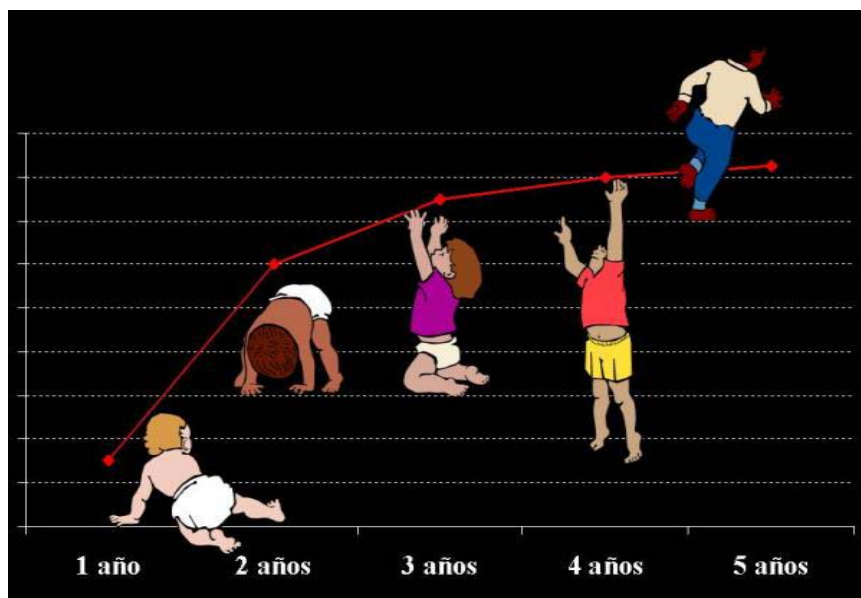


PROMOCIÓN DE LOS NUEVOS ESTÁNDARES DE LA OMS PARA EL CRECIMIENTO DEL NIÑO

9 y 10 de diciembre de 2004
Cuernavaca, México



Informe de la reunión regional

Unidad de Nutrición
Área de Salud Familiar y Comunitaria
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)



Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C.
2005

PROMOCIÓN DE LOS NUEVOS ESTÁNDARES DE LA OMS PARA EL CRECIMIENTO DEL NIÑO

**9-10 de diciembre de 2004
Cuernavaca, México**

Informe de la reunión regional

**Unidad de Nutrición
Área de Salud Familiar y Comunitaria
Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)**



**Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C.
2005**

© Organización Panamericana de la Salud, 2005

La Organización Panamericana de la Salud se reserva todos los derechos sobre este documento, el que se puede revisar, resumir, citar, reproducir o traducir libremente, en parte o en su totalidad, con el debido crédito a la OPS; pero no puede destinarse a la venta ni usarse con fines comerciales.

Este documento está disponible en línea en: www.paho.org.

Toda petición de información sobre otros documentos y publicaciones de la Unidad de Nutrición, así como cualquier consulta sobre este informe, deben dirigirse a:

Unidad de Nutrición (FCH/NU)
Área de Salud Familiar y Comunitaria
Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, DC 20037-2895

AGRADECIMIENTOS

La Unidad de Nutrición de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) expresa su gratitud al Centro de Investigación en Nutrición y Salud del Instituto Nacional de Salud Pública de México (CINyS/INSP) por ser anfitrión de esta reunión regional. La Dra. Mercedes de Onís (OMS) y el Dr. Cutberto Garza (UNU) merecen una especial gratitud no sólo por su trabajo continuo e inestimable para la elaboración de los nuevos estándares de crecimiento, sino particularmente por su orientación y apoyo para hacer posible esta reunión.

El informe de esta reunión fue preparado por la Sra. Sunny Kim, oficial técnica de la Unidad de Nutrición de la OPS.

ÍNDICE

SIGLAS.....	i
ANTECEDENTES.....	1
Objetivos de la reunión	3
SESIÓN 1: INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CRECIMIENTO DEL NIÑO Y DEL ESTUDIO MULTI-CENTRO DE LAS REFERENCIAS DEL CRECIMIENTO DE LA OMS (MGRS).....	4
Repercusión del crecimiento temprano en la salud a lo largo de la vida	4
Nuevos estándares de la OMS para el crecimiento del niño: ¿Por qué? ¿Cómo? ¿Qué viene después?	5
Discusión.....	8
SESIÓN 2: PRÁCTICAS ACTUALES EN EL USO DE LAS GRÁFICAS DE CRECIMIENTO	12
Uso actual de las gráficas de crecimiento del niño en la Región: Resultados de los cuestionarios.....	12
Referencias del crecimiento: Un instrumento en el contexto de la Atención Primaria de Salud.....	13
Discusión.....	14
SESIÓN 3: EXPERIENCIAS DE CADA PAÍS EN EL USO DE LAS GRÁFICAS DE CRECIMIENTO	16
Brasil.....	16
Chile.....	17
Ecuador.....	19
Guatemala.....	20
México.....	22
Discusión.....	23
SESIÓN 4: EL MARCO DE ADOPCIÓN Y EL PLAN DE DIFUSIÓN DE LOS NUEVOS ESTÁNDARES DE CRECIMIENTO EN LA REGIÓN	26
Elaboración del marco de adopción y del plan de difusión regional	26
Discusión.....	30
LOS SIGUIENTES PASOS.....	32
BIBLIOGRAFÍA	33
Anexo 1: Lista de participantes.....	34
Anexo 2: Programa de la reunión.....	39

SIGLAS

Indicadores antropométricos:

P/E	peso para la edad
T/E	talla/longitud para la edad
P/T	peso para la talla/longitud
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AIN	Atención Integral de la Niñez
ALAPE	Asociación Latinoamericana de Pediatría
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
CINyS	Centro de Investigación en Nutrición y Salud
DE	desviación estándar
IMC	índice de masa corporal
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública (México)
IUNS	Unión Internacional de Ciencias de la Nutrición
MGRS	Estudio Multi-centro de las Referencias del Crecimiento
DPE	desnutrición proteinoenergética
NCHS	Centro Nacional de Estadísticas de la Salud de los Estados Unidos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
SCN	Subcomité de Nutrición de las Naciones Unidas
SLAN	Sociedad Latinoamericana de Nutrición
UNU	Universidad de las Naciones Unidas

ANTECEDENTES¹

Las referencias del crecimiento constituyen una de las herramientas más valiosas y más frecuentemente utilizadas para evaluar la salud y el bienestar de los individuos, los grupos de niños y las comunidades en las que viven.

Dada la importancia del crecimiento normal como un indicador sumario de la salud y en cumplimiento de su función normativa, la OMS convoca periódicamente a diferentes grupos de trabajo y comités de expertos para analizar aspectos relacionados con la antropometría. El Estudio Multi-centro de las Referencias del Crecimiento de la OMS (MGRS por la sigla en inglés) es el resultado directo de las deliberaciones del Grupo de Trabajo sobre el Crecimiento de los Lactantes, a comienzos de los años noventa.

Este grupo de trabajo se encargó de elaborar recomendaciones para el uso e interpretación adecuados de la antropometría en lactantes y niños pequeños, en individuos y poblaciones que vivían en diferentes entornos operativos; identificar y desarrollar datos de referencia para los indicadores antropométricos; proporcionar normas para su uso; y determinar los aspectos cruciales y las brechas en el conocimiento que requerían un desarrollo adicional. Desde el comienzo de sus deliberaciones, el grupo de trabajo se centró en las incongruencias de un aparente crecimiento inapropiado en lactantes sanos amamantados por mujeres bien alimentadas que vivían en ambientes favorables. Estas incongruencias dirigieron la atención del grupo hacia una evaluación de la referencia internacional del crecimiento vigente en el momento, la de la Referencia Internacional de Crecimiento vigente de la OMS y el Centro Nacional de Estadísticas de la Salud de los Estados Unidos (NCHS), y del patrón de crecimiento de lactantes alimentados al pecho, que se estudiaron en condiciones relativamente bien controladas. El análisis y la interpretación de los resultados por parte del grupo de trabajo llevaron a la conclusión de que se necesitaban nuevas referencias y de que había llegado el momento de considerar la elaboración de unas referencias que estuvieran más cerca de los estándares, es decir, que describieran cómo deberían crecer los niños en cualquier entorno, en lugar de describir como crecían los niños en un entorno y momento específicos.

Como respuesta a estos hallazgos y recomendaciones, en 1995 la OMS convocó a un grupo para que preparara un protocolo para la elaboración de nuevas referencias del crecimiento. En 1997, la OMS, en colaboración con varias instituciones de todo el mundo, inició la realización de un estudio multi-país al nivel de comunidad, para elaborar unas nuevas referencias internacionales del crecimiento para lactantes y niños pequeños. Con el poderoso diseño del estudio, un sistema de muestreo que asegura la inclusión de diferentes grupos étnicos de población, personal adiestrado y estandarizado y la solidaridad en los datos recogidos, se esperaba que el MGRS proporcione un conjunto técnicamente válido de herramientas para evaluar el crecimiento y el desarrollo en niños de todo el mundo. La recopilación de datos se terminó a finales de 2003, y para fines de 2005 se espera que los materiales operativos (gráficas de crecimiento, software y materiales de adiestramiento) estén listos para iniciar su difusión y aplicación en cada país. En la figura 1 se muestra el cronograma de actividades.

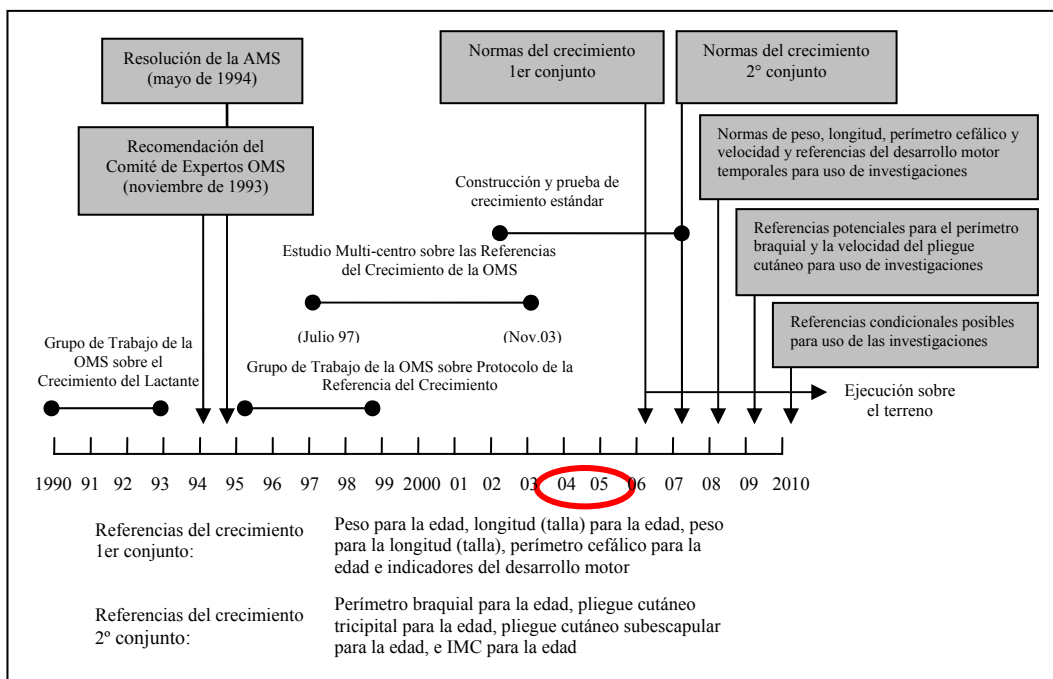
Para preparar la fase de aplicación y como parte de un plan de trabajo mundial más amplio, la OPS/OMS llevó a cabo una consulta regional con la finalidad de promover los nuevos estándares de la OMS para el crecimiento del niño. Para ello divulgó los detalles del MGRS, estudió el uso habitual de las gráficas de crecimiento y las prácticas de vigilancia del crecimiento del niño, analizó las

¹ Extractos adaptados de: Garza C and de Onis M. "Rationale for developing a new international growth reference" Food and Nutrition Bulletin, 2004 March, vol.25, no.1 (Supplement 1), S5-S14.

consecuencias de la aplicación de los nuevos estándares, y elaboró una estrategia de difusión para su adopción en la Región de las Américas. Puesto que se espera que las nuevas normas sean una herramienta inestimable para emprender acciones de mejora de la salud infantil, su aplicación requerirá un amplio compromiso y una coordinación integrada que incluya diversos socios internacionales, nacionales y locales e involucre a diferentes sectores. La Unidad de Nutrición de la OPS, junto con algunos miembros clave del Comité Ejecutivo del MGRS, organizaron la reunión de consulta regional, la primera en la Región, como parte de un proceso a escala mundial, que tuvo su sede en el Centro de Investigación en la Nutrición y la Salud del Instituto Nacional de Salud Pública de México (CINyS/INSP). La reunión, de dos días, se celebró el 9 y 10 de diciembre de 2004, en Cuernavaca, México.

