, a precisar si los criterios de preparación, se siguen adecuadamente; identificar las dudas que posiblemente, siguen experimentando las participantes, respecto a la seguridad y a la efectividad del MMN; realizar asimismo, un seguimiento posterior, de las medidas y recomendaciones adoptadas. Dado que los efectos del consumo del MMN, no se evidencian de manera inmediata, la confianza que se pueda generar, resulta capital. La comunicación y la calidad de la relación interpersonal; el testimonio de las cuidadoras principales, dando cuenta de los cambios observados en sus hijos e hijas a través de su práctica, aumentarán sin duda la confianza en la eficacia del MMN
- Establecer actividades formativas que permitan a los miembros que participan del Programa, hallarse alineados en cuanto a mensajes y posiciones, respecto a las prácticas y medidas que se difunden. Manejar un lenguaje consistente y bien fundamentado, que refuerce de manera recíproca los mensajes y orientaciones que se difunden sobre el MMN, en múltiples niveles de trabajo y encuentro con las cuidadoras principales y sus familias.
- La atención que brinda la Madre Guía, se enfocaría principalmente, en los niños que ya se encuentran en condición de riesgo nutricional; sin embargo, considerar estrategias que eviten tal condición, dando prioridad igualmente, a los niños menores de un año, se encuentren o no en condición de riesgo – pues el enfoque fundamental no debe ser sólo recuperativo, sino sobre todo de carácter preventivo que evite los caminos a la desnutrición y así optimizar el buen crecimiento y desarrollo. El período crítico de caída de peso, ocurre entre los 06 y 10 o 12 meses, situación que debe evitarse ocurra. Adicionalmente, si bien no es posible realizar seguimiento al conjunto de niños que se encuentran en dicho período, pueden aplicarse algunos criterios que permitan dar prioridad, por ejemplo, al seguimiento de niños que *no traen o no ofrecen el MMN*
- Brindar información y orientación sostenida, en torno a diferentes aspectos vinculados al consumo del MMN, principalmente, en torno a sus beneficios e importancia y a los criterios de su preparación adecuada; ejes claves a trabajar con el conjunto de actores que brindan algún tipo de orientación y establecen vínculos con las cuidadoras principales

Condiciones previas al consumo del MMN

Al nivel del hogar (ámbitos SCD y SAF):

- Que el personal de salud (familias usuarias y no usuarias), y personal de PCNM, ATs, ACs, Facilitadoras (familias usuarias), sigan dando y enfatizan las orientaciones sobre donde y como guardar los MMN en el hogar, y pueden explorar con las CCPP en la consejería donde les convendría mejor, para i) tenerlo protegido (especialmente en selva/Ucayali), y ii) para poder recordar su uso cuando preparan la comida a los niños, para facilitar y aumentar su frecuencia de uso.

- Que sigan con las recomendaciones de cómo prepararlo en el hogar como: comida semi-sólido, que no sea muy caliente y que lo coma dentro de un periodo de 20 minutos después de prepararlo por no tener cambios en el sabor o color, pero tener mayor flexibilidad y alternativas de con qué comida y alimentos prepararlo: como alimentos fríos, frutas, y mazamoras, los cuales actualmente no se ha visto ser promovido mucho en los lugares del estudio.
- Que las recomendaciones no siempre sean que le den MMN en el “almuerzo”, puede ser cuando el niño tenga más hambre – frecuentemente temprano por la mañana – o en entrecomidas de acuerdo al patrón y preferencias en el hogar y del niño. Esto podría facilitar mayor consumo por no tenerlo tan vinculado con el segundo, purés y alimentos tibios.
- Poner énfasis en las prácticas de higiene y lavado de manos en relación a la preparación y servido de la comida.

En el SCD:

- Felicitar a las MMCC por el buen guardar y preparación de los MMN en el SCD, sus esfuerzos en dar la comida con MMN a los niños, así como animar a los niños a comer y por las prácticas de higiene y lavado de manos tanto de ellas como de los niños.
- Tener mayor flexibilidad con que comida preparar los MMN en el SCD y a que hora, no siempre en el almuerzo y con el segundo/puré. Se recomienda darlo con el desayuno (cuando el niño está más alerta y con más apetito) o a medio mañana (con dulce, mazamorra o fruta que les gusta a los niños). Esto podría ser variado de acuerdo a los turnos en el CCD y necesitaría una revisión de los protocolos sobre alimentación del PNCM, pero a favor de mayor consumo de los MMN por los niños..
- Recomendar que cuando llegan las madres al SCD, que les ayuden a darles de comer, y que no los lacten antes de darles de comer, para no quitar el apetito por la comida.

