



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública

México

Escalante-Izeta, Ericka; Bonvecchio, Anabelle; Théodore, Florence; Nava, Fernanda; Villanueva, María Ángeles; Rivera, Juan Ángel
Facilitadores y barreras para el consumo del complemento alimenticio del Programa Oportunidades
Salud Pública de México, vol. 50, núm. 4, julio-agosto, 2008, pp. 316-324
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10650407>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Facilitadores y barreras para el consumo del complemento alimenticio del Programa Oportunidades

Ericka Escalante-Izeta, M en C Sal,⁽¹⁾ Anabelle Bonvecchio, M en Nut Inter,⁽¹⁾ Florence Théodore, Dra en Soc,⁽¹⁾
Fernanda Nava, M en C Dep,⁽²⁾ María Ángeles Villanueva, M en C Prom Sal,⁽¹⁾ Juan Ángel Rivera-Dommarco, Dr en Nut Inter.⁽¹⁾

Escalante-Izeta E, Bonvecchio A, Théodore F,
Nava F, Villanueva MA, Rivera-Dommarco JA.
Facilitadores y barreras para el consumo
del complemento alimenticio del Programa Oportunidades.
Salud Publica Mex 2008;50:316-324.

Resumen

Objetivo. Determinar y explorar los factores socioculturales que facilitan u obstaculizan el consumo recomendado de un complemento alimenticio (CA) repartido en todo el país como parte del Programa Oportunidades en niños de 6 a 59 meses de edad. **Material y métodos.** Estudio cualitativo en comunidades rurales de los estados de Chiapas y Veracruz. Se realizaron 44 entrevistas semiestructuradas y se organizaron 25 grupos focales de madres beneficiarias e informantes clave. El análisis se efectuó bajo el enfoque fenomenológico. **Resultados.** Los facilitadores fueron gratuidad, gran accesibilidad, aceptabilidad favorable del CA y alta credibilidad de las madres en las recomendaciones médicas; las barreras fueron problemas de almacenamiento y distribución, condiciones de pobreza, dilución intrafamiliar, creencias y conocimientos. **Conclusión.** Los resultados permitieron sugerir elementos para promover el CA, así como identificar las incongruencias culturales y sociales entre las recomendaciones del programa y las prácticas y preferencias de la población objetivo.

Palabras clave: suplemento nutricional; desnutrición; alimentación infantil; Programas de Alimentación Complementaria; México

Escalante-Izeta E, Bonvecchio A, Théodore F,
Nava F, Villanueva MA, Rivera-Dommarco JA.
Facilitators and barriers for the consumption
of a micronutrient supplement.
Salud Publica Mex 2008;50:316-324.

Abstract

Objective. To define and explore the sociocultural factors that could enhance (facilitators) or interfere with (barriers) the adequate consumption of a nutritional supplement (NS) by children from 6 to 59 months of age, provided as part of the national program Oportunidades. **Material and Methods.** Qualitative study in rural communities of Chiapas and Veracruz. Forty-four semi-structured interviews and 25 focus groups were conducted with mothers and other key informants. The framework analysis approach was used. **Results.** Facilitators. The NS is free, is highly accessible, is positively accepted and mothers believe the physicians' recommendations. Barriers. Lack of adequate storage and distribution, poverty conditions, intrahousehold dilution (within the family members), beliefs regarding child feeding and the purpose of the NS. **Conclusion.** Results shows the incongruence between the Program's recommendations and the preferences and practices of the target population and provides important elements to be considered in the promotion of the NS.

Key words: nutritional supplement; malnutrition; infant feeding; nutrition programs; supplementary feeding; Mexico

El presente trabajo se presentó como ponencia en el XI Congreso de Investigación en Salud Pública, llevado a cabo del 2 al 4 de marzo de 2005 en el Instituto Nacional de Salud Pública, en Cuernavaca, Morelos, México.

(1) Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México.

(2) Universidad La Trobe. Melbourne, Australia.

Fecha de recibido: 8 de agosto de 2007 • Fecha de aprobado: 8 de abril de 2008

Solicitud de sobretiros: Mtra. Anabelle Bonvecchio Arenas. Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.
Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán. 62508 Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: bonvecchio@correo.insp.mx

La anemia por deficiencia de hierro en la población infantil mexicana ha sido un grave problema de salud durante varias décadas.¹ Con la finalidad de contrarrestarla, el gobierno federal instituyó en 1997 el Programa Progres, ahora Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Este programa tiene cobertura nacional y sus acciones se dirigen a mejorar las condiciones de educación, salud y alimentación de la población que vive en condiciones de extrema pobreza.² Es un programa de transferencia de dinero a cambio de corresponsabilidad: los beneficiarios deben asistir a las consultas y charlas de salud y nutrición y darles el CA a los niños.³

El componente nutricional del programa pretende prevenir la desnutrición de los niños de 6 a 23 meses de edad, así como corregirla en los niños de 24 a 59 meses de edad con peso bajo.⁴ Para cumplir este objetivo, el programa distribuye a los niños un complemento alimenticio (CA) elaborado con leche en polvo y fortificado con 100% de los micronutrientes y macronutrientes (hierro, zinc, ácido fólico y vitaminas) requeridos diariamente para asegurar su crecimiento y desarrollo.^{5,6}