Representantes de los programas de salud materno-infantil, nutrición e inmunización de los diferentes ministerios de salud y representantes de las sociedades pediátricas nacionales de ocho países latinoamericanos, se reunieron para intercambiar las experiencias y enseñanzas aprendidas y analizar las medidas necesarias para mejorar el seguimiento y manejo del crecimiento del niño (véase la lista de participantes en el anexo 1). También participaron varios miembros de la Universidad de las Naciones Unidas (UNU), de la Unión Internacional de Ciencias de la Nutrición (IUNS), de la Universidad de Chile, del Centro de Investigación Epidemiológica del Brasil y de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE), quienes proporcionaron su pericia técnica y perspectivas para la elaboración de un marco de adopción y una estrategia de difusión regionales. Dado que las actividades de vigilancia y promoción del crecimiento infantil implican una amplia diversidad de dependencias gubernamentales, profesionales de la salud, instituciones académicas y otros socios nacionales e internacionales, se invitó a los miembros representativos de esas diferentes entidades para que dialogaran y propusieran cómo hacer abogacía y planificar la aplicación de los nuevos estándares de crecimiento en los diferentes escenarios (véase el programa de la reunión en el anexo 2).

Figura 1. Cronograma de la preparación de los estándares de la OMS para el crecimiento del niño



Fuente: de Onis et al, 2004.

OBJETIVOS DE LA REUNIÓN

Los objetivos de la consulta regional fueron:

1. Examinar la necesidad de nuevos estándares de crecimiento del niño por medio de la descripción de la planificación, diseño y métodos del Estudio Multi-centro de las Referencias del Crecimiento de la OMS;
2. Analizar las prácticas actuales de vigilancia del crecimiento en los países de las Américas con la finalidad de orientar la construcción del marco de adopción más apropiado para la Región;
3. Examinar las consecuencias de la aplicación de los nuevos estándares de crecimiento e identificar y señalar las inquietudes y recomendaciones para su aplicación en el contexto de los servicios de salud de atención primaria; y
4. Definir los próximos pasos.

SESIÓN 1: INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CRECIMIENTO DEL NIÑO Y DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LAS REFERENCIAS DEL CRECIMIENTO DE LA OMS (MGRS)

REPERCUSIÓN DEL CRECIMIENTO TEMPRANO EN LA SALUD A LO LARGO DE LA VIDA

Resumen

Las características genéticas, en interacción con la dieta temprana, las infecciones y otros factores ambientales, tienen efectos sobre la salud y el desarrollo a corto plazo (por ejemplo, sobre el desarrollo del cerebro, el crecimiento muscular y óseo, la composición corporal y la programación metabólica) y a largo plazo (por ejemplo, sobre la capacidad cognoscitiva e intelectual, la inmunidad, la capacidad para el trabajo, las enfermedades no transmisibles y el proceso de envejecimiento). Cualquier nutriente esencial puede condicionar un crecimiento y desarrollo anormales del embrión y de los diferentes órganos. El momento de aparición del déficit o exceso nutricional es decisivo respecto a la posible afectación de la replicación, migración, apoptosis y maduración celulares. Además, los polimorfismos genéticos que influyen en el transporte metabólico de nutrientes o en sus concentraciones tisulares pueden modular estos efectos. Tanto los nutrientes como las sustancias tóxicas interactúan y determinan un crecimiento normal o anormal. Los nutrientes y las hormonas influyen en el crecimiento en los procesos de determinación, multiplicación y expansión celular. La programación de la velocidad de crecimiento también está determinada por la alimentación en la etapa temprana de la vida y la introducción de los alimentos.

Con respecto al retraso del crecimiento, el deterioro del peso se inicia alrededor de los 3 meses de edad y se mantiene a un ritmo rápido hasta aproximadamente los 12 meses. Posteriormente, se mantiene a un ritmo más lento hasta los 18 meses, con una recuperación posterior. El retraso del crecimiento lineal es diferente; se inicia inmediatamente después del nacimiento y continúa hasta el tercer año de vida. El retraso de la talla después de los 2 o 3 años es permanente. Los datos antropométricos durante la recuperación de la desnutrición proteinoenergética (DPE) constatan que la grasa se recupera rápidamente, pero no la talla. Se ha observado que la desnutrición del lactante también afecta al crecimiento de las células cerebrales, limitando el crecimiento cerebral en los grupos en los que el crecimiento lineal está por debajo de las 2 desviaciones estándar (DE).

Las consecuencias del retraso del crecimiento lineal son:

- (a) un riesgo mayor de muerte en condiciones ambientales deficientes;
- (b) puntuaciones inferiores en las pruebas de desarrollo cognoscitivo (coeficiente intelectual) y el desempeño escolar, con tasas particularmente altas de abandono de los estudios;
- (c) una disminución de la masa corporal magra y una capacidad aerobia inferior, que afecta al trabajo físico, incluido el desempeño laboral y deportivo; y
- (d) un riesgo mayor de complicaciones del parto y retraso del crecimiento fetal (efecto transgeneracional del retraso temprano del crecimiento).

En 2003, 60% de las defunciones entre los niños menores de 5 años se asociaban a la desnutrición. El riesgo de mortalidad aumenta exponencialmente con una nutrición deficiente. Entre los lactantes, el riesgo poblacional de muerte atribuible es mucho mayor en la desnutrición moderada que en la condición grave. La desnutrición entre leve y moderada se acompaña de un riesgo significativamente

mayor de muerte, ya que la mayoría de las defunciones (80%) por DPE son casos entre leves y moderados. Por consiguiente, los programas dirigidos a la desnutrición leve y moderada son más efectivos en función de los costos que los que se dirigen a la DPE grave. El efecto más grande sobre la mortalidad se logra si se dirigen a poblaciones con mortalidad alta y DPE muy grave.

El crecimiento anómalo a edad temprana es un prelude de diversas enfermedades en adultos o de enfermedades no transmisibles, tales como la cardiopatía coronaria y la hipertensión arterial en etapas tardías de la vida, y se asocia a un mayor índice de masa corporal (IMC) en la niñez, que conduce a la disminución de la tolerancia a la glucosa o a la diabetes. La cardiopatía coronaria se asocia a un bajo peso al nacer. Algunos estudios han revelado que, independientemente del tamaño al nacer, la poca ganancia de peso en la lactancia también se asocia a un mayor riesgo de enfermedades no transmisibles. El aumento de peso rápido después de los 6 años de edad se asocia a un aumento adicional del riesgo, y los efectos adversos de la ganancia rápida de peso en la infancia sobre el riesgo de cardiopatía coronaria son ya evidentes a los 3 años de edad, específicamente en niños que pesaban poco al nacer.

Los efectos del crecimiento son también transgeneracionales. La nutrición materna deficiente y las circunstancias ambientales afectan no sólo a la vitalidad y salud de la mujer sino también al peso y la talla al nacer de su descendencia. Otros efectos intergeneracionales incluyen la recuperación del peso (no de la talla), que puede conducir a la obesidad visceral, hipertensión arterial, diabetes y exceso energético.

Cuando se define la “nutrición óptima”, nunca se ha puesto críticamente a prueba el paradigma de “cuanto más mejor”. Las referencias actuales del NCHS/OMS reflejan el crecimiento bajo las prácticas comunitarias de alimentación en los Estados Unidos, una población que actualmente se enfrenta a una carga significativa de enfermedades crónicas. Se necesitan nuevos estándares de crecimiento para el peso y la talla y estos deben basarse en las recomendaciones nutricionales y de alimentación actuales. Los estándares “normales” deben validarse en relación con mediciones tempranas y tardías de salud, y el crecimiento “óptimo” debe definirse a partir de una menor morbilidad y una vida saludable.

NUEVOS ESTÁNDARES DE LA OMS PARA EL CRECIMIENTO DEL NIÑO: ¿POR QUÉ? ¿CÓMO? ¿QUÉ VIENE DESPUÉS?²

Resumen

¿Por qué?

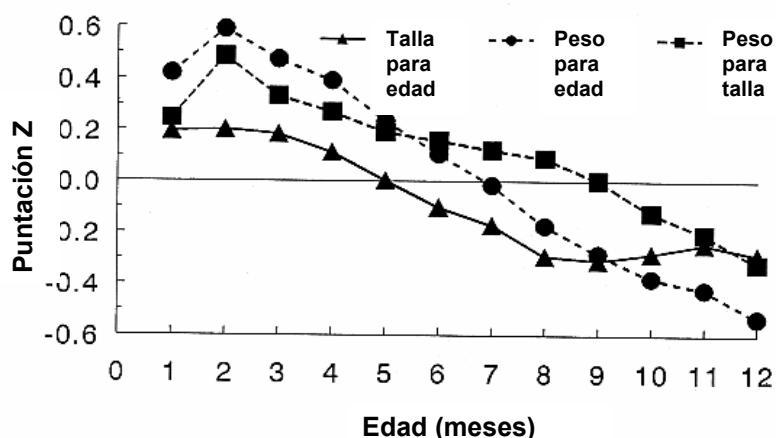
Entre 1991 y 1993, el Grupo de Trabajo sobre el Crecimiento de los Lactantes de la OMS realizó un estudio exhaustivo de las características del crecimiento en lactantes sanos alimentados al pecho para comprender las incongruencias presentadas por el crecimiento inadecuado aparente de lactantes sanos amamantados por madres bien nutridas que vivían en ambientes propicios. Este crecimiento deficiente aparente no era congruente con los múltiples beneficios de salud relacionados con la lactancia materna y otras prácticas de salud asociadas a estos grupos de población y a los ambientes en los que residían. Ante estas incongruencias, el grupo de trabajo centró su atención en evaluar la referencia internacional vigente del NCHS/OMS, que se basaba en datos longitudinales (0 a 23 meses) recogidos predominantemente a partir de lactantes alimentados con leche maternizada, que

² Puede hallarse información completa sobre el MGRS en: de Onis M et al. “The WHO Multicentre Growth Reference Study: Planning, study design, and methodology” Food and Nutrition Bulletin, 2004 March, vol.25, no.1 (supplement 1), S15-S26.

residían en una zona geográfica restringida y procedían de entornos socioeconómicos relativamente acomodados y en datos transversales que reflejaban muestras representativas de niños estadounidenses.

El crecimiento de una muestra seleccionada de lactantes, alimentados exclusiva o predominantemente al pecho durante un mínimo de 4 meses y que siguieron recibiendo lactancia materna durante los 12 primeros meses, se desviaba negativamente con respecto a la referencia internacional vigente y la magnitud de la desviación era suficientemente grande como para interferir su manejo nutricional. Las medias de las puntuaciones Z para la talla para la edad (T/E), el peso para la edad (P/E) y el peso para la talla (P/T) de los niños de 1 a 12 meses de edad, calculadas basándose en la referencia internacional vigente, se resumen en la figura 2. En lugar de seguir aproximadamente las trayectorias previstas del crecimiento temprano, las puntuaciones Z del P/E disminuyeron progresivamente desde el mes 2 al 12, las puntuaciones Z del P/T mostraban características similares y las de la T/E descendían hasta los 8 meses.

Figura 2. Media de las puntuaciones Z de lactantes sanos alimentados al pecho en relación con la referencia del NCHS/OMS



Fuente: OMS, 1994.

El grupo de trabajo llegó a la conclusión de que se necesitaban nuevas referencias del crecimiento y de que había llegado el momento de considerar la elaboración de referencias que estuvieran más cerca de los estándares, es decir, para describir cómo deberían crecer los niños en cualquier entorno, en lugar de limitarse a describir cómo crecían los niños en un entorno y momento específicos. Una “prescripción” sobre cómo deberían crecer los niños en cualquier lugar y momento en condiciones ambientales óptimas (por ejemplo, ausencia de contaminación microbiana o por humo de tabaco) y con una asistencia sanitaria óptima para desarrollarse.

¿Cómo?