Consumo y aceptabilidad del MMN

- Necesitamos tener en claro que mientras más se sensibilice, se informe y se convenza a la familia, se va a estar en mejor posición para conseguir una continuidad en el consumo del MMN. Para ello, conviene activar toda ventana de oportunidad, a fin de incidir de manera múltiple sobre los actores de la familia, así como de la comunidad. Los mensajes, por lo tanto, tienen que ser los mismos a ser manejados desde diversos actores, canales de comunicación, fuentes de información y estrategias de aprendizaje. La consejería sobre el MMN desde CRED necesita ser el eje, pero no la única estrategia de llegada a las CPs, familias y comunidades. El trabajo en conjunto y articulado, a nivel de sectores, de intervenciones como programas, tiene que seguir profundizándose. Por ejemplo: capacitaciones, socialización de experiencias y resultados, acuerdos y consistencia de los mensajes, tanto entre el personal de salud en el mismo establecimiento de salud, como con personal del PNCM local y otros actores.
- Necesitamos tener en claro que el consumo es un proceso de ida y vuelta, de avances y retrocesos, de dudas e intentos. Esto se magnifica frente a la presencia de una tecnología nueva, desconocida, no vinculada con algo previamente visto, como es el polvo de MMN. Más aún, al estar dirigida a los niños pequeños, en su alimento, sin tener la certeza de lo que contiene.
- Se necesita tener claridad en los mensajes respecto a las experiencias de las cuidadoras principales, en estos procesos de ida y vuelta, en la consejería y acompañamiento. Por ejemplo: advertir sobre posibles eventos adversos y poder solucionar problemas cuando se presentan para favorecer la continuidad en el uso de los MMN.
- Este proceso de intentos y retrocesos, tiene su punto de partida en un voto de confianza hacia la recomendación del personal de salud. Para que continúe hacia adelante, se requiere desarrollar estrategias que apunten al acompañamiento cercano, efectivo, sensible culturalmente y operativo a nivel de soluciones posibles. Todo agente del Estado que tenga una llegada a las comunidades o familias, necesita haber sido sensibilizado y capacitado en el manejo de

mensajes básicos y consensuados sobre el tema, (obtenido a través de las capacitaciones y que incluyen elementos de una comunicación sensible y motivadora) a fin de aprovechar la ventana de oportunidad de su llegada, y de su influencia sobre hombres y mujeres en la comunidad y familias.

- La flexibilidad aprendida por muchas cuidadoras principales, resultado de la búsqueda de alternativas para conseguir que el niño consuma el MMN, necesita ser promovida e institucionalizada, por medio de la socialización y difusión de las experiencias exitosas. Las diversas formas en que las cuidadoras principales dieron solución a los problemas, pueden ser introducidas, como parte de los protocolos (contenido y frecuencia) de las reuniones en las diferentes instancias.
- El camino de la obligación, del consejo directivo o valorativo, es poco atractivo en el mediano plazo. Por el contrario, se necesita profundizar lo aprendido desde la interacción por medio del juego y la estimulación en las visitas domiciliarias SAF, para sensibilizar y capacitar al mismo personal de salud y otros agentes de influencia, hacia las bondades de entablar una relación basada en la confianza, en la metodología participativa y constructivista. Del mismo modo, continuar con las estrategias de sesiones demostrativas focalizadas en la preparación y prueba del MMN, resalta todavía como algo potente.
- En cuanto al trabajo en los CCD, resulta evidente que sólo se trata de mejorar unos pocos aspectos vinculados a distribuir mejor el tiempo de consumo de los niños, y así evitar concentración y disputa por la atención. Del mismo modo, seguir practicando las estrategias de retroalimentación para mejorar el desempeño de las Madres Cuidadoras para la implementación de los criterios de preparación, y el manejo de estrategias de motivación a comer a todos los niños.