La norma de *Oportunidades* prevé la distribución mensual de cinco sobres del complemento a las madres beneficiarias en los centros de salud, después de la revisión del estado nutricional del niño.⁷ El producto no es extensivo a los niños no beneficiarios o los mayores de 23 meses de edad que no sufren bajo peso.⁸

Se han demostrado efectos nutricionales positivos del complemento en el estado nutricional de los niños, incluidas la mejor talla para la edad y la menor prevalencia de anemia.⁹ Sin embargo, el efecto ha sido menor al esperado, tal vez porque sólo 57% de los niños lo consume de manera regular (≥ 4 veces por semana en un periodo mayor de seis meses).⁹

Para preparar el CA, *Oportunidades* recomienda disolver cuatro cucharadas de polvo (44 g) del producto en tres cucharadas de agua (15 ml), hasta obtener un preparado semilíquido para su consumo. Se aconseja que el niño lo ingiera una vez al día y se le ofrezca como complemento diario de la alimentación regular.⁷

Zarco y colaboradores⁸ señalaron que la población infantil aceptaba de forma favorable el complemento, con preferencia por la consistencia líquida; empero mencionan que diversos factores inherentes al programa interfieren con el consumo.

Para lograr que las madres siguieran las recomendaciones del programa y mejorar su efecto potencial en el estado nutricional de los niños beneficiarios, se diseñó una intervención de comunicación educativa basada en la investigación formativa y los principios básicos de la mercadotecnia social.¹⁰

La mercadotecnia social, entendida como la aplicación de conocimientos y metodologías de la mercadotecnia tradicional a los temas sociales, ha demostrado ser un enfoque efectivo para el diseño de intervenciones para la modificación de comportamientos.¹¹ Esta modalidad considera el uso de la investigación formativa, previa obtención de información detallada sobre las personas, y el contexto en el que se desarrolla la intervención.¹² La investigación formativa permite la retroalimentación constante entre el investigador y la comunidad, persigue la transformación social y supone la necesaria articulación de la investigación, la educación y la acción.¹¹ Este tipo de investigación se emplea para el diseño y planificación de programas de comunicación educativa culturalmente adaptados.¹³

El presente estudio es parte de la investigación formativa que se realizó antes del diseño de la intervención para promover el consumo recomendado del complemento y se sustenta en la fenomenología,¹⁴ una teoría que concibe la realidad como una construcción elaborada a partir de la comunicación e interacción entre los individuos en la cotidianidad. El uso y el consumo del CA dependen de una visión funcional del mundo, que permite al individuo o grupo dar sentido a sus conductas y comprender, definir y adaptar un lugar a su propia realidad.¹⁵ En el uso y consumo del CA intervienen múltiples actores, cada uno con su forma propia de entender y experimentar la alimentación y la desnutrición.

El objetivo del estudio fue identificar y explorar los factores que facilitan u obstaculizan el consumo y uso del CA, tal y como los recomienda *Oportunidades*.

Material y métodos

Se trata de un estudio cualitativo en el cual se efectuaron 44 entrevistas individuales semiestructuradas, 30 a madres de niños beneficiarios y 14 a informantes clave, tales como médicos y enfermeras. Se realizaron 25 grupos focales, 16 con madres y nueve con informantes. El número de entrevistas y grupos focales se determinó por saturación teórica de la información^{16,17} en relación con tres temas: a) la salud y enfermedad de los niños b) la alimentación infantil y c) el complemento y su promoción.

La Comisión de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública México aprobó este estudio. Durante los años 2003 y 2004 se trabajó en cuatro comunidades rurales: dos mestizas del estado de Veracruz y dos indígenas (tzotziles) de Chiapas. Ambos estados se eligieron por tener elevados niveles de pobreza, estar en el programa en funcionamiento por más de tres años y contar con el mayor número de beneficiarios de *Oportunidades*. Se

buscó comparar las coincidencias y divergencias de ambos estados con la finalidad de evaluar la pertinencia de aplicar las mismas medidas de comunicación educativa para ambos tipos de localidades, o bien para determinar si las comunidades indígenas requerían un programa de comunicación diferente.

Se invitó a participar a las madres beneficiarias que recibieran el CA para sus hijos. Se identificaron a través de listados obtenidos con la ayuda de los representantes de salud de cada comunidad. Asimismo, se invitó a informantes clave (médicos y enfermeras), todos vinculados de manera directa o indirecta con el control, distribución o promoción del complemento.

Para validar la información recolectada, se trianguló¹⁸ por actores para comparar e integrar el discurso de las madres con el del personal de salud) y por técnicas (grupos focales y entrevistas). Esto permitió controlar los posibles sesgos y errores de entrevistadores (entre unos y otros y entre sí mismos),¹⁸ grupo conformado por profesionales de la nutrición y de las ciencias sociales; todos recibieron capacitación, pero no siempre fueron los mismos para cada herramienta.

Para el análisis se consideraron en primera instancia las categorías preestablecidas referentes a las prácticas indicadas por las madres y el personal de salud sobre el uso y el consumo del complemento. En segunda instancia, en categorías emergentes, se exploraron sus representaciones sociales, cercanas o alejadas, de un saber médico occidental.