La OMS, en colaboración con varias instituciones en todo el mundo, llevó a cabo un estudio multinacional con base comunitaria para elaborar nuevas referencias del crecimiento para lactantes y niños pequeños: el Estudio Multi-centro de las Referencias del Crecimiento de la OMS (MGRS). El diseño combina un estudio longitudinal de niños desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad y un estudio transversal de niños desde los 18 hasta los 71 meses. La muestra combinada de los seis países participantes (Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y Estados Unidos) consta de unos 8.500 niños. Los criterios de inclusión individual fueron la ausencia de limitaciones ambientales o sanitarias al

crecimiento, la observancia de las recomendaciones de alimentación del MGRS, la ausencia de tabaquismo materno, el nacimiento a término de un solo hijo, y la ausencia de morbilidad significativa. En el estudio longitudinal, las madres y sus recién nacidos se seleccionaron y captaron en el momento del nacimiento. Recibieron 21 visitas domiciliarias: en las semanas 1, 2, 4 y 6; cada mes, del segundo al décimo segundo mes; y cada dos meses durante el segundo año. Además de los datos antropométricos y de desarrollo motor recogidos, se recopiló información sobre las características socioeconómicas, demográficas y ambientales, los factores perinatales, la morbilidad y las prácticas de alimentación. Se prevé que este enfoque prescriptivo proporcione una única referencia internacional que represente la mejor descripción del crecimiento fisiológico de todos los niños menores de 5 años y establezca al lactante alimentado al pecho como modelo normativo del crecimiento y el desarrollo.

Planes futuros

La elaboración y puesta a prueba de las diversas referencias del crecimiento promete ser una labor compleja y ardua. La riqueza de los datos recopilados permitirá no sólo reemplazar las referencias internacionales vigentes sobre el crecimiento logrado (P/E, T/E y P/T) sino también elaborar referencias nuevas para los pliegues cutáneos tricípital y subescapular, los perímetros craneal y braquial y el IMC. El carácter longitudinal del estudio también facilitará la elaboración de curvas de velocidad de crecimiento. El personal de salud no tendrá que esperar a que los niños atraviesen un determinado umbral de crecimiento para realizar el diagnóstico de desnutrición o sobrenutrición, porque las referencias de velocidad permitirán la detección temprana de los niños que están en camino de convertirse en desnutridos o sobrenutridos. La documentación sobre el momento en que aparecen las diferentes habilidades del desarrollo motor también proporcionará una conexión única entre el crecimiento físico y el desarrollo motor. Sin embargo, el principal inconveniente de las nuevas gráficas de crecimiento es que cubrirán sólo a los niños menores de cinco años. La necesidad de ampliar esta iniciativa para abarcar a niños mayores es evidente.

El MGRS proporcionará un conjunto técnicamente sólido de instrumentos para evaluar el crecimiento y el desarrollo de los niños en todo el mundo durante muchos años. Una característica importante de la nueva referencia es que hace de la lactancia materna la “norma” biológica y establece al lactante alimentado al pecho como modelo normativo. Las políticas de salud y el apoyo público a la lactancia materna se fortalecerán cuando los lactantes amamantados al pecho se conviertan en la referencia del crecimiento y el desarrollo normales. Al prescribir el tipo de muestra, el método recomendado proveerá una sola referencia internacional que represente la mejor descripción posible del crecimiento de los niños menores de cinco años y se aproxime lo más posible al “estándar” de crecimiento fisiológico.

Aspectos innovadores de los nuevos estándares de la OMS para el crecimiento del niño:

- Enfoque *prescriptivo*
- Lactancia materna como modelo *normativo*
- Muestra internacional (independientemente de donde nazca un niño)
- Datos de referencia para la evaluación de la obesidad infantil
- Datos de referencia para la velocidad de crecimiento
- Conexión entre el crecimiento físico y el desarrollo motor

El siguiente paso será la aplicación de los nuevos estándares en cada país. Para preparar esta fase, se llevó a cabo una encuesta mundial sobre las prácticas de cada país en relación al uso y la interpretación de las gráficas de crecimiento. La encuesta destacó el interés de muchos países en adoptar las nuevas gráficas de crecimiento cuando estén listas. Los resultados de la encuesta también indicaron que el proceso de reemplazar las gráficas de crecimiento existentes y el reciclaje de los trabajadores de campo

en el uso e interpretación de las nuevas debían ir más allá del simple cambio de gráficas para revisar las prácticas de vigilancia del crecimiento en su conjunto. Se requerirá una labor de adiestramiento intensivo en todos los niveles para superar las dificultades a las que se enfrenta el personal de salud para usar e interpretar las gráficas de crecimiento y difundir los conocimientos acerca de las intervenciones efectivas para prevenir o tratar el crecimiento excesivo o insuficiente en los individuos y en las poblaciones.

Han pasado quince años desde que se inició este proyecto. Se prevé que los estándares de peso, talla y perímetro craneal estén terminados antes de finales del año 2005. El resto de los estándares deberían estar listos en 2006. Es muy importante que se produzca una transición mundial sin problemas hacia los nuevos estándares. Para ello deben realizarse ensayos sobre el terreno y análisis de simulación de los estándares provisionales que tengan en cuenta los diferentes entornos en los que se evalúen las personas y las poblaciones, en los países desarrollados y en desarrollo. Estas evaluaciones se llevarán a cabo antes de que se publiquen los estándares de crecimiento.

Próximos pasos, 2004 a 2010:

- Elaboración de los estándares
- Ensayos sobre el terreno y evaluación de los estándares provisionales
- Desarrollo del software para facilitar su uso clínico y en la salud pública
- Elaboración de los módulos de adiestramiento
- Revisión de las intervenciones para prevenir o tratar el deterioro del crecimiento (por déficit o por exceso)
- Elaboración de una estrategia de aplicación al nivel mundial y nacional
- Adaptación del sistema mundial de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

DISCUSIONES DE LA SESIÓN 1

- *“Referencia” frente a “estándar”*

Se analizaron los términos “referencia” y “estándar”, que sus diferentes significados. Se explicó que el MGRS se concibió originalmente para obtener una “referencia” internacional, pero las gráficas de crecimiento resultantes serán un “estándar” o norma dada su naturaleza prescriptiva. Los participantes de esta reunión recomendaron por unanimidad denominar a las nuevas gráficas de crecimiento **“estándares de la OMS para el crecimiento del niño.”**

- *Herramientas operativas y materiales que deben elaborarse*

Se dispondrá de programas informáticos para su uso en las encuestas; es decir, se contará con herramientas para vigilar y evaluar el crecimiento en la población. Las herramientas para la atención clínica individual serán más complejas, ya que existen muchos tipos diferentes en dependencia del indicador empleado. Las gráficas de crecimiento usadas en la práctica clínica y en la salud pública suelen ser diferentes (por ejemplo, las de Tanner se emplean con frecuencia al nivel local para evaluar la velocidad de crecimiento, mientras las del NCHS se emplean al nivel nacional para analizar encuestas de población).

Se recomendó que las recomendaciones claras sobre lactancia materna y alimentación complementaria, acompañen a las gráficas de crecimiento que se incluyen en las tarjetas de salud. Las gráficas de crecimiento deben incluir prescripciones de salud pública tales como la promoción de la lactancia

materna, las prácticas adecuadas de alimentación complementaria y el aporte de la atención y el apoyo necesarios para un crecimiento y desarrollo óptimos.

Sobre todo, se coincidió en que todos los materiales destinados a la atención primaria de salud deberán ser claros, directos y muy fáciles de interpretar y aplicar.

Una vez que los nuevos estándares estén listos, cada país deberá decidir si los adopta o no y determinar específicamente cómo incluir la información en sus tarjetas de salud. Algunos países elaborarán unas tarjetas de salud más sencillas que otros, según las circunstancias locales. Aunque algunos países tengan sus propias referencias nacionales del crecimiento, en general la mayoría de los países de la Región están usando las referencias del NCHS y han expresado su descontento con los datos de referencia actuales. Se espera que la mayoría de los países adopten los nuevos estándares.

Entretanto, se pidió a los países que tuvieran paciencia, puesto que en los próximos meses se van a poner cuidadosamente a prueba sobre el terreno los estándares, el software y otros materiales operativos. Aunque ya hay peticiones de publicación inmediata de los estándares, son esenciales las tareas de desarrollo y puesta a prueba de los instrumentos. Será importante elaborar y difundir materiales adecuados y validados para evitar la necesidad de cambios constantes en el futuro, que tendrían implicaciones adicionales en cuanto a tiempo y costos.

- *Presión política y abogacía para la promoción de los nuevos estándares de crecimiento*

Además de las implicaciones clínicas y de salud pública, deben tenerse muy en cuenta las perspectivas e implicaciones políticas durante la fase de aplicación. Es muy importante la sensibilización de los que toman las decisiones: difundir la información y educar acerca de los nuevos estándares de crecimiento, incluso antes de que se contemple su adopción. Es necesario introducir, presentar y convencer simplemente de la idea al sector político. Dado que las razones para crear los nuevos estándares e incorporar las mediciones del crecimiento y los indicadores del desarrollo son fundamentales para la promoción de su adopción y uso, se recomendó la preparación de unas guías sencillas u hojas informativas para su amplia difusión. Una vez que se cuente con los estándares, su aplicación requerirá un extraordinario esfuerzo de comunicación y educación a todos los niveles, entre ellos la comunicación de masas dirigida al público, el adiestramiento de los profesionales de la salud y al nivel comunitario. La presión política y la promoción intensas en la actualidad facilitarán su aplicación en un futuro próximo.

Dado que los nuevos estándares de crecimiento implican la redefinición de las prácticas de evaluación del crecimiento y atención integral al niño, deben discutirse en el nivel político más alto. Se recomendó que las nuevas normas se incluyeran en el orden del día del Consejo Directivo de la OPS y en otras asambleas con ministros de salud. Se sugirió que el tema se planteara ante presidentes y congresos para reforzar la función e importancia de la promoción de un crecimiento infantil óptimo en las agendas políticas. Se consideró que la Asamblea Mundial de la Salud de 2006 era también un foro político importante para impulsar los esfuerzos. Se analizaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y se consideraron como una línea estratégica importante para ejercer presiones políticas, dado que los políticos son responsables de esos objetivos y están comprometidos en su consecución. Específicamente, respecto a los indicadores de los ODM en cuanto a nutrición, se recomendó incluir las mediciones de talla y peso. Es más, los esfuerzos de promoción deben extenderse no sólo al ámbito político sino también al público, los profesionales de salud y otros sectores conexos, a través de la prensa, la opinión pública, las asociaciones médicas, etc.

- *Cronograma de la fase de aplicación*

Se planteó el tema de los aspectos temporales de la fase de adopción y aplicación. También se preguntó si los países tendrían acceso a la información sobre los estándares durante las diferentes etapas de desarrollo.

Nuevamente se aclaró que los materiales operativos estarán listos antes de considerar su amplia difusión. En cuanto a la adopción y difusión de los estándares en cada país, el cronograma es muy flexible. El mundo es muy diverso y estos esfuerzos requerirán la participación de diferentes actores y asociaciones para su aplicación con éxito, de manera que los tiempos de la aplicación los determinará cada país.

Los delegados de México expresaron la importancia que tiene para toda la Región de las Américas la adopción de los nuevos estándares de crecimiento, pues facilitarán el intercambio de la información y las enseñanzas aprendidas entre los países.

- *Implicaciones en cuanto a costos de la adopción de los nuevos estándares*

Se sugirió un análisis de los costos de la aplicación de los nuevos estándares al nivel nacional y local, teniendo en cuenta las grandes necesidades de comunicación y adiestramiento a todos los niveles. Se planteó la importancia de identificar qué actividades requerirían una mayor cantidad de recursos y en qué lugar.

Los delegados de Bolivia expresaron su inquietud inicial por el hecho de que el gobierno boliviano probablemente no podrá sufragar los costos de adopción de los nuevos estándares (reproducción de materiales, adiestramiento, comunicación, etc.).

Se señaló que la mayoría de los gobiernos ya están invirtiendo en estos programas (vigilancia del crecimiento). Hay suficiente motivación para adoptar y aplicar los nuevos estándares, pero cada país debe tomar sus propias decisiones y hacer sus inversiones. Aunque la OPS/OMS proporcionará información y apoyo técnico, los países deberán decidir sobre la progresiva introducción de los cambios. Es conveniente aclarar que, aunque las visitas domiciliarias intensivas formaban parte del MGRS, estas actividades no deben considerarse como norma para el programa de salud pública.