Opinión y valoración sobre el MMN

- Si bien el combate contra la anemia, representa una de las principales ideas-fuerza, asociadas a los beneficios del MMN, se requiere que la cuidadora principal reciba información amplia sobre dicha condición, es decir, en qué consiste, qué factores contribuyen a su presentación, además de sus implicancias en la salud y desarrollo general de los niños y las niñas. Establecer de esta manera el sentido de la *gravedad* de este mal y la condición de vulnerabilidad en que podrían encontrarse sus hijos e hijas
- Los principales beneficios atribuidos al MMN, constituyen nociones poderosas, pues se encuentran muy vinculadas con las expectativas de salud y desarrollo que las cuidadoras principales, proyectan para sus hijos e hijas; a pesar de tal fortaleza y consistencia, deben constituir materia de reforzamiento constante en todos los espacios de orientación y encuentro con la cuidadora principal y sus familias (a nivel de las actividades estratégicas de los Servicios, como en la Consejería). Constituye un mensaje clave de comunicación permanente
- Resaltar – en los espacios de orientación y acompañamiento - la importancia de los beneficios del MMN, particularmente aquellas ideas fuerza que proyectan sus beneficios en el largo plazo, como la protección que brindan contra las enfermedades y el desarrollo cognitivo de los niños y las niñas y su vinculación con el éxito escolar. Contrarrestar de esta manera, la demanda de efectos inmediatos y que se vincularía con la no visibilidad o evidencia de eficacia del MMN. En suma, fortalecer una práctica de salud, centrada en la prevención

Opiniones Sociales sobre el MMN

- En un escenario atravesado por la incertidumbre que generan diversas opiniones negativas, se desatan o generan hipótesis para explicar los vacíos de información, desencadenando por ejemplo, comentarios que afirman el carácter nocivo del MMN. **Identificar cuáles son las demandas de información críticas de la población y saber qué responder** - planteando argumentos claros, además de propiciar espacios de exposición y discusión - constituye una tarea educativa ineludible, para todos aquellos que se encuentran en roles de orientación y asesoría. *Identificar y escuchar* las interrogantes de las cuidadoras principales y de la población en general, constituye la base para construir relaciones de seguridad y confianza, vitales para la adhesión a nuevas prácticas (conocer así el repertorio de dudas e ideas críticas y estar preparados para contrarrestarlos).

A nivel de los Servicios (SCD y SAF) aprovechar de esta manera, los espacios de encuentro y socialización que promueven entre las cuidadoras principales usuarias (reuniones de socialización e interaprendizaje). El **intercambio de experiencias de las cuidadoras principales, en torno al MMN**; en la cual se expongan sus dudas, aciertos, dificultades e innovaciones o alternativas introducidas, con el fin de lograr el consumo del MMN por sus niños o niñas; se torna en un espacio educativo de primera línea, pues su exposición y discusión, muestra cómo la experiencia concreta de otras cuidadoras principales *exitosas*, motiva a aquellas que aún no deciden el consumo o presentan dificultades para mantener una práctica sostenida y regular. Este encuentro proveería de una base de confianza en la eficacia del consumo (comunicación de beneficios y cambios favorables que la cuidadora principal ha observado directamente) pero también del sentido de autoeficacia que la cuidadora principal con problemas, puede experimentar, logrando en suma, el consumo de su niño o niña

- Las opiniones – sean favorables o negativas - en torno al MMN, que circulan en el entorno familiar y social de la cuidadora principal, han revelado un peso o influencia importante en las decisiones de consumo; muestran de esta manera, la necesidad de trabajar estrategias de comunicación e información que por un lado, promuevan una participación cada vez más protagónica no sólo de las cuidadoras principales, asimismo, provean de información fundamentada, combatiendo representaciones críticas alrededor del MMN. El tema de la suplementación con los MMN, debe dejar de circunscribirse a la relación que se establece entre el personal de salud y la cuidadora principal; o reducirse al ámbito de la familia - o a un tema que se resuelve alrededor de la cuidadora principal y el niño o la niña -. Si existe una comunidad cada vez más informada sobre los MMN, sus beneficios e importancia, es posible rodear de un aura de seguridad y aceptación social el consumo, impulsando y motivando la adhesión y persistencia alrededor de la práctica. Las estrategias de comunicación deben ser específicas, considerando la heterogeneidad de la audiencia (autoridades y líderes locales; comunidades religiosas, entre otras)