Como puntos principales, se identificaron los facilitadores y barreras determinantes del consumo del complemento. El conjunto de factores que podían obstaculizar el uso y consumo recomendados del CA se definieron como “barreras”, mientras que los “facilitadores” se consideraron los elementos que podían contribuir al consumo y uso apegados a las recomendaciones de *Oportunidades*.

En principio se presentan (figuras 1 y 2) las principales representaciones relacionadas con el complemento y la alimentación infantil identificadas en el discurso de las madres e informantes, las prácticas de uso y consumo del complemento y las características logísticas del programa. En una segunda parte, dichas representaciones y prácticas son el objeto de discusión, como barreras u oportunidades (figura 3) para seguir las recomendadas propuestas por el Programa Oportunidades.

Resultados

Representación social de la nutrición infantil y el complemento

La representación materna de la alimentación infantil se basa en la propia experiencia de las madres con sus

hijos. Éstas mencionaron que los niños bien alimentados son aquellos que están saludables, corren, juegan, se ven robustos, son alegres y fuertes. Estas características se identificaron también como beneficios aportados por el CA, además de la mejoría de la inteligencia y el aumento de peso. Las madres refirieron que el CA tiene vitaminas (concepto entendido como positivo dentro de la alimentación en general) y evita enfermedades:

“Es que el niño (...) desde que les dan la papilla he visto que crecen más rápido, los niños se ven más gorditos, se enferman menos” (madre, Chiapas).

También se atribuyen efectos secundarios al CA, como diarrea, vómito o empacho (el alimento se “pega” en el estómago) y prefieren ya no recibirlo:

“Yo digo que algunas señoras no dan papilla porque, como yo con mi niña, les cae pesada, dicen que se les descompone del estómago” (madre, Veracruz).

A pesar de que los niños experimentan estos malestares, desde el punto de vista de los médicos no se relacionan con el CA *per se*, sino más bien con problemas de higiene durante la preparación.

Costumbres de alimentación infantil

Las costumbres de alimentación, definidas como prácticas sociales arraigadas, influyen también en el consumo del CA. Las mujeres no suelen preparar alimentos exclusivos para los niños, sino para toda la familia, sobre todo en las localidades tzotziles.

A diferencia de sus costumbres de compartir los alimentos en familia, las mujeres se enfrentan a la difícil situación de dar el complemento sólo a algunos de sus hijos, sin incluir a otros y al resto de la familia.⁸ Más aún, algunas madres sugirieron que el CA se repartiera al menos para todos los niños del hogar:

“Por ejemplo, cuando le dan papilla sólo a la que tiene tres años (por desnutrición), sólo come ella y los otros empiezan a llorar y da lástima. Entonces, yo sí veo ahí un problema, por eso pienso que les deben de dar parejo” (madre, Veracruz).

Sabor y consistencia del complemento

El sabor es del agrado de la mayoría de los niños, aunque en ocasiones se lo califica como “muy dulce”. Prefieren consumirlo en forma líquida y no en consistencia semisólida, como lo recomienda el Programa. Según las madres, la forma líquida atenúa el sabor dulce y es más