Se preguntó si actualmente existían donaciones y fondos disponibles para estas diversas actividades, en particular para la reproducción y distribución de los materiales y para el adiestramiento. Se explicó que los principales donantes para estas actividades serán los propios países. Los países son los más indicados para adoptar las decisiones sobre el uso de sus propios recursos. A nivel mundial, la Fundación Gates ha proporcionado fondos para cubrir el costo de la elaboración de materiales, pero no para su reproducción en cada país.

- *Sistemas de información*

Los países deben mantener sistemas adecuados de registro y recopilación de datos. También se recomendó la implantación de sistemas de seguimiento y vigilancia en cada país, para documentar el proceso y comprobar el sistema de información. El proceso de evaluación debe incorporarse cuidadosamente a la aplicación de los nuevos estándares, con indicadores claros. De esta forma, los países podrán intercambiar sus experiencias en el proceso de aplicación de los nuevos estándares y avanzar en la evaluación del crecimiento de sus poblaciones infantiles.

- *Implicaciones de los nuevos estándares en cuanto al peso, la talla y otras mediciones*

Una actividad importante será comparar los nuevos estándares con otras referencias disponibles, en particular con la del NCHS. Este aspecto está todavía en proceso, y se espera que la variabilidad sea distinta. Los datos del MGRS se recogieron en los mismos niños a lo largo del tiempo, de manera que los datos son longitudinales, mientras que las otras referencias se basan en grupos de niños de diferentes edades. En general, los niños de la muestra internacional eran **más delgados y más altos** que los de las referencias del NCHS y de los CDC. Por consiguiente, el uso de los nuevos estándares puede tener como resultado **una menor prevalencia de desnutrición y una mayor prevalencia de baja talla y de sobrepeso**. Todavía no está claro cómo influirán los nuevos estándares en la prevalencia de la desnutrición grave. Sin embargo, aparte de unos cuantos países asiáticos, se espera observar una menor prevalencia. Aunque las encuestas nacionales se reevaluarán con el tiempo y se espera que cambien las tasas de prevalencia, la tarea será extensa y prolongada. Además, será importante diferenciar entre el deterioro del crecimiento ponderal y el longitudinal a partir de los 6 meses de edad.

En cuanto a los otros indicadores, el IMC se incorporó porque hay numerosos países interesados en esta medición durante los primeros cinco años, aunque hay también muchos que actualmente no lo miden. Las gráficas de IMC probablemente llevarán a una mejor detección de los problemas de peso que las simples mediciones solas de peso y talla. No existe ninguna buena referencia o datos estándares para niños mayores. Actualmente, la OMS está estudiando posibles opciones para niños en edad escolar y adolescentes, pero es un tema muy complejo debido a los múltiples factores relacionados con la actividad física, la dieta y otros comportamientos.

Las características del desarrollo motor son también parte importante de los estándares de la OMS. Con relación a los seis hitos del desarrollo, dos de ellos son estimulados por los padres y se ha demostrado que son más susceptibles a su influencia.

En la práctica clínica, es probable que los estándares de cada indicador se usen de forma aislada, pero en cada país, el gobierno y los pediatras tendrán que decidir qué indicadores deben medirse y vigilarse.

SESIÓN 2: PRÁCTICAS ACTUALES EN EL USO DE LAS GRÁFICAS DE CRECIMIENTO

USO ACTUAL DE LAS GRÁFICAS DE CRECIMIENTO DEL NIÑO EN LA REGIÓN: RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS

Resumen

Para preparar la aplicación de los nuevos estándares de crecimiento una vez que estén listos, se llevó a cabo una encuesta regional sobre las prácticas nacionales en el uso y la interpretación de las gráficas de crecimiento actuales. Se espera que la información recopilada sobre las gráficas de crecimiento usadas en los países y los problemas notificados respecto a su utilización, proporcione una mejor comprensión de las prácticas de vigilancia del crecimiento del niño en esos países y ayude a diseñar una estrategia de aplicación en la Región. Se adaptó un cuestionario a partir de otro ya utilizado en una encuesta anterior a escala mundial, se tradujo a cuatro idiomas (español, inglés, portugués y francés) y se distribuyó en 44 países a través de las representaciones de la OPS/OMS en América Latina y el Caribe. Se esperaba que los programas de salud materno-infantil, de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y de inmunización de los diferentes ministerios de salud, así como, donde fuera posible, los establecimientos de salud o las grandes organizaciones no gubernamentales dedicadas a las actividades de salud infantil, rellenaran los cuestionarios.

Los datos de los cuestionarios se recopilaron durante tres meses en un total de 30 países. De todos los cuestionarios recibidos, el 65% de las respuestas eran de los ministerios de salud, mientras el 35% restante procedía de instituciones académicas, asociaciones profesionales, establecimientos de salud y ONG. La mayoría de los países (71%) usaban las referencias del NCHS/OMS y el resto (29%) utilizaban una referencia local o una combinación de referencias. Existía un uso muy heterogéneo de los sistemas de clasificación de los indicadores antropométricos (puntuación Z o desviación estándar [DE], percentil, porcentaje de la mediana o combinaciones). Además, un tercio (n=10) de los países respondió que en la actualidad no medían la talla. En el cuadro 1 se muestra la lista de los países que medían la talla y la de los que no lo hacían. Los diferentes ministerios de salud y las organizaciones internacionales constituían las dos principales influencias en el momento de determinar las recomendaciones sobre los sistemas de clasificación y los puntos de corte en cada país. Los países señalaron numerosos programas que empleaban las gráficas de crecimiento como parte de sus servicios de asistencia sanitaria, entre ellos la vigilancia nutricional, el PAI, la AIEPI, la AIN, los programas comunitarios y las ONG. Los tres problemas principales reconocidos en cuanto al uso de las gráficas actuales fueron: 1) la falta de adiestramiento, 2) las deficiencias de equipamiento, y 3) la dificultad para interpretar las gráficas. (Los resultados completos de esta encuesta se presentaran en otra publicación.)

Cuadro 1. Países que miden la talla y países que no la miden (N=30)

Medición de la talla	Países
SÍ (n=20)	Argentina, Belice, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Uruguay, Venezuela
NO (n=10)	Anguila, Barbados, Brasil, Islas Vírgenes Británicas, Honduras, Nicaragua, San Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Surinam, Trinidad y Tobago

NOTA: Todos los países miden el peso a menos que se indique lo contrario.

Además, durante la aplicación del cuestionario se obtuvieron observaciones mediante la entrevista personal en dos países: Chile y Ecuador. En Chile se observó un uso sistematizado de las gráficas de crecimiento y de la información en todos los niveles. El personal de salud llevaba continuamente a cabo los diagnósticos de las pautas de crecimiento según las gráficas de los tres indicadores antropométricos y el seguimiento según los protocolos de atención nutricional. El adiestramiento regular y continuado de todo el personal de salud estaba institucionalizado. En Ecuador, se miden dos indicadores (el P/E y la T/E) pero no existe ninguna práctica estandarizada para el uso de las gráficas de crecimiento entre todo el personal de salud. Aunque la vigilancia del crecimiento se aplicaba en todos los programas de asistencia sanitaria, no existía ningún protocolo de tratamiento de la desnutrición y el sistema de recopilación de datos no se actualizaba regularmente en todos los niveles. Estas observaciones reforzaron la caracterización de los países de la Región según sus diferentes situaciones en cuanto a las prácticas de vigilancia del crecimiento, desde una alta a una muy mínima sistematización.

Los nuevos estándares de crecimiento son una oportunidad para reforzar la salud del niño y mejorar las deficiencias relacionadas con la evaluación del crecimiento del niño, no el simple reemplazo de un conjunto de gráficas por otro. Constituyen una oportunidad para cambiar y reforzar las políticas y las directrices de evaluación del crecimiento y reafirmar la atención integral del niño, incluida la promoción de la lactancia materna, la introducción oportuna de la alimentación complementaria, el tratamiento de las infecciones, la orientación nutricional y la detección y tratamiento del sobrepeso y la obesidad.

REFERENCIAS DEL CRECIMIENTO: UN INSTRUMENTO EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Resumen

La nutrición es el proceso por el cual los organismos obtienen de los alimentos la energía y los nutrientes necesarios para el sostenimiento de las funciones vitales y la salud. Este proceso incluye la ingestión de alimentos y su digestión, absorción, transporte, almacenamiento, metabolismo y excreción. La desnutrición está causada por la ingestión inadecuada de alimentos en cantidad o calidad, así como por cualquier defecto en el funcionamiento de los componentes que forman parte del proceso. La desnutrición es el resultado del consumo insuficiente de energía y nutrientes, mientras que el sobrepeso y la obesidad son el resultado de la ingesta excesiva. Las consecuencias de la desnutrición y el déficit de micronutrientes son el crecimiento y desarrollo inadecuados, el aumento del riesgo de enfermedades y muerte, un menor rendimiento escolar e intelectual, un menor desempeño en el trabajo físico y posiblemente un mayor riesgo de obesidad y enfermedades crónicas.

Aunque sería deseable que se determinara en todos los individuos el estado de nutrición, es decir, su disponibilidad de nutrientes a nivel celular, es una tarea difícil e impracticable de lograr en el ámbito poblacional. Sin embargo, los resultados de una adecuada nutrición y crecimiento pueden medirse y los indicadores más empleados son el peso y la talla. Las desviaciones con respecto a los patrones de crecimiento sirven de guía para la implementación apropiada de acciones en nutrición y salud. Se necesitan referencias del crecimiento, como marcadores de un “crecimiento adecuado”. Los patrones de crecimiento adecuado son universales, con variaciones relativamente pequeñas entre grupos étnicos, lo que avala el uso de referencias internacionales estandarizadas del crecimiento.

Hay dos niveles de acción en el uso de las referencias del crecimiento. Al nivel individual, las referencias pueden conducir a la identificación oportuna de las desviaciones en el crecimiento mediante la vigilancia, el tamizaje y la aplicación de medidas apropiadas. Las medidas para favorecer el crecimiento en la atención primaria de salud incluyen la promoción de la lactancia materna y de una

alimentación complementaria adecuada, y la prevención y tratamiento de enfermedades, mediante las vacunaciones o el tratamiento de la diarrea (con SRO/cinc). En el ámbito poblacional, los datos antropométricos pueden usarse para seleccionar las poblaciones objetivo y para focalizar las intervenciones según las zonas geográficas, los grupos étnicos, los niveles socioeconómicos, etc. Pueden utilizarse para el seguimiento de los cambios en la prevalencia y para identificar las tendencias de la población en cuanto a salud y estado nutricional, durante determinados períodos de tiempo.

Las referencias del crecimiento son un instrumento importante para determinar la salud y el estado nutricional de los individuos y las poblaciones. Son esenciales para la toma de acciones en programas y en atención clínica, y permiten priorizar la asignación de recursos en el ámbito poblacional. Los resultados de las medidas de tendencia central y dispersión entre patrones pueden determinar diferentes decisiones de acción. Por consiguiente, es importante que las referencias reflejen con fidelidad las características del crecimiento de poblaciones sanas y diversas. Las referencias del crecimiento actuales incluyen un número elevado de niños cuya alimentación durante la lactancia no se adecuaba a las recomendaciones de la OMS. Los nuevos estándares de crecimiento se basan en niños sanos, de mayor diversidad étnica y cultural, que recibían una alimentación y atención adecuadas durante la lactancia. Los nuevos estándares ofrecen la oportunidad de fortalecer el uso de la vigilancia del crecimiento para la toma de decisiones en la atención primaria de salud.

DISCUSIONES DE LA SESIÓN 2

- *Medición de la talla/longitud*

Existen varias razones por las que algunos países no miden actualmente la talla/longitud. La medición del peso fue el primer indicador introducido en los diferentes países, y muchos sólo mantuvieron esta recomendación. La medición de la talla/longitud también es difícil, y requiere otros equipos y precisión en la medición, más difícil de lograr en lactantes y niños pequeños. Se expresaron dudas sobre la técnica utilizada actualmente y la calidad de los datos en cuanto a medición de la talla, en particular sin el adiestramiento y enseñanza adecuados.

Se explicó que la medición de la talla/longitud no es muy difícil, excepto en los recién nacidos. Los delegados de Chile expresaron que aunque es difícil obtener datos de talla fiables, confían en su personal de salud. Se destacó que un adiestramiento adecuado es la clave para una medición apropiada de la talla. La situación en los países de la Región es heterogénea en cuanto al adiestramiento y motivación del personal de salud. El adiestramiento debe constituir una actividad permanente, dado el cambio constante de personal.