Gestión de la Información

- La información que se registra sobre MMN en el sistema de salud se refiere a la recepción de MMN y a un reporte verbal de consumo por parte de la Cuidadora Principal. Es importante garantizar la calidad de esta información y apoyar al personal de CRED para que la registren rutinariamente, ya que sustenta el indicador de resultado incluido en la norma (% de niños que completan el esquema de suplementación).
- Utilizar las visitas domiciliarias del SAF para indagar más sobre el consumo de MMN, promover los MMN y registrar esta interacción. En las entrevistas se encontró evidencia de que las Facilitadoras estarían dispuestas a incrementar sus responsabilidades con respecto a la promoción de MMN, indagando más sobre el consumo y registrando la información recogida.
- Explorar oportunidades para sistematizar la información recogida en el SIVICO y utilizarla como herramienta de seguimiento, más allá del nivel local.
- En el SCD, asegurar que la información de consumo de los MMN se registre con la asistencia, apoyando y recordándoles a las Madres Cuidadoras de la importancia de este registro de información. Además buscar formas de utilizar estos datos de manera consolidada para analizar tendencias y evaluar el programa, ya que esta es la única instancia en todos los procesos relacionados a la suplementación de MMN donde se registra el consumo efectivo de MMN.
- Apoyar al personal de salud en sus problemas con el sistema de información, arreglando los formatos si es necesario y dándoles guías claras de cómo manejar inconsistencias. Tener una guía práctica en la web donde se presenten soluciones a los problemas más comunes o que tengan acceso a una línea de teléfono donde puedan recibir ayuda técnica con el sistema de información.
- Para maximizar el uso de la información para mejorar los programas se recomienda:
 - Maximizar las oportunidades de discusión entre distintos actores, sobre todo entre el personal de salud y los programas sociales.
 - Aumentar la retroalimentación de información de los niveles regionales hacia los locales.

VII. REFERENCIAS CONSULTADAS.

1. ACH/UNICEF 2013. Sondeo Cualitativo valoraciones, saberes y experiencias en el consumo del suplemento con multimicronutrientes en los departamentos de Ayacucho, Apurímac, y Huancavelica. Una mirada alternativa a partir de técnicas cualitativas e interpretaciones de imágenes. Marzo 2013.
http://www.accioncontraelhambre.org/files/images/informes/portada/Peru/portada_sondeo_cualitativo.JPG
2. América Economía 2013 <http://www.americaeconomia.com/node/104724>
3. Adu-Afarwuah S., Lartey A., Brown K.H., Zlotkin S., Briend A. & Dewey K. (2008). Home fortification of complementary foods with micronutrient supplements is well accepted and has positive effects on infant iron status in Ghana. *Am J Clin Nutr* 87, 929-938.
4. Alacazar 2012. Impacto económico de la anemia en el Perú. GRADE, ACH.
5. Bartolini R. 2014. "¿Cómo se da la consejería sobre multinutrientes y cómo es la práctica de su preparación en las cuidador principal y cuidadoras? Comprensión de su desarrollo y propuesta de medidas educativo comunicacionales para mejorar la aceptación del producto". Informe presentado al Gobierno Regional de Lambayeque en el marco del Proyecto "Mejoramiento de los Servicios de Promoción y Prevención del Cuidado Integral de la Madre-Niño, en los distritos de Mórrope, Salas, Incahuasi y Cañaris".
6. Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle- income countries. *The Lancet* 2013 June, pp15-39.
7. Cardoso MA, Augusto RA, Bortolini GA, Oliveira CS, Tietzman DC, Sequeira LA, Hadler MC, Peixoto Mdo R, Muniz PT, Vitolo MR, Lira PI, Jaime PC; ENFAC Working Group. Effect of Providing Multiple Micronutrients in Powder through Primary Healthcare on Anemia in Young Brazilian Children: A Multicentre Pragmatic Controlled Trial. *PLoS One*. 2016 Mar 14;11(3):e0151097.
8. Creed-Kanashiro, et al. Línea de Base Nutricional Perú, ISSANDES, IIN, CIP. 2014.
9. Creed-Kanashiro H, Bartolini R, Abad, M, Arevalo V. 2015. Promoting multi-micronutrient powders (MNP) in Peru: acceptance by caregivers and role of health personnel. *Matern Child Nutr*. 2016 Jan;12(1): 152-63. doi: 10.1111/mcn.12217. Epub 2015 Nov1.
10. De-Regil LM, Suchdev PS, Vist GE, Walleiser S, Peña-Rosas JP. Home fortification of foods with multiple micronutrient powders for health and nutrition in children under two years of age. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011. Sep 7;(9):CD008959.
11. Dewey K.G., Yang Z. & Boy E. (2009). Systematic review and meta-analysis of home fortification of complementary foods. *Maternal & Child Nutrition* 5(4): 283–321.
12. Documento Técnico: Consejería Nutricional en el marco de la atención de salud materno, INS/MINSA 2010.
13. El Peruano 2006 (<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/254/DS012-2006-SA.pdf>)
14. ENDES INEI. Perú, 2013 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
15. ENDES INEI 2014, Indicadores de resultados de los programas estratégicos. Resultados 2014 anual.