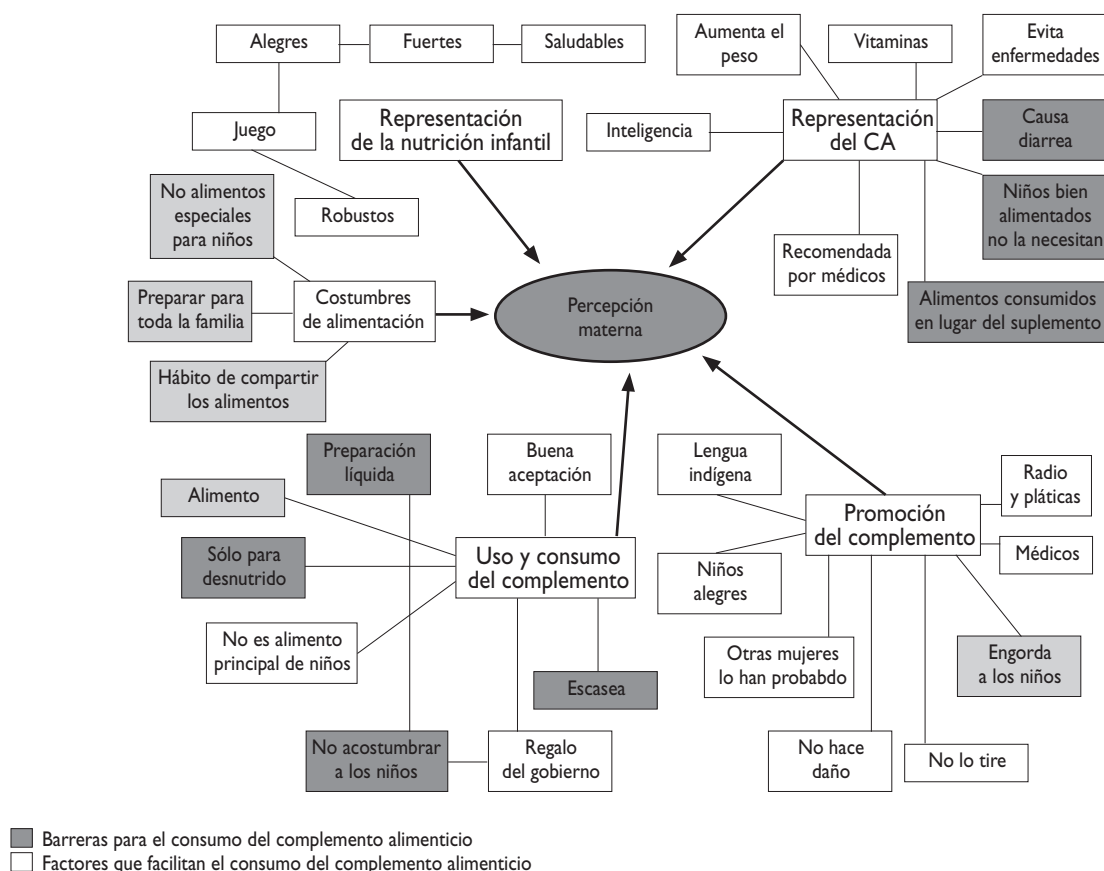


FIGURA 1. FACTORES SOCIALES Y CULTURALES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DEL COMPLEMENTO ALIMENTICIO DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES, MÉXICO. PERSPECTIVA DE LAS MADRES

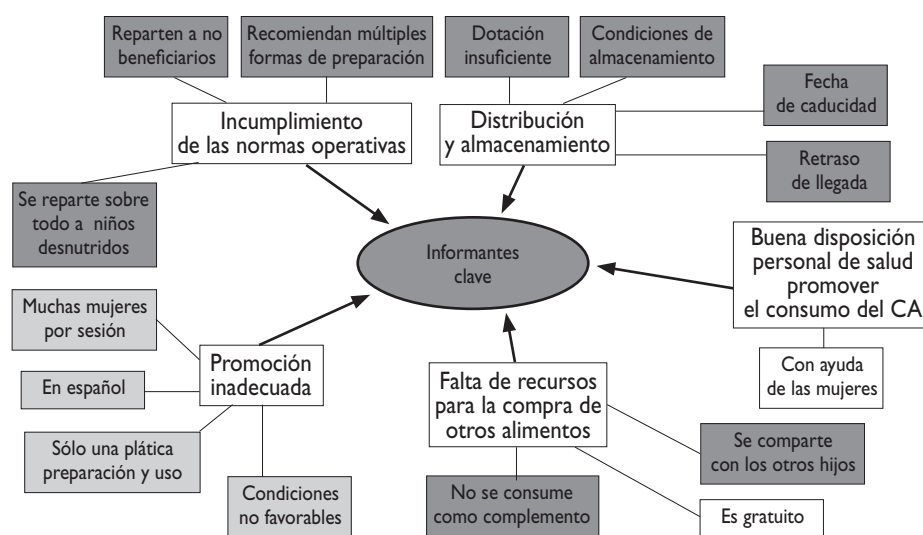


FIGURA 2. FACTORES SOCIALES Y CULTURALES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DEL COMPLEMENTO ALIMENTICIO DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES, MÉXICO. INFORMANTES CLAVE