La Región de las Américas tiene también la ventaja de poder intercambiar y compartir las experiencias y enseñanzas en estos temas. Una mejor comprensión de las prácticas y dificultades de los diferentes países puede ayudar a orientar los recursos hacia donde sean necesarios.

- *Repercusiones en la atención pediátrica*

Los participantes de las sociedades y asociaciones pediátricas reiteraron la importancia de la vigilancia del crecimiento en la atención pediátrica. Se planteó la necesidad de tener en cuenta los costos asociados al cambio de los materiales académicos.

En el contexto de la atención primaria de salud, se expresó la necesidad de un cambio en el pensamiento de intervenciones a plazo corto y mediano. Por ejemplo, los pediatras son reticentes a administrar suplementos de cinc hasta los 6 meses de edad, aunque diversos estudios en niños menores de 6 meses

mostraron que el cinc reducía la gravedad y duración de la diarrea. Se señaló que, a pesar del creciente cúmulo de pruebas, todavía no se han cambiado las recomendaciones de la OMS respecto al cinc. Sin embargo, también se indicó que el problema respecto a los estudios sobre el cinc era que en los lugares donde se administraban suplementos de éste, la lactancia materna era menos frecuente. Es preciso aprender de diversas experiencias para equilibrar las ventajas e inconvenientes de la aplicación de cambios en las prácticas de salud pública.

SESIÓN 3: EXPERIENCIAS DE CADA PAÍS EN EL USO DE LAS GRÁFICAS DE CRECIMIENTO

BRASIL

Resumen

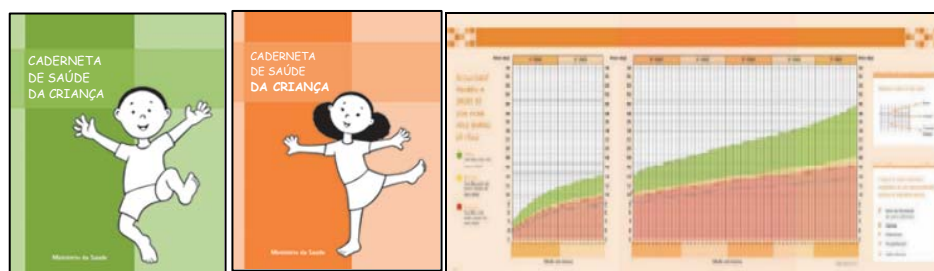
El Sistema Único de Salud (SUS) del Brasil funciona como una red jerarquizada de programas y servicios de salud pública por regiones que hace hincapié en la descentralización de la atención integral y en la participación comunitaria. Sus cuatro principios básicos son: 1) la participación de los usuarios y profesionales, 2) la descentralización por municipios, 3) la universalidad del acceso a los servicios de salud y 4) la integración de las actuaciones en cuanto a tratamiento y prevención.

En 1999, se estableció por decreto la Política Nacional de Alimentación y Nutrición con los siguientes principios: 1) la alimentación y nutrición adecuadas son derechos humanos fundamentales en la medida en que el derecho a los alimentos es el propio derecho a la vida, y 2) la situación nutricional de una población refleja su condición de vida, puesto que la buena nutrición constituye un aspecto fundamental para el desarrollo saludable de los individuos. En el Ministerio de Salud del Brasil existen seis áreas técnicas y programas que incluyen la Coordinación de la Política de Alimentación y Nutrición, principal responsable de las actividades relacionadas con la nutrición. Sin embargo, la nutrición está integrada en otras áreas técnicas, a saber: Salud Infantil y Lactancia Materna, Salud del Adolescente, Salud de la Mujer, Salud del Anciano e Hipertensión y Diabetes.

En Brasil existen varios sistemas de información, a saber: SISVAN (vigilancia del estado nutricional), SIM (mortalidad), SINAN (enfermedades de notificación), SINASC (nacidos vivos), SIAB (atención primaria), SIASUS (información sobre la atención ambulatoria) y SIASI (salud de los indígenas). En cuanto a la salud infantil, la Agenda de Compromiso para la Salud Integral del Niño incluye cinco líneas prioritarias: 1) la promoción de un parto saludable; 2) la vigilancia de los recién nacidos de riesgo; 3) la vigilancia del crecimiento, el desarrollo y la inmunización; 4) la promoción de la lactancia materna y la alimentación complementaria adecuadas; y 5) el control de las enfermedades respiratorias e infecciosas.

La anterior tarjeta de salud del niño se elaboró en 1984, incluía la supervisión hasta los 6 años de edad y era utilizada por el SISVAN y los programas sociales. En 2004, se elaboró una nueva libreta de salud del niño para vigilar el crecimiento hasta los 10 años de edad (como una norma para MERCOSUR), que incluía el registro de varias informaciones de salud como las condiciones de la gestación y el nacimiento, el crecimiento, el desarrollo, la inmunización, etc. Se elaboraron dos versiones diferentes, para niños y niñas, como una herramienta estandarizada para la vigilancia nutricional de los niños menores de 7 años (con gráficas de crecimiento). En la figura 3 se muestra la nueva libreta de salud del niño y las gráficas de crecimiento.

Figura 3. Libretas de salud, diferentes para niños y niñas en Brasil



En 2002, se llevó a cabo un estudio sobre el uso de las tarjetas de salud del niño, el cual mostró que aproximadamente 99% de los niños tenían tarjeta y 98% llevaban su tarjeta en el momento de la consulta, pero sólo 21% de las tarjetas tenían las gráficas de crecimiento rellenas.

Las nuevas libretas de salud del niño aplican las referencias del NCHS para medir dos indicadores: el P/E y el perímetro craneal para la edad. Se utiliza la clasificación por percentiles y los puntos de corte son p0,1, p3, p10 y p97 para el P/E y p10 y p90 para el perímetro craneal. Las gráficas de crecimiento son una representación visual y práctica para la vigilancia del estado nutricional y el crecimiento. Permiten la visualización de la tendencia de crecimiento del niño y determinan la posible necesidad de intervención.

Brasil era uno de los países participantes en el MGRS. El país tiene la intención de adoptar los nuevos estándares cuando estén listos, y la nueva “libreta de salud del niño” ya se adelanta al cambio de los estándares mediante unas carpetas al final de la libreta en previsión de las nuevas gráficas.

Entre los obstáculos previstos en la aplicación de los nuevos estándares de crecimiento figuran la compleja dimensión territorial y geográfica del país, la complejidad del SUS y su proceso de descentralización, el período de coincidencia de dos referencias diferentes, la falta de equipamiento para medir la estatura, el apoyo y los recursos necesarios para el adiestramiento y el hecho de que los nuevos estándares abarcan sólo hasta los 5 años de edad, mientras que el SISVAN supervisa a los niños hasta los 10 años. Las recomendaciones para mejorar el uso de las gráficas de crecimiento incluyen la disponibilidad de libretas de salud para todos los niños en todas las maternidades; el adiestramiento del personal de salud, incluidos los profesionales de atención primaria de salud y las familias, para evaluar adecuadamente el crecimiento y el estado de nutrición; y la incorporación de las familias en la importante tarea de vigilancia del crecimiento del niño.

CHILE

Resumen

En Chile, existe una atención eficaz e integral a la salud del niño hasta los 6 años de edad. En 2003, utilizando la referencia del NCHS, la prevalencia de desnutrición entre los niños menores de 6 años era de 0,5%, 3,2% de los niños tenían riesgo de desnutrición, 73,9% eran normales, 15% tenían sobrepeso y 7,4% eran obesos. En el cuadro 2 se muestra la situación nutricional de los niños menores de 6 años durante el último decenio. La obesidad también está aumentando entre las mujeres gestantes, de 12,9% en 1987 a 33,4% en 2002.

Cuadro 2. Prevalencia del estado nutricional en niños menores de 6 años de edad, Chile, 1990-2003

Estado de nutrición	%			
	(por fecha y tipo de referencia)			
	1990 (Sempé)	1994 (NCHS)	2002 (NCHS)	2003 (NCHS)
Desnutrición	7,4	0,7	0,5	0,5
Riesgo de desnutrición		3,4	3,1	3,2
Normalidad	92,6	74,2	72,9	73,9
Sobrepeso		15,7	16	15
Obesidad		5,8	7,4	7,4

Desde 1993 se ha empleado la referencia del NCHS para vigilar el crecimiento de los niños menores de 6 años. La frecuencia de la vigilancia del crecimiento es cada mes o cada dos meses durante el primer año, cada 3 meses durante el segundo, y cada 6 meses entre los 2 y 5 años, con una mayor frecuencia en los grupos de riesgo. Todo el personal de salud de los 481 centros de salud y los 1161 puestos rurales se encarga de vigilar el crecimiento. Cuando se introduce cualquier cambio al nivel de la prestación de servicios en el país, se aplica uniforme y completamente en todo el territorio y en todos los niveles. Existen directrices específicas para vigilar el crecimiento de los niños antes de cualquier consulta.

Las autoridades de salud reconocen formalmente que la vigilancia del crecimiento es una prioridad. La información sobre el crecimiento se anota minuciosamente en formularios de registro (véase la figura 4) y se actualiza regularmente en una página web pública del Ministerio de Salud, en la sección de Nutrición o de Estadísticas (www.minsal.cl).

Figura 4. Formulario de registro para la vigilancia del crecimiento

INDICADOR Y ESTADO	POBLACIÓN BAJO CONTROL MENORES DE 6 AÑOS							
	TOTAL	POR GRUPOS DE EDAD (en meses)						48 a 71
		0 a 2	3 a 5	6 a 11	12 a 17	18 a 23	24 a 47	
TOTAL	0							
POBLACION MENOR DE 6 AÑOS, SEGUN ESTADO NUTRICIONAL								
INDICADOR PESO/EDAD	- 1 D.S.	0						
	- 2 D.S.	0						
	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0
INDICADOR PESO/TALLA	+ 2 D.S.	0						
	+ 1 D.S.	0						
	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0
INDICADOR TALLA/EDAD	- 1 D.S.	0						
	- 2 D.S.	0						
	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO	0						
	DESNUTRIDO	0						
	SOBREPESO	0						
	OBESO	0						
	NORMAL	0						
	SUBTOTAL	0	0	0	0	0	0	0
	DESNUT. 2RIA	0						
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	

Las normas ministeriales de evaluación nutricional de los niños menores de seis años aplican los tres indicadores —P/E, T/E y P/T— para determinar el estado de nutrición (usando la clasificación por puntuación Z o DE). Se incorporó el concepto de “diagnóstico nutricional integrado” para definir las categorías de desnutrición, riesgo de desnutrición, normalidad, sobrepeso y obesidad.

Los indicadores se aplican de dos maneras, a saber: 1) los niños con desviaciones por encima o debajo de la mediana se remiten a la consulta nutricional para un diagnóstico nutricional integrado; y 2) cada establecimiento de salud elabora un censo cuyos datos se envían electrónicamente cada 6 meses al Ministerio de Salud. De la vigilancia del crecimiento se derivan actuaciones tales como el diagnóstico nutricional integrado, la educación para una alimentación saludable y la actividad física, la inclusión en programas especiales de tratamiento de la malnutrición (por déficit o por exceso, según corresponda), la inclusión en programas de apoyo a la alimentación en caso de déficit y la remisión al nivel secundario de atención de salud cuando sea necesario. La vigilancia continua del crecimiento contribuye a la elaboración de nuevas estrategias de intervención nutricional dirigidas a diversos grupos de población, en dependencia en la información más actual de la situación nutricional en el país.

ECUADOR

Resumen

En Ecuador, las gráficas de crecimiento se utilizan en los sectores público y privado, las municipalidades, el seguro social, el seguro campesino, las fuerzas armadas, la iglesia católica, las ONG, las universidades y las prefecturas. Las gráficas se aplican en diversos programas, entre ellos los de control del crecimiento y desarrollo, los programas de alimentación complementaria, el PAI, el Programa Integrado de Micronutrientes, el AIEPI y el PROSAN-SISVAN. La vigilancia del crecimiento en todos los niños menores de 5 años se lleva a cabo en toda la nación a través de 1300 unidades operativas del Ministerio de Salud, y del primero y segundo niveles de la atención primaria de salud, así como en otros establecimientos de salud.