16. ENDES INEI. 2015. Principales Indicadores de los Programas Presupuestales 2015.
17. Geltman P.L., Hironaka L.K., Mehta S.D., Padilla P., Rodrigues P., Meyers A.F., et al.(2009). Iron supplementation of low-income infants: a randomized clinical trial of adherence with fumarate sprinkles versus ferrous sulfate drops. *J Pediatr*154:738-43.
18. Gonzales E, Huamán-Espino L, Gutiérrez C, Aparco JP, Pillaca J(2015). Caracterización de la anemia en niños menores de cinco años de zonas urbanas de Huancavelica y Ucayali en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* vol.32 n.3 Lima Jul./Sep. 2015
19. Huamán-Espino L, Aparco JP, Nuñez-Robles E, Gonzáles E, Pillaca J, Mayta-Tristán P. 2012. Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas® y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en Apurímac, Perú. *RevPeruMedExp Salud Publica* vol.29n.3 Lima.
20. Hoddinott J, Alderman H, Behrman JR, Haddad L, Horton S. The economic rationale for investing in stunting reduction. *Matern Child Nutr.* 2013 Sep;9 Suppl 2:69-82. doi: 10.1111/mcn.12088.
21. Hyder SM, Haseen F, Rahman M, Tondeur MC, Zlotkin. 2007. Effect of daily versus once-weekly home fortification with micronutrient Sprinkles on hemoglobin and iron status among young children in rural Bangladesh. *Food and Nutr Bull.* vol 28.no.2 156-164.
22. Ip H., Hyder S.M., Haseen F., Rahman M., Zlotkin S.H. (2007). Improved adherence and anaemia cure rates with flexible administration of micronutrient Sprinkles: a new public health approach to anaemia control. *European Journal of Clinical Nutrition* 63, 165-1727
23. Kaosar Afsana, Mohammad Raisul Haque, Shafinaz Sobhan, Shaima Arjuman Shahin (2014). BRAC's experience in scaling-up MNP in Bangladesh. *Asia Pac J Clin Nutr*;23(3):377-384
24. López-Flores F, Neufeld,LM, Sotres-Álvarez, D; García-Guerra A, Ramakrishnan, U. 2012. Compliance to micronutrient supplementation in children 3 to 24 months of age from a semi-rural community in Mexico. *Salud pública Méx* vol.54 n.5.
25. McLeroy KR1, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. 1988. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q.* Winter;15(4):351-77.
26. MIDIS 2015. Tablero de control para la prevención de la anemia. Documento en construcción.
27. MINSA/DGSP, 2016. Directiva Sanitaria N°068, V.01. Directiva sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con multimicronutrientes y hierro en niñas y niños menores de tres años.
28. MINSA/DGSP, 2014. Directiva Sanitaria N°056, V.01. Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses.
29. MINSA, INS, CENAN, 2012. "Informe de resultados de la ingesta de energía y otros nutrientes en niños de 6 a 35 meses de edad según MONIN 2008-2010" Lima.
30. MINSA 2014. <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2014/04/Lucia-Solis-Situacion-de-Salud-y-Nutricion-Materno-Infantil-en-el-Peru.pdf>
31. Menon P., Ruel M.T., Loechl C.U., Arimond M., Habicht J.P., Pelto G., et al. 2007. Micronutrient Sprinkles reduce anemia among 9- to 24-mo-old children when delivered through and integrated health and nutrition program in rural Haiti. *J Nutr.*137:1023-1030.