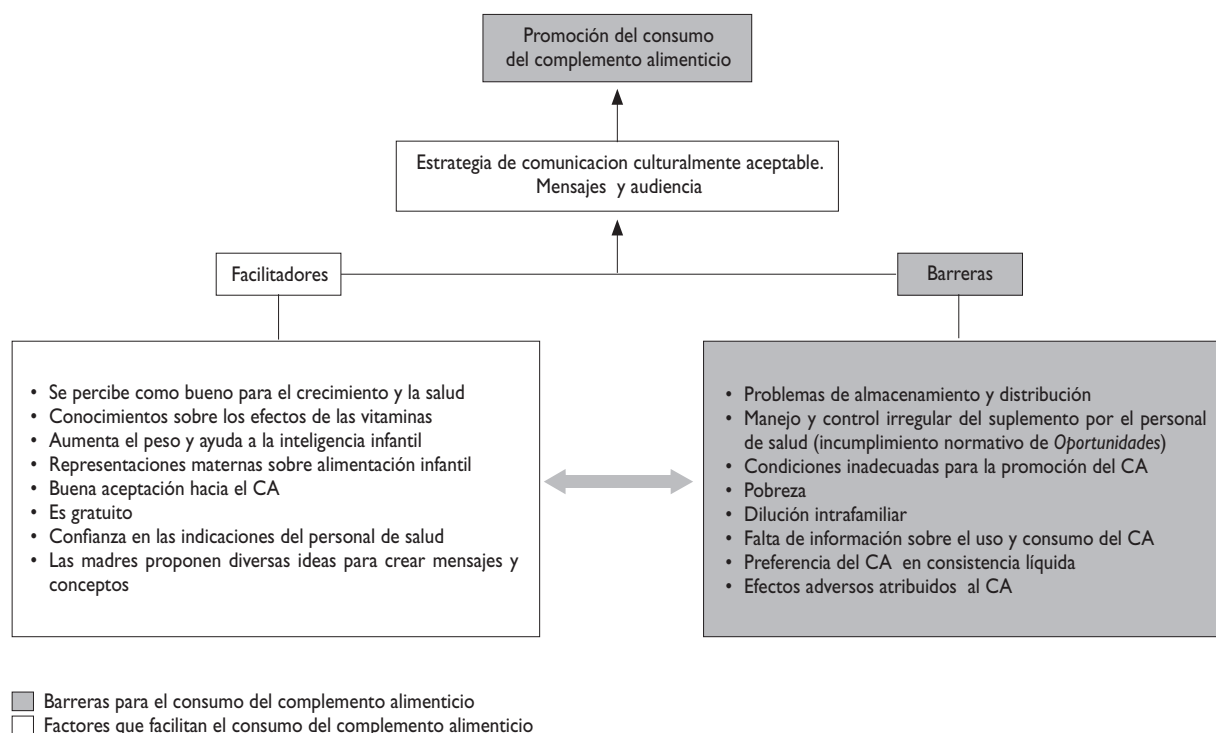


FIGURA 3. BARRERAS Y FACILITADORES QUE FUNDAMENTAN UNA INTERVENCIÓN DE COMUNICACIÓN EDUCATIVA PARA PROMOVER EL CONSUMO DE UN COMPLEMENTO ALIMENTICIO DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES, MÉXICO

fácil de darla al niño (a menudo en biberón). Además, las mujeres indican que los niños prefieren esa consistencia, les alcanza para consumirla más veces al día, evita que se ahoguen y pueden compartirla con otros miembros de la familia:

“Yo se la doy espesa y aguada, pero más aguada porque así se la toma mejor” (madre, Veracruz).

Beneficios económicos

Las madres y el personal de salud mencionaron que el complemento es una “ayuda”, ya que al recibirlo de manera gratuita ahorra la compra de otros alimentos, en especial la leche:

“Otras mamás [no incluidas en el Programa Oportunidades] gastan más en la leche para que no se desnutran y a las que nos dan Progresá [Oportunidades] gastamos menos, porque a veces les damos su papilla y a veces su leche y ya nos ahorramos” (madre, Veracruz).

La preparación líquida, aunada a la gratuidad, ha contribuido a que el complemento se convierta en

algunos hogares en un alimento básico y sustituya a la leche. Aunque esto representa una oportunidad desde la óptica de la madre, podría considerarse como una barrera desde la perspectiva programática, ya que ha sustituido al consumo de un alimento.

A pesar de que ninguna de las mujeres aceptó de forma abierta vender o tirar el CA, algunas mencionaron que sus vecinas o conocidas lo hacen, ya sea por ganar dinero o tan sólo porque no se lo dan a los niños:

“Hay muchas compañeras que la venden y con eso ganan dinero. Dice el doctor: ‘no la vendan, esto es para los niños’, nos dice bien, pero nosotras somos las que no obedecemos” (madre, Chiapas).

Focalización del CA (todos los niños menores de 23 meses y los de 24 a 59 meses de edad con bajo peso)

Tanto las madres como el personal de salud desconocen para qué población específica está recomendado el consumo del complemento (focalización). Se cree que es un producto exclusivo para niños desnutridos (sin importar su edad). El personal de salud no reconoce

sus propiedades preventivas y lo distribuye sobre todo a los niños desnutridos:

“Es especial para los niños desnutridos y hay que darle diario, para que llegue a normalizar su peso” (informante, Chiapas).

Al observar lo anterior, algunas madres no lo aceptan si su hijo se encuentra en el peso adecuado y agregan que “no lo necesita”. Por otro lado, no desean “acostumbrar” a sus hijos a consumir el complemento, ya que escasea con cierta frecuencia y en un futuro podrían dejar de recibirlo (según sea el gobierno en turno).

Características logísticas del Programa Oportunidades

Se identificaron diversos factores que pueden constituir una barrera para el consumo del complemento. El personal de salud mencionó que en repetidas ocasiones el CA no llega a tiempo a la localidad, lo que retrasa su distribución a las madres:

“No nos surtieron durante un mes y ahora tenemos que repartir la dotación de dos meses” (informante, Chiapas).

También se notificó que algunas veces la dotación resulta insuficiente o excesiva para la localidad. En el primer caso no todas las beneficiarias reciben la cantidad programada. En el segundo, para evitar la caducidad del complemento sobrante se reparte más cantidad de la programada o se distribuye a otras mujeres que no pertenecen a *Oportunidades*:

“Sí, a veces hay que darles nada más cinco sobres (cuando se les debió repartir 10), esta vez nada más les pudimos dar cinco para que todas alcanzaran” (informante, Veracruz).

Sobre el espacio para el almacenamiento del CA, los informantes mencionaron que no existen bodegas o sus condiciones son insatisfactorias, lo que ha dado lugar a que el complemento se torne inservible:

“Se guarda la papilla en una bodega...creo que este lugar es inadecuado, porque parece que hay mucha humedad y algunas papillas se echan a perder” (informante, Veracruz).

Promoción del complemento

Otro factor que limita el consumo es su escasa promoción. Las mujeres asisten a una sola plática relacionada con el CA de los 36 temas de salud que ofrece *Oportunidades*. Estas pláticas se realizan en condiciones poco favorables, con gran número de participantes, en lugares abiertos o muy pequeños, sin suficiente capacidad de audición y expuestos a las condiciones climáticas del momento. En el caso de Chiapas se dan en español, pero la mayoría de las mujeres sólo habla y entiende tzotzil:

“De las pláticas no les gusta que a veces les toca en el rayo de sol afuerita de la clínica” (informante, Chiapas).