Actualmente se utiliza la referencia del NCHS/OMS. Se miden el peso, la estatura o talla de pie, la longitud o talla en decúbito dorsal o supino en los niños menores de 2 años y el perímetro craneal. En los recién nacidos se miden el peso, la talla y el perímetro craneal para determinar el estado de nutrición, clasificar al recién nacido según su peso y edad gestacional y estimar el riesgo de desnutrición. Se utiliza una *combinación* de los sistemas de clasificación por percentiles y por puntuación Z (DE), con los siguientes puntos de corte:

- por debajo de -4 DE, desnutrición grave
- entre -3 y -4 DE, desnutrición moderada
- entre p3 y -3 DE, desnutrición leve
- entre p3 y p97, normalidad
- por encima del p97, sobrepeso

De acuerdo con esta escala de valoración del estado de nutrición se aplican las correspondientes medidas de intervención nutricional (educación, atención integrada o alimentación complementaria). En los niños menores de 5 años, durante los primeros 24 meses, el crecimiento se supervisa en condiciones óptimas mensualmente y como mínimo a los 1, 2, 4, 6 y 12 meses, y trimestralmente hasta los 2 años. Entre los 24 y 60 meses los controles son anuales. Se supervisa a los niños para reconocer emergencias de salud o enfermedades intercurrentes, evaluar su estado nutricional y controlar su salud.

Para la medición del peso se utilizan los pesabebés o balanzas de plato, las balanzas de pedestal, las balanzas de resorte tipo Salter y las balanzas electrónicas. Para la talla se utilizan los tallímetros para lactantes, las balanzas de pedestal con estadímetro, y las cintas métricas adosadas a la pared. Los instrumentos utilizados para medir el perímetro craneal incluyen cintas métricas inextensibles, metálicas (ideales), de fibra de vidrio, de tela o polivinilo (no recomendadas) y cintas específicas para perímetro craneal (cinta de inserción de Ross). Los inventarios del equipamiento se actualizan cada dos años.

Las actuales tarjetas de salud para niños menores de 5 años son muy completas y útiles, e integran todas las acciones de salud tales como vacunaciones, administración de suplementos y guías de lactancia materna. Es preocupante que sólo 30% de las tarjetas estén rellenas.

Figura 5. Carné de salud infantil para niñas y niños menores de cinco años en Ecuador



Se detectaron problemas en la interpretación de las gráficas de crecimiento, en particular en la interpretación de los percentiles y de la puntuación Z o DE. Para mejorar el uso de las gráficas de crecimiento en la atención primaria de salud, se recomendó que se constituyera un comité nacional (multidisciplinario y multisectorial); que los instrumentos fueran fáciles de usar e interpretar según los diferentes niveles de aplicación; y que el adiestramiento se llevara a cabo teniendo en cuenta los niveles de atención y de acuerdo con el personal de salud, e incluyera planes de estudios de formación académica y profesional, puesto que la mayoría ya recibe enseñanza por módulos en antropometría.

GUATEMALA

Resumen

Guatemala es un país multicultural y multilingüe; se reconocen oficialmente 23 idiomas diferentes hablados por grupos étnicos distintos. El país se divide en 8 regiones, 22 departamentos y 331 municipios. Las principales causas de mortalidad general son las infecciones respiratorias agudas, la diabetes, la hipertensión, el infarto miocárdico, la diarrea, los accidentes cerebrovasculares y la desnutrición. En 2002, menos de la mitad de los niños menores de 6 meses recibían lactancia materna exclusiva. Sólo 47% de los niños entre 20 y 23 meses seguían recibiendo lactancia materna. La prevalencia de peso bajo para la edad (desnutrición global) es de 23% y la de peso bajo para la talla (desnutrición aguda) en niños menores de 3 años es de 42%.

La Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) es una prioridad del Ministerio de Salud Pública. La misión de la SAN es promover y apoyar desde el sector salud, la construcción de un Sistema de Alimentario Nutricional que responda a las necesidades de seguridad alimentaria y nutricional de la población guatemalteca, mediante la vigilancia nutricional, las regulaciones de la atención en aspectos alimentario-nutricionales, y la evaluación y control de las intervenciones para fortalecer la SAN. Sus líneas de actuación son: 1) la vigilancia del crecimiento de los niños y las mujeres embarazadas, 2) la evaluación nutricional en los niños menores de 5 años, 3) la promoción de una lactancia materna adecuada y de otras prácticas apropiadas de alimentación en los lactantes, las madres y las familias, 4) la administración de suplementos de micronutrientes en los grupos vulnerables, 5) el fortalecimiento de los servicios de salud para la promoción de la lactancia materna y cumplimiento de normas de alimentación infantil, y 6) la formación de grupos de apoyo de “madre a madre” y otros grupos organizados para que las madres mejoren sus prácticas de alimentación infantil. Ya existe una política de SAN; se ha establecido un sistema de SAN; y se ha creado la Secretaría de SAN, Frente Contra el Hambre.

Diversos programas del Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Secretaría de Bienestar Social, Obras Sociales de la Esposa del Presidente, universidades, ONG, clínicas privadas, asociaciones, ligas, patronatos y organismos de cooperación internacional emplean las gráficas de crecimiento. Entre los usos importantes de las gráficas de crecimiento figuran la investigación (por ejemplo, estudio prospectivo del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá [INCAP], estudios sobre la relación entre infección y nutrición, desarrollo mental y nutrición, administración de suplementos, efectos intergeneracionales, desnutrición y productividad), las encuestas y los censos (por ejemplo, encuesta nacional de salud materno-infantil, censo de talla en escolares y censos nutricionales en situaciones de emergencia), los programas de ayuda alimentaria, la formación de recursos humanos (por ejemplo, en medicina, nutrición, enfermería y otras áreas de salud) y el sistema de salud (por ejemplo, análisis de vulnerabilidad y focalización de intervenciones, situaciones de emergencia y vigilancia del crecimiento).

Las referencias del NCHS se usan principalmente para comparar las mediciones del peso y la talla (es decir, P/E, P/T y T/E). La referencia de Nabarro se usa para la evaluación nutricional de los niños menores de dos años de edad en los servicios de salud y los censos. Otras mediciones incluyen el perímetro braquial en los recién nacidos y las mujeres embarazadas. Las gráficas de crecimiento se usan en los niños menores de 5 años, en los niños en edad escolar que ingresan en el primer grado, en las mujeres embarazadas y en las que amamantan. Como sistemas de clasificación se utilizan el porcentaje de la mediana y la puntuación Z (DE). En el cuadro 3 se muestran los criterios usados para determinar el estado de nutrición.

Cuadro 3. Criterios para la clasificación del estado nutricional en Guatemala

Clasificación de la desnutrición	Porcentaje de la mediana	Puntuación Z (DE)
Grave	<70%	> -4 y < -3
Moderada	70-79%	> -3 y < -2
En riesgo	80-89%	> -2 y < -1
Normal	90-109%	> -1 y < 4

Se considera que la vigilancia del crecimiento facilita la integración de los diferentes servicios y del personal de salud; promueve la participación comunitaria orientada a mejorar la salud, nutrición y crecimiento de los niños; permite el tamizaje de la esquema de los programas de vacunación; permite la revisión del manejo en el hogar y la remisión de los niños enfermos, y promueve la consejería y la orientación.

En 2003, se revisaron las normas de vigilancia del crecimiento para detectar tempranamente a los niños con un crecimiento inadecuado y proporcionar consejería oportuna y adecuada o remitirlos a otros servicios de salud de nivel superior. Se modificaron las directrices para aumentar la frecuencia de las mediciones de peso en los niños menores de 2 años, de bimestral a mensual. Las normas para la vigilancia del crecimiento son la medición mensual del peso en todos los niños de 0 a 24 meses, la medición bimestral del peso en los niños de 2 a 5 años, la consejería de acuerdo con la edad y los hallazgos, y la interpretación de la *ganancia de peso* insuficiente en dos controles sucesivos como un proceso de hacer desnutrición. En los niños menores de 1 año, la vigilancia de la *ganancia mínima mensual de peso*, y la información sobre la salud del niño, constituyen los determinantes de la acción. Un niño que no gana el peso mínimo esperado para su edad de un mes al siguiente se clasifica como de “No crece bien”, y se proporciona consejería al padre, madre o cuidador sobre la forma de alimentar y cuidar al niño de acuerdo con su edad. En los niños de 2 a 5 años de edad, las gráficas de P/E se utilizan para decidir la acción apropiada.

Para la vigilancia del crecimiento se utiliza el cuaderno del vigilante comunitario, que incluye el seguimiento de 25 niños con su nombre, sexo, fecha de nacimiento, edad en meses, peso actual, peso esperado en el próximo mes y clasificación (crecimiento normal o deficiente). Existen algoritmos de los procedimientos y registro de vigilancia del crecimiento para niños menores y mayores de 6 meses, y para aquellos que se han incorporado recientemente a la vigilancia del crecimiento.

Se espera que el uso de los nuevos estándares de crecimiento refuerce los servicios de atención primaria de salud para favorecer el crecimiento y controlar la desnutrición y las enfermedades crónicas. Las recomendaciones incluyen: 1) elaborar una estrategia de información, educación y comunicación para promover la adopción de los nuevos estándares de crecimiento ante diferentes audiencias, 2) coordinar la aplicación de los nuevos estándares con todas las diferentes instancias ejecutoras del Ministerio de Salud y otras instituciones académicas y profesionales, 3) fortalecer el sistema de vigilancia nutricional, para que incluya los tres indicadores antropométricos (P/E como indicador mínimo), y 4) sensibilizar a todo el personal de salud y organizaciones asistenciales sobre el vínculo del crecimiento físico y el

desarrollo psicomotor con la lactancia materna y una alimentación complementaria adecuadas. Entre los retos previstos figuran la detección y evaluación oportuna, una mayor dotación de recursos humanos capacitados y la necesidad de reforzar el sistema de información.

MEXICO

Resumen

Las gráficas de crecimiento se usan en diversos programas que incluyen el Programa de Atención a la Salud de la Infancia, la estrategia de “Atención Integral”, la estrategia de “Arranque Parejo en la Vida”, la vacunación (Cartilla Nacional de Vacunación y el PROVAC, la base de datos de salud mexicana), la Línea de Vida, el Programa de Oportunidades (en educación, salud y alimentación) y el Programa de Ampliación de Cobertura. El personal de salud debe registrar en cada consulta de salud la edad, el peso, la talla, el perímetro craneal y la evaluación del desarrollo psicomotor. La frecuencia de las consultas es bimensual en niños menores de 1 año y como mínimo cada seis meses en niños de 1 a 4 años.

En 1999 se estableció la Norma Oficial Mexicana para la Atención a la Salud del Niño, con la recomendación, de registrar como mínimo el peso y la talla de los niños en la Cartilla Nacional de Vacunación y en el censo nominal durante las visitas a las unidades de salud para la administración de las dosis del esquema básico de vacunación: al nacer; a los 2, 4 y 6 meses; al año, a los 2 años y a los 4 años. Se miden el peso, la talla y el perímetro craneal. En los casos en que se detectan problemas, se proporciona seguimiento y la medición por especialistas, hasta que el niño cumple los 5 años de edad.

Se valora el estado nutricional mediante el P/E, la T/E y el P/T. Se usa el sistema de clasificación según la puntuación Z o DE; en el cuadro 4 se muestran los puntos de corte aplicados. Por otra parte, cuando la medición del perímetro craneal se encuentra entre los percentiles 3 y 97, se considera normal. Cuando está fuera de estos valores o se desplaza dos tramos percentilares hacia arriba o hacia abajo, el niño debe enviarse a una unidad médica especializada para su apropiada atención. Las mediciones del perímetro braquial y del pliegue cutáneo tricipital sólo se efectúan cuando se detectan problemas, en cuyo caso se proporciona seguimiento y la medición por especialistas, hasta que el niño cumple los 5 años de edad..