32. Munayco CV, Ulloa-Rea ME, Medina-Osis J, Lozano-Revollar CR, Tejada V, Castro-Salazar C, Munarriz-Villafuerte J, De Bustos C, Arias L. 2013. Evaluación del impacto de los multimicronutrientes en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública vol.30 no.2 Lima
33. OMS 2009. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño.
34. OPS Peru. 2012. Informe Técnico: Estado de salud y nutrición de los niños menores de 5 años pertenecientes a las poblaciones indígenas y no indígenas de Bagua y Condorcanqui en la región Amazonas 2012.
35. PAHO/OMS 2003. Guiding principles for complementary feeding the breastfed child.
36. **Rah JH**, dePee S, Kraemer K, Steiger G, Bloem MW, Spiegel P, Wilkinson C, Bilukha O. Program experience with micronutrient powders and current evidence. J Nutr. **2012** Jan;142(1):191S-6S. doi: 10.3945/jn.111.140004. Epub 2011 Nov 30. Review.
37. Scaling up Nutrition 2014. <http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2014/05/SUN-LR-Peru-Profile-Spa-72dpi-Rev.pdf>.
38. Scaling up nutrition 2015. <http://www.care.org.pe/wp-content/uploads/2015/06/ANALISIS-DEL-EXITO-EN-LA-LUCHA-CONTRA-LA-DESNUTRICION-ESPANOL-INGLES1.pdf>.
39. SPRING. 2015. Micronutrient Powders Consultation: Lessons Learned for Operational Guidance—Meeting Report. Arlington, VA: Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) project.
40. Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, Michaelsen KF, Onyango AW. Matern Child Nutr. 2013. Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. Sep;9 Suppl 2:27-45. doi: 10.1111/mcn.12088.
41. Suchdev PS, Ruth LJ, Woodruff BA, Mbakaya C, Mandava U, Flores-Ayala R, Jefferds ME, Quick R. Selling Sprinkles micronutrient powder reduces anemia, iron deficiency, and vitamin A deficiency in young children in Western Kenya: a cluster-randomized controlled trial. Am J Clin Nutr. 2012 May;95(5):1223-30.
42. UNICEF-CDC. 2011. **Global Assessment of Home Fortification Interventions**, Geneva: Home Fortification Technical Advisory Group, 2013 - <http://hftag.gainhealth.org/resources/global-assessment-home-fortification-interventions-2011#sthash.aFrd4qm6.dpuf>
43. Victora CG, Adair L, et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. The Lancet 2008, volumen 371, Issue 9609, 340-357.
44. Walter, T. 2003. "Effect of iron-deficiency Anaemia on Cognitive Skills and Neuromaturation in Infancy and Childhood". *Food and Nutrition Bulletin* 24, No. 4.
45. WHO. 2011. Guidelines: Use of multiple micronutrient powders for home fortification of foods consumed by infants and children 6–23 months of age. http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/guideline_mnp_infants_children/en/index.html
46. WHO/UNICEF/UNU, 2001. Iron deficiency anaemia: Assessment, Prevention and Control. HO/NHD/01.3 http://www.who.int/nutrition/publications/en/ida_assessment_prevention_control.pdf

47. WHO. Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005: WHO global database on anaemia / Edited by Bruno de Benoist, Erin McLean, Ines Egli et al.
48. WHO, WFP, UNICEF 2006.
http://www.unicef.org/nutrition/files/Joint_Statement_Micronutrients_March_2006.pdf
49. Zavaleta N, Loza D, Egoavil P, Sanchez J, Mosquiera R, Harding K, Neufeld L. 2013. Efficacy of daily and intermittent supplementation with micronutrient powders during 6 and 12 months on anemia in Peruvian infants. ICN Abstract PO1135, IUNS, Granada 2013.
50. Zimmermann MB, Hurrell RF. Nutritional iron deficiency. Lancet 2007; 370:511-20.
51. Zlotkin SH, Schauer C, Christofides A, Sharieff W, Tondeur MC, Hyder SM. Micronutrient sprinkles to control childhood anaemia. PLoS Med. 2005 Jan;2(1):e1.
52. Zlotkin S., Arthur P., Antwi K.Y., Yeung G. (2001). Treatment of anemia with microencapsulated ferrous fumarate plus ascorbic acid supplied as sprinkles to complementary (weaning) foods. *Am J Clin Nutr.* 74:791-5.