Las mujeres valoran las recomendaciones médicas y proponen que sea el mismo personal de salud quien suministre la información sobre el complemento y sus beneficios, con la intención de brindar confianza a las mujeres para darlo a sus hijos:

“Bueno, yo sí pienso que tiene que ser un médico, también puede ser el auxiliar del promotor o la gente que ya conoce. Pienso yo que ellos deben de hacer la demostración, darnos información” (madre, Veracruz).

A pesar de que el personal de salud conforma un grupo numeroso para impartir las recomendaciones sobre el complemento, se ha identificado que ellos mismos sugieren diversas preparaciones con la intención de favorecer su consumo; además, utilizan un lenguaje muy técnico o hablan sólo en español, una gran limitante para las localidades indígenas. A pesar de contar con un traductor de apoyo, no existe una capacitación previa de éste para exponer el tema de manera efectiva y culturalmente comprensible:

“Yo pienso que son los promotores los que deben hablar, porque son los que hablan el idioma (tzotzil). ¿Cómo vamos a entender si el doctor no habla el idioma?, sólo habla español, pero le tiene que enseñar bien al promotor para que él lo diga bien en tzotzil y sepa decirnos” (madre, Chiapas).

Discusión

Este estudio permitió identificar tanto los factores que facilitan como los que obstaculizan el uso y consumo recomendados del CA, distribuido como parte del Programa *Oportunidades* y la interrelación de dichos

factores entre sí. Estos elementos son fundamentales para el diseño de intervenciones que modifiquen comportamientos de salud, ya que deben considerar, entre otros aspectos, las barreras que impiden que la conducta a promover se lleve a cabo.

Los principales facilitadores del consumo del CA se centran en la gratuidad del producto, el conocimiento (necesario, mas no suficiente) de las madres sobre sus propiedades en la salud infantil, su aceptación por parte de los niños y la credibilidad de las madres en las recomendaciones emitidas por el personal de salud en general y para el consumo del CA en particular. Estos resultados coinciden con los de Zarco,⁸ Escobar¹⁹ y Flores,²⁰ quienes mencionan que la aceptación del CA es favorable y los niños gustan de su sabor.

Entre las barreras se identifican las representaciones maternas de efectos adversos o malestares que ocasiona el CA (diarrea y vómito). Cabe mencionar que la bibliografía no registra dichos efectos.^{20,21} Además, el complemento contiene zinc, que se ha vinculado con una disminución de la frecuencia y duración de las diarreas.²² Los efectos adversos percibidos pueden explicarse por higiene deficiente en la preparación del complemento o la falta de costumbre del niño a un alimento nuevo, como puede suceder con cualquier otro.^{23,24} El Programa Oportunidades debe considerar esta representación para la promoción del complemento.

Además, se han reconocido tres aspectos que constituyen una barrera para el consumo recomendado del CA: a) los alimentos de los niños pequeños tienen casi siempre una consistencia líquida, no semisólida, como se sugiere el complemento, b) es común compartir los alimentos disponibles en el hogar con todos los miembros de la familia y la nutrición de los niños pequeños no requiere mayor atención y c) en los grupos indígenas estudiados no existe la costumbre de preparar alimentos específicos para niños pequeños, condición inherente al complemento.

La recomendación programática del consumo del CA en forma de papilla es consistente con las sugerencias de alimentación complementaria del niño amamantado que propuso la OMS.²³ Éstas señalan que el consumo de alimentos infantiles líquidos puede disminuir el consumo de leche materna y la densidad energética necesaria para cubrir los requerimientos de energía y nutrientes de los niños pequeños, en virtud de su limitada capacidad gástrica.

Rosado y colaboradores²¹ plantean que el CA se diseñó con alta tecnología a partir de las recomendaciones internacionales y las preferencias organolépticas de la población objetivo, pero sin tomar en cuentas las características socioculturales.

De modo adicional, Nava y colaboradores²⁵ demostraron que el consumo del complemento en forma líquida no representa riesgo de desplazamiento de micronutrientes y macronutrientes en la dieta de niños de 12 a 24 meses de edad, si bien no incluyeron a niños de 6 a 12 meses. Por consiguiente, sus conclusiones no son apropiadas para sugerir el consumo del CA de forma líquida.

Resulta claro pues que durante el diseño de los productos para mejorar la alimentación complementaria deben preverse (antes de su distribución) no sólo los aspectos técnicos desde el punto de vista nutricional, sino también los aspectos socioculturales, hábitos y costumbres de la población objetivo.²⁶

Por otra parte, las condiciones de pobreza extrema e inseguridad alimentaria no permiten que los alimentos disponibles en el hogar se destinen a un solo miembro de la familia, en particular ante la presencia de otros niños. Sin embargo, desde la postura del programa, dado que los recursos no son ilimitados, es necesario establecer prioridades para la focalización, basados entre otros aspectos en la vulnerabilidad biológica.²⁷ Es por ello que se concede prioridad al niño de seis meses a dos años y a los niños menores de cinco años con algún grado de desnutrición. Al compartir el CA entre otros miembros de la familia, la dotación mensual no alcanza para el niño a quien está destinado y la alimentación infantil sigue sin tener un lugar prioritario dentro del hogar.