Cuadro 4. Clasificación del estado nutricional según los puntos de corte de la puntuación Z usados en México

Clasificación de la desnutrición	P/E	P/T	Clasificación de la desnutrición	T/E
Obesidad	+2 a +3	+2 a +3	Alta	+2 a +3
Sobrepeso	+1 a +1,99	+1 a +1,99	Ligeramente alta	+1 a + 1,99
Normal	+ 1	+ 1	Normal	+ 1
Leve	-1 a -1,99	-1 a -1,99	Ligeramente baja	-1 a -1,99
Moderada	-2 a -2,99	< -2	Baja	< -2
Grave	≤ -3	≤ -3		

Se identificaron diversos problemas en el uso de las gráficas actuales de crecimiento. La Norma Oficial Mexicana para la Atención a la Salud del Niño no menciona el uso de los valores de referencia del IMC para determinar el sobrepeso y la obesidad. Hay muy poca demanda de consultas de “niños sanos” en el primer nivel de atención. El personal de salud en las unidades de primer nivel es poco estable (muchos médicos y enfermeras de las unidades de salud de primer nivel son pasantes y cambian cada año). Entre los puntos flacos del PROVAC figura una memoria insuficiente para registrar la información de más de una fecha. Las recientes encuestas rápidas de cobertura indicaron que sólo la mitad de las Cartillas

Nacionales de Vacunación tenían registrado el peso y la talla de los niños. Hay una falta de estandarización en cuanto a adiestramiento y equipamientos entre los diferentes programas que usan las gráficas de crecimiento, con muchas discrepancias en la información duplicada .

Las recomendaciones en cuanto a equipamiento, adiestramiento e interpretación de los datos son las siguientes:

Equipamiento

- calibración de las básculas
- estandarización de los instrumentos al máximo de las posibilidades
- fijación de criterios para determinar la necesidad de cambio del instrumental: estadímetros, básculas y tallímetros
- uso de la Cartilla Nacional de Vacunación para vigilar el estado nutricional mediante el registro del peso y la talla, y seguimiento de los niños con un crecimiento deficiente
- adopción de -2 y +2 desviaciones estándar como puntos de corte en las gráficas
- realización de encuestas rápidas de cobertura para detectar desviaciones y mantener la asesoría y el seguimiento
- adopción de los nuevos estándares de crecimiento en todas las instituciones de salud
- provisión suficiente de gráficas y materiales en cada unidad de salud y para cada trabajador de salud previamente capacitado

Adiestramiento

- elaboración de manuales detallados para el adiestramiento estandarizado con independencia de la institución o el programa
- realización de adiestramientos en forma periódica
- inclusión de datos sobre la desnutrición en las normas, los manuales y el adiestramiento
- descripción detallada de las recomendaciones para el tratamiento de la desnutrición en las normas, los manuales y el adiestramiento
- realización de talleres teóricos y prácticos que podrían incluirse en los programas de estudios de las escuelas de medicina para sensibilizar y capacitar a los médicos generales
- adiestramiento de todo el personal estatal y jurisdiccional responsable de la nutrición y del personal de salud de las unidades de primer nivel para la supervisión y registro adecuados de las actividades

Interpretación

- reforzar la importancia de la interpretación de las mediciones del peso y la talla en las unidades de primer nivel (normas, manuales y adiestramiento)
- vincular la vigilancia del crecimiento y el estado nutricional con la evaluación del desarrollo psicomotor, que empieza a evaluarse en las unidades de primer nivel según la Guía Rápida de Evaluación del Desarrollo

DISCUSIONES DE LA SESIÓN 3

- *Desnutrición leve o moderada*

Se planteó el tema de la interpretación y el tratamiento de los casos de desnutrición leve o moderada en los diferentes países. Se cuestionó si era necesaria una redefinición o una mejor comprensión de lo que es la desnutrición “leve” o “moderada”. Desde una perspectiva de salud pública, las subpoblaciones leve y moderadamente desnutridas son de gran importancia, porque habrá muchos más niños con un riesgo relativamente inmediato de muerte que en la categoría de la desnutrición grave.

Se admite que todos los grados de desnutrición contribuyen sustancialmente a aumentar la mortalidad infantil. Los niños en quienes se diagnostica desnutrición leve o moderada también requieren asistencia y atención.

- *Tratamiento de la desnutrición grave*

Se señaló que algunos países de la Región todavía se enfrentan a casos de desnutrición grave. Se requieren directrices claras para el tratamiento de la desnutrición grave en la Región, que incluyan la lactancia materna y la alimentación complementaria.

- *Sobrepeso y obesidad*

Es importante considerar las necesidades de atención de salud de los niños que se hallan en ambos extremos del intervalo del estado nutricional, la desnutrición y el sobrepeso. Actualmente se hace hincapié en un control más frecuente de los niños menores de 2 años de edad, pero también es necesaria una mayor sensibilización y vigilancia del crecimiento en los niños mayores de 2 años, ya que hay una mayor preocupación por el sobrepeso y la obesidad en los niños en edad escolar que en los preescolares.

- *Sistemas de clasificación y puntos de corte*

Se planteó la pregunta de si la OMS había considerado o no la definición de los puntos de corte para el déficit de peso y el sobrepeso, y su utilización. Se preguntó también si en los nuevos estándares de crecimiento se utilizarían las desviaciones estándar, los percentiles o el porcentaje de la mediana.

Se precisó que la OMS proporcionará sistemas de clasificación basados en las desviaciones estándar y los percentiles. La OMS también se compromete a seguir analizando en el futuro los sistemas de clasificación, los puntos de corte estadísticos, los resultados en cuanto a la salud, y los protocolos para el tratamiento de la desnutrición. Se señaló que los nuevos estándares de crecimiento ayudarán no sólo a identificar las desviaciones del crecimiento sino también a evaluar la velocidad de crecimiento.

Se señaló que en algunos países de la Región, se utiliza el *aumento mínimo de peso* (además del peso promedio y máximo, tal como habían expresado los delegados de México). Se cuestionó la validez de estos valores y su metodología. Se expresó que la utilización del aumento mínimo de peso probablemente era una política del gobierno y no un objetivo válido. En los nuevos estándares de la OMS no se contempla el aumento mínimo de peso. Los delegados de los países centroamericanos (El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua) explicaron que utilizan el aumento mínimo de peso como un método de tamizaje en la práctica clínica y comunitaria y no como estándares de salud pública. Cuando se preguntó sobre el origen de las pruebas que recomendaban el uso del aumento mínimo de peso, los delegados de Honduras expresaron que procedían de la bibliografía pediátrica.

- *Tarjetas de salud, registros y sistemas de información*

Se destacó la experiencia de la elaboración de las actuales tarjetas de salud infantil en Ecuador como un ejemplo de la integración y coordinación entre diferentes programas involucrados en la salud del niño y la vigilancia del crecimiento. El cambio surgió de los debates entre los programas de Nutrición, de la AIEPI y del PAI, que hicieron que estos trataran de integrar sus diferentes actividades prioritarias.

En cada comunidad de México, hay una enfermera de campo que registra mensualmente los datos de cada niño e identifica su estado nutricional. Uno de los puntos flacos de esta estrategia es el escaso

control y supervisión de la actividad. Se comentó la existencia de una estrategia similar en Guatemala, pero incluía a los líderes de la comunidad.

La página web del Ministerio de Salud de Chile, que ofrece un registro actualizado de los datos para su acceso público, se preconizó como un modelo para el resto de los países y también a nivel regional.

- *Importancia del compromiso y apoyo políticos*

Es evidente que cuando cambien los estándares de crecimiento, cambiarán las tasas de prevalencia. Por otra parte, la introducción de las mediciones de la talla en muchos países, probablemente les obligará a identificar el problema del sobrepeso y la obesidad también en su población. Estos hechos requerirán cambios en la agenda política, un nuevo diseño de las intervenciones, una redefinición de las poblaciones destinatarias y una reasignación de recursos. En los países en que se prevén más dificultades para la introducción de los cambios, sus equipos deberán ejercer un mayor liderazgo y requerirán una mejor comprensión de las razones de tales cambios.

SESIÓN 4: EL MARCO DE ADOPCIÓN Y EL PLAN DE DIFUSIÓN DE LOS NUEVOS ESTÁNDARES DE CRECIMIENTO EN LA REGIÓN

ELABORACIÓN DEL MARCO DE ADOPCIÓN Y DEL PLAN DE DIFUSIÓN REGIONAL

Propuesta

La estrategia propuesta para la adopción y difusión de los nuevos estándares de crecimiento en la Región de las Américas es la siguiente.

Título: Adopción y difusión de los nuevos estándares internacionales de crecimiento del niño en las Américas

Duración: 4 años (2005-2008)

Objetivo: Promover la adopción de los nuevos estándares de la OMS para el crecimiento del niño en los países de la Región, para que se utilicen como parte de la atención primaria de salud y en los programas vinculados con la mejora de la salud y nutrición del niño.

Actividades:

A nivel regional:

1. Designación del coordinador del proyecto
2. Formación de la Red de Apoyo Regional con miembros de la Red de Centros de Investigación Científica Latinoamericanos, compuesta por representantes de los centros (INTA-Chile, INSP-México, la Universidad Federal de Pelotas-Brasil, PROPIA-Argentina, CREP-Argentina, IIN-Perú y la Universidad de San Francisco de Quito-Ecuador) y la OPS/OMS.
3. Producción de los materiales de apoyo
4. Organización de un taller para formar la Red de Apoyo Regional
5. Organización de cuatro talleres subregionales:
 - (1) Países del Caribe de habla inglesa
 - (2) Países centroamericanos y países del Caribe de habla hispana
 - (3) Países andinos
 - (4) Países del Cono Sur

Cada país organizará un equipo de trabajo que se encargará de la difusión de los estándares y del seguimiento de su uso. En cada equipo nacional, se designará una persona como punto focal para ese país.

6. Organización de un grupo de discusión por correo electrónico, integrado por los puntos focales de cada país, para intercambiar preguntas, respuestas, observaciones y problemas.

En cada país:

1. Adaptación y reproducción de los materiales, bajo la responsabilidad de los equipos nacionales encargados de la ejecución
2. Elaboración de un plan nacional de aplicación y seguimiento de los nuevos estándares
3. Adiestramiento de los ejecutores nacional y subnacional, bajo la responsabilidad del equipo nacional
4. Adiestramiento del personal de salud a nivel local
5. Aplicación
6. Seguimiento y evaluación

Seguimiento y evaluación:

1. En cada país se establecerá un mecanismo de seguimiento para proporcionar información continua sobre los puntos fuertes y los puntos flacos de la aplicación de los nuevos estándares.

2. La información obtenida del seguimiento se procesará y se analizará con fines de retroalimentación y difusión de los resultados desde el nivel nacional central al internacional, contribuyendo así a la difusión masiva de los nuevos estándares.
3. Al término del periodo de 4 años se realizará una evaluación final del proceso de aplicación para difundir los resultados en toda la Región.

Resultados esperados:

1. Al menos 20 países habrán adoptado los nuevos estándares de crecimiento al término del periodo de ejecución del proyecto (2008).
2. Cada país contará con materiales adaptados.

Las enseñanzas aprendidas contribuirán a la difusión amplia de los estándares en la Región.

Metodología de los grupos de trabajo

Los participantes, representantes de los programas de salud materno-infantil, nutrición e inmunización de los diferentes ministerios de salud y representantes de las asociaciones pediátricas e instituciones académicas y de investigación, se distribuyeron aleatoriamente en tres grupos de trabajo. Se dio instrucciones a los grupos de trabajo para que trataran cuatro asuntos relacionados con la adopción y difusión de los nuevos estándares de crecimiento en la Región. Con base en sus conocimientos, experiencias y enseñanzas aprendidas, se pidió a los participantes que: 1) determinaran los actores que en los diferentes niveles debían participar en el adiestramiento para la aplicación de los nuevos estándares de crecimiento; 2) determinaran el equipamiento mínimo necesario para aplicar los nuevos estándares de crecimiento; 3) definieran los indicadores de proceso que debían incluirse en el sistema de vigilancia y evaluación de la aplicación de los nuevos estándares de crecimiento; y 4) señalaran de qué modo iban los nuevos estándares a mejorar la calidad de los servicios de salud en general y del sistema de atención integral al niño. En la siguiente sección se muestran las recomendaciones de los grupos de trabajo.

Resumen de las deliberaciones de los grupos de trabajo

En los siguientes cuadros se resume el trabajo de los grupos y las recomendaciones para cada uno de los cuatro temas: actores, equipamientos, indicadores de proceso y beneficios de los nuevos estándares.

1. Lista de los actores que, al nivel regional y en cada país, deben participar en el adiestramiento para la aplicación de los nuevos estándares de crecimiento:

Nivel regional:	En cada país:
<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación regional de la OPS/OMS con asesores internacionales expertos - Red de Apoyo Regional (constituida por miembros de diferentes instituciones, tal como se menciona en la propuesta anterior) - UNICEF - Organismos bilaterales - Bancos: Banco Interamericano de Desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de ejecución nacional (central) capacitado por la OPS/OMS e integrado como máximo por 6 personas, miembros de programas e instituciones que estén involucrados directamente en la salud y nutrición del niño - Comité nacional o alianzas estratégicas (con convicciones metodológicas para la aplicación de los nuevos estándares)

<p>(BID) y Banco Mundial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organización de los Estados Americanos (OEA) - ALAPE - SLAN - IBFAN - Líderes de opinión - Foros subregionales: Pacto Andino, MERCOSUR, RESCA 	<ul style="list-style-type: none"> - Instituciones gubernamentales: presidentes, senadores, ministerios de salud, seguridad social, secretarías de bienestar social y de educación - Programas de adiestramiento y educación para la salud maternoinfantil en la modalidad de adiestramiento en cascada y por niveles, dirigidos por equipos multidisciplinarios y multifuncionales - Municipios (responsables de la administración descentralizada) - Universidades: facultades de Medicina, Nutrición, Enfermería - Institutos y centros de investigación - Comisiones de lactancia materna - Sociedades pediátricas - Sociedades de nutrición - Líderes comunitarios - Líderes de opinión - Medios de comunicación - organizaciones no gubernamentales - Agencias de cooperación internacional
---	--

2. Equipamiento mínimo necesario para aplicar los nuevos estándares de crecimiento:

- Estándares de crecimiento del niño de la OMS: gráficos y diagramas
- Manuales estandarizados (elaborados por la OMS y adaptados a cada región o país)
- Material de adiestramiento: módulos de autoaprendizaje, manuales, etc. (preparados para diferentes niveles, es decir, personal sanitario u otros usuarios)
- Carteles de referencia rápida
- Software
- Imágenes de la nueva “normalidad” o “estándar” de un niño sano (con finalidades de comunicación)
- Tarjetas o libretas de salud que contengan como mínimo la siguiente información:
 - Crecimiento y evaluación del desarrollo motor
 - Normas de lactancia materna
 - Normas de alimentación complementaria
 - Inmunizaciones
 - Administración de suplementos de micronutrientes
 - Educación sanitaria
 - Prevención del maltrato infantil.
- Instrumentos de recopilación de datos por niveles (municipal, estatal, nacional) y por períodos (diario, semanal, mensual, anual)
- Instrumentos de evaluación del sistema
- Equipamiento para la medición: básculas, tallímetros, estadímetros y cintas métricas
- Especificaciones o recomendaciones estandarizadas de los equipamientos para la Región (básculas, tallímetros, estadímetros y cintas métricas), teniendo en cuenta los aspectos económicos y operativos

3. Indicadores de proceso que deben incluirse en el sistema de vigilancia y evaluación de la aplicación de los nuevos estándares de crecimiento:

- Número de instructores formados
- Número de profesionales capacitados en los diferentes niveles e instituciones
- Número de unidades de salud capacitadas y equipadas
- Número de certificaciones de capacitación individuales y por centros de salud
- Número y tipo de materiales elaborados (tarjetas de salud, libretas, carteles, folletos, etc.)
- Cobertura (proporción de tarjetas de salud distribuidas con relación al número total de niños, proporción de tarjetas adecuadamente rellenas según las normas mínimas de cada país)
- Número de instituciones que aplican los nuevos estándares
- Porcentaje de unidades de salud que usan los nuevos estándares correctamente
- Índice de utilización adecuada de las directrices de evaluación del crecimiento en cada programa (AIEPI, PAI, etc.)
- Número de instrumentos de medición entregados
- Número de instrumentos de medición que se adecuan a las normas, calibración y mantenimiento
- Decisiones políticas, por ejemplo, las resoluciones de los ministerios
- Integración en los programas de formación de las universidades

4. Modo en que los nuevos estándares de crecimiento van a mejorar los servicios de salud y la atención integral al niño:

- Mejor descripción del crecimiento fisiológico, que permitirá una toma de decisiones más eficaz y por tanto con mayores repercusiones (ayudará a los países a conseguir un mejor diagnóstico de su situación nutricional, seleccionar a los niños en riesgo y focalizar las acciones de salud)
- Visión integral de la atención al niño
- Intervenciones tempranas en la prevención del sobrepeso y la obesidad
- Promoción de la lactancia materna y de unas prácticas de alimentación saludables
- Mayor demanda de los servicios de salud para el niño sano
- Mejor comunicación entre la madre o cuidadores y los prestadores de servicios de salud
- Cambio del concepto de “normalidad”: la menor prevalencia del bajo peso, y la mayor prevalencia de la baja talla, el sobrepeso y la obesidad, provocarán cambios en la orientación de las intervenciones
- Reforzamiento de comportamientos básicos: con base en el modelo prescriptivo, se fortalecerán como estándares la lactancia materna, la alimentación complementaria adecuada y las madres no fumadoras
- Reforzamiento de la medición de la talla, particularmente como indicador de desigualdades (al insistir en que el peso no es el único elemento de evaluación del crecimiento) e incorporación de la evaluación del desarrollo motor

DISCUSIONES DE LA SESIÓN 4

- *Estrategia propuesta para la difusión de los nuevos estándares en la Región*

Los principios básicos del plan de difusión propuesto son el énfasis en el trabajo en equipo y la optimización de los recursos humanos y de su adiestramiento en la Región. La finalidad de la propuesta es armonizar una estrategia única en toda la Región para facilitar el apoyo regional y la creación de un foro de intercambio de experiencias e información. La cronología del plan de difusión dependerá principalmente de la disponibilidad de los materiales. La primera actividad será la creación durante el año 2005 de la Red de Apoyo Regional, ya que los estándares y el material complementario no estarán preparados hasta el final del año. Los miembros de esta red aprovecharán diversas asambleas de los diferentes sectores para difundir la información y promover los nuevos estándares.

Durante la elaboración de los materiales de apoyo, también se formulará una estrategia general para integrar la nutrición en la atención primaria de salud. Se podrá tener acceso por la internet a toda la información y materiales, una vez que estén listos. El desarrollo de los sistemas de información regionales y nacionales en la internet también constituirá un importante recurso cuando los nuevos estándares empiecen a difundirse.

Se propuso incluir a la Sociedad Latinoamericana de Alimentación y Nutrición (SLAN) como parte de la Red de Apoyo Regional. También se sugirió la creación de un grupo consultivo técnico, específicamente para prestar apoyo en el área del sobrepeso y la obesidad.

Los delegados guatemaltecos sugirieron que los equipos de ejecución nacionales incluyeran a miembros ajenos a los ministerios de salud, por ejemplo, grupos académicos y científicos.

Los delegados de Colombia recomendaron que, además de la información sobre el crecimiento del niño, se difundiera también información sobre el Código de Sucesos de la Leche Materna.

En cuanto a la financiación, se sugirió que cada país buscara sus donantes que apoyaran esta actividad en sus países (por ejemplo, AID/BASICS).

- *Oportunidades de promoción de los nuevos estándares de crecimiento*

Los delegados del Brasil señalaron que el próximo año será un momento muy oportuno para introducir los cambios con respecto a los nuevos estándares de crecimiento. A nivel político, los encargados de la toma de decisiones estarán analizando sus planes y áreas de trabajo. Inicialmente se sugirió que el plan de difusión regional propuesto se presentara en la reunión del SCN que se celebrará en Brasil en marzo de 2005, pero posteriormente se recomendó esperar y exponer el plan más tarde ese mismo año en el SCN News en lugar de en la reunión.

Los delegados bolivianos también señalaron que ahora es un momento oportuno para debatir la introducción de los cambios, puesto que el gobierno boliviano está examinando sus prioridades y constituyendo un grupo de trabajo con relación al área del desarrollo del niño. El presidente de la Sociedad Boliviana de Pediatría expuso el compromiso de esta en dos aspectos: la realización de un estudio nutricional a nivel nacional para presentarlo a la Asamblea Nacional en octubre de 2005, y la difusión de información sobre los nuevos estándares a todos los pediatras del país.

Los delegados del Ecuador expresaron su total compromiso para apoyar la adopción de los nuevos estándares, que pueden promoverse en dos importantes reuniones próximas: una reunión de seguridad

social y municipios saludables, y la reunión nacional para examinar el programa PANN2000. En Ecuador, existe un intercambio continuo de información entre las comunidades académica y profesional.

Los delegados de México expresaron que existen y surgen muchas oportunidades para promover los nuevos estándares en el país, incluida una próxima reunión de todos los estados, una reunión de pediatras en febrero de 2005, y el Consejo Nacional de Vacunación, una reunión mensual del personal técnico. Se sugirió el estudio de los materiales académicos para proponer cambios y actualizaciones, y para incorporar los nuevos estándares en el programa de certificación para pediatras y trabajadores comunitarios en el área de vigilancia del crecimiento.

También se propusieron las reuniones subregionales de inmunización y de AIEPI de la OPS como foros excelentes para promover los nuevos estándares. Se expresó que existen otras oportunidades para vincular esta actividad con estrategias mundiales en curso como contribución al crecimiento óptimo de los niños, específicamente la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Por otra parte, esto es una oportunidad para favorecer no sólo el crecimiento óptimo sino también prácticas óptimas de alimentación, de manera que es importante alcanzar un consenso entre los diferentes programas de salud sobre los mensajes nutricionales clave y las medidas de promoción y aplicación.

El Vicepresidente de la ALAPE expuso que la Asociación incluía miembros de todos los países latinoamericanos, incluidos Puerto Rico, Cuba y Haití. Se solicitó que el Dr. Ricardo Uauy asistiera a la reunión de la ALAPE en julio de 2005 y diera a conocer los nuevos estándares y la perspectiva de su repercusión sobre el crecimiento temprano en niños; sería una oportunidad importante para difundir ampliamente la información ante numerosos pediatras a la vez.

El presidente de la Sociedad Colombiana de Pediatría solicitó que la OPS/OMS preparara unos materiales breves de comunicación sobre la importancia de los nuevos estándares y la conveniencia de su adopción, para utilizarlos como publicidad y difusión entre los pediatras.

- *Avances en la promoción de los nuevos estándares en otros países y regiones del mundo*

En respuesta a la pregunta sobre lo que está sucediendo en otras regiones del mundo, se explicó que poco se había hecho hasta el momento, y que esta reunión regional era la primera de su clase. La OMS está actualmente en contacto con las otras cinco regiones, y otros países están expresando a diario un entusiasmo similar. Se está informando a los diferentes países de que las pruebas de los materiales sobre el terreno se finalizarán en septiembre de 2005, y que esos materiales no estarán preparados antes del final del año 2005.

Los nuevos estándares de crecimiento del niño de la OMS no son sólo una referencia sino que representan un nuevo estándar de crecimiento “normal” para todo el mundo. Ante la transición mundial de una vieja pauta de crecimiento a los nuevos estándares, los países deben esperar que el proceso de aprendizaje sea largo y que requiera un conocimiento y comprensión crecientes conforme pase el tiempo. El mundo está en una posición fantástica para aprender de este proceso mundial.

Se recomendó que durante este proceso se recogieran las preguntas más frecuentes formuladas por los diferentes grupos y audiencias y se prepararan las respuestas, para aprender continuamente de esta experiencia profunda.

LOS SIGUIENTES PASOS

Esta consulta regional es el primer paso en el proceso de promoción de los nuevos estándares de la OMS para el crecimiento del niño en toda la Región de las Américas. Ha proporcionado la oportunidad de compartir los detalles del MGRS, defender las razones e importancia de los nuevos estándares ante diversos países y empezar a debatir el plan de difusión regional.

Durante la reunión los participantes de los diferentes países reconocieron la importancia y necesidad de los nuevos estándares como una herramienta para mejorar la evaluación y vigilancia del crecimiento del niño. Expresaron sus inquietudes y señalaron las diversas repercusiones de la introducción de los cambios, así como los beneficios previsibles. Al final cada uno de los 8 países participantes expresó su compromiso de adoptar los nuevos estándares y su disposición para prepararse a avanzar en el proceso de aplicación. Los participantes señalaron la gran necesidad de defender su adopción ante los encargados de la toma de decisiones y de promover los nuevos estándares mediante la educación y la comunicación. Identificaron varias reuniones clave y oportunidades para lograr la sensibilización y promoverlos en sus países respectivos a lo largo del año 2005.

La OPS/OMS se ofreció para colaborar con los diferentes países en la defensa y promoción de los nuevos estándares, proporcionando información y apoyo