Con la finalidad de promover la seguridad alimentaria del hogar, *Oportunidades* aporta una cuota de dinero en efectivo para mejorar la alimentación de la familia³ y, al mismo tiempo, trata de suministrar especial protección a los niños en edades vulnerables a través del CA. No obstante, es preciso garantizar que las madres distingan de manera adecuada entre los destinatarios específicos de cada uno de sus componentes y fomentar el uso de los recursos monetarios para la compra de alimentos. En este punto se cuestiona lo siguiente: ¿cómo podrían los programas articular dos lógicas diferentes, por un lado la de costo-beneficio que se busca a través de la focalización de los componentes del programa y, por otro, la cultural, en la cual las familias comparten todo lo disponible en el hogar en busca del bienestar colectivo?

Se puede afirmar que las costumbres de alimentación infantil son para las madres la principal barrera para "cumplir" las recomendaciones del complemento. En consecuencia, ¿es preciso modificar las costumbres alimentarias para que se ajusten al programa? o, por el contrario, ¿los programas nutricionales deben buscar la forma de integrar el conocimiento médico con lo cotidiano? Los autores recomiendan lo segundo y reco-

nocen que, desde la visión biomédica, algunas prácticas deben modificarse, por ejemplo disminuir el empleo de alimentos líquidos durante la ablactación²⁸ y enfatizar la importancia de la alimentación de los menores de dos años.

Otro punto es asegurar que las mujeres no relacionen el programa con causas electorales, ya que como se mostró en los resultados, algunas mencionaron no querer acostumbrar al niño al complemento ya que dependía del gobierno en turno. Esto requiere investigación más detallada y profunda.

Al igual que en otros estudios,^{8,19,29} desde la perspectiva del personal de salud, la principal barrera para el consumo recomendado del CA se relaciona con la operación del programa, en especial la falta de infraestructura para la distribución o almacenamiento del complemento. También se observó que el personal médico debe ampliar sus conocimientos sobre las recomendaciones para el consumo del CA y el periodo de mayor vulnerabilidad biológica y nutricional de los niños, ventana crítica para prevenir la desnutrición. En realidad, no se percibió el complemento como una herramienta para la prevención de la desnutrición infantil, quizá porque también se almacena y distribuye en el centro de salud como cualquier otro medicamento (sólo que requiere mucho más espacio y control burocrático) y uno de los condicionantes de su distribución es la desnutrición.

Por otro lado, el personal de salud requiere opciones concretas para afrontar el dilema ético de ofrecer el complemento a unos niños sí y a otros no, razón por la que distribuyen el CA fuera de la norma. Además, es necesario sensibilizarlo en las características multiculturales de la población a la que atiende, con la intención de no responsabilizar a las madres de no "cumplir" las recomendaciones del programa. Es necesario fomentar el respeto a las diferencias y buscar de manera conjunta opciones de acción. Pese a ello, las características propias del complemento no dejan muchas alternativas, ya que las recomendaciones⁶ para su uso y consumo son poco flexibles. Por ello, el personal de salud ha optado por "enseñar" diversas recetas de preparación del complemento (para que se consuma de la manera que sea), con la finalidad de promover su consumo y evitar su caducidad en la clínica.

Una opción tentativa consiste en mejorar en buena medida la difusión de las recomendaciones del complemento, su forma de preparación y focalización, sus beneficios en la alimentación infantil y las ventajas de prevenir la desnutrición en los niños durante los dos primeros años de vida. Deben procurarse las sesiones en grupos pequeños, espacios adecuados e intentar atenuar la barrera del lenguaje.³⁰

A su vez, es preciso sensibilizar al personal de salud

en relación con las ventajas que tiene invertir tiempo y esfuerzo en la vigilancia nutricional, los informes burocráticos y la difusión del complemento.

Una limitante notoria del estudio es que las participantes, al ser cuestionadas sobre el Programa Oportunidades y sus componentes, respondían con temor de perder algunos de sus beneficios, aunque al inicio de la entrevista se les aclaró que el equipo de investigación no formaba parte de *Oportunidades* y que la información era confidencial y su participación voluntaria.

Los resultados finales permitieron conocer factores que facilitan y otros que dificultan el consumo y uso recomendados del complemento alimenticio distribuido por *Oportunidades*. La información permitió diseñar una estrategia de promoción ajustada, en el mayor grado que fue posible, al contexto de la población objetivo. Vale la pena destacar que la problemática puede ser muy distinta en otras comunidades del país que reciben el complemento, por lo que los determinantes del consumo del CA podrían diferir de los expuestos en este estudio.

Referencias

1. Villalpando S, Shamah-Levy T, Ramírez-Silva I, Mejía-Rodríguez F, Rivera J. Prevalence of anemia in children 1 to 12 years of age. Results from a nationwide probabilistic survey in Mexico. *Salud Publica Mex*, 2003;45: S490-S498.
2. Rivera JA. Estrategias y acciones para corregir deficiencias nutricias. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2000;57:641-649.
3. Fernald L, Gertler P, Neufeld L. Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's *Oportunidades*. *Lancet* 2008;371:828-837.
4. Rivera JA, Rodríguez G, Shamah T, Rosado JL, Casanueva E, Maulén I, et al. Implementation, monitoring and evaluation of the nutrition component of the Mexican social program (PROGRESA). *Food Nutr Bull* 2000;21:35-42.
5. Bonvecchio A, Pelto GH, Escalante E, Monterrubio E, Habicht JP, Nava F, et al. Maternal knowledge and use of a micronutrient supplement was improved with a programmatically feasible intervention in Mexico. *J Nutr* 2007;137(2):440-446.
6. Rosado JL, Rivera JA, López G. Development, production and quality control of nutritional supplements for a national supplementation program in Mexico. *Food Nutr Bull* 2000;21(1):30-34.
7. Manual para el suministro y control del suplemento alimenticio. Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. 2006. [Consultado el 2 de agosto de 2007] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/pagina_principal/manual_cont_sum_sup_alim/manualimportancia.htm..
8. Zarco A, Mora G, Pelcastre B, Flores M, Bronfman M. Aceptabilidad de los suplementos alimenticios del programa Oportunidades. *Salud Publica Mex* 2006;48(4):325-331.
9. Rivera J, Sotres-Alvarez D, Habicht J, Shamah-Levy T, Villalpando S. Impact of the Mexican Program for Education, Health and Nutrition (ProgresA) on rates of growth and anemia in infants and young children. A randomized effectiveness study. *JAMA* 2004;291(21):2563-2570.
10. Bonvecchio A, Nava F, Escalante E, Villanueva M, Safdie M, Rivera J. Final research report: International Program to Prevent and Control

Micronutrient Malnutrition in Mexico. USA: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2004.

11. Andreasen A. Marketing for social change: changing behavior to promote health, social, development, and the environment. San Francisco, CA: Joseey Bass, 1995.

12. Rasmuson MR, Seidel RE, Smith WA, Booth EM. 1988 Communication for child survival. Washington, DC: Academy for Educational Development, 1988.

13. CDCynergy. Centers for Disease and human Services. Department of Health and Human Services. [Consultado el 2 de febrero 2008]. [Consultado el 2 de febrero 2008]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/HealthComm/cdcynergy.htm#What>.

14. Rothe P. Undertaking Qualitative Research. Concepts and cases in injury, health and social life. Canada: University of Alberta Press, 2000.

15. Abric JC. Pratiques sociales et représentations. Paris: PUF, 1994.

16. Creswell J W. Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches. 2nd edition EUA: SAGE, 2003:196.

17. Mayan M. An introduction to qualitative methods: a training module for students and professionals. Alberta, Canada: Qual Institute Press, 2001.

18. Arias MM. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. En: Mercado JF, Gestaldo D, Calderón C, eds. Paradigmas y diseños de investigación cualitativa en salud: una antología iberoamericana. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 2002.

19. Escobar E, González-de la Rocha M. Evaluación cualitativa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Seguimiento de impacto 2001-2002. México: CIESAS, 2002.

20. Flores M, Safdie M, Sotres D, Rivera J. Evaluation of the acceptability and intake by women and children of nutritional supplements fortified with three forms of iron. *Experimen Biol* 2003; Abstract No LB371.

21. Rosado JL, Rivera M, López G, Solano L, Rodríguez G, Casanueva E et al. Desarrollo y evaluación de suplementos alimenticios para el Programa de Educación, Salud y Alimentación. *Salud Pública Mex* 1999;41:153-162.

22. Ruel M, Rivera JA, Santizo MC, Lönnnerdal B, Brown K. Impact of zinc supplementation on morbidity of diarrhea and respiratory infections among rural Guatemalan children. *Pediatrics* 1997;99(6):808-813.

23. Organización Mundial de la Salud. Manual de alimentación complementaria: alimentos familiares para niños amamantados. Ginebra: OMS, 2000.

24. Motarjemi Y. Research priorities on safety of complementary feeding. *Pediatrics* 2000;106(5):S1304-S1305.

25. Nava F, Bonvecchio A, Flores M, Escalante E, Safdie M, Rivera J. Informe cuantitativo de la ingesta y adecuación de macronutrientes y energía de la fase experimental del proyecto "Implementación de un plan de comunicación para mejorar el consumo del suplemento Nutrisano en niños Mexicanos" (2ª fase). Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.

26. Pelto GH. Improving feeding practices: current patterns, common constraints, and the design of interventions. *Food Nutr Bull* 2003;24(1):45-82.

27. Caulfield LE, Huffman SL, Piwoz EG. Interventions to improve the complementary food intakes of 6 to 12 month old infants in developing countries: impact on growth, prevalence of malnutrition, and potential contribution to child survival. *Food Nutr Bull* 1999;20:183-200.

28. Gonzalez-Cossio T, Rivera-Dommarco J, Moreno-Macias H, Monterrubio E, Sepulveda J. Poor compliance with appropriate feeding practices in children under 2 in Mexico. *J Nutr* 2006;136:2928-2933.

29. Villalobos V, Neufeld L, Treviño S, Escalante-Izeta E. La disponibilidad del suplemento fortificado Nutrisano en los hogares urbanos: un enfoque cualitativo. Tesis de maestría en ciencias de la salud. Cuernavaca: Escuela de Salud Pública de México, 2005.

30. Making Health Communication Program Works. US Department of Health and Human Services. Washington, DC: National Institute of Health Publication, N°02-5145. Sept. 2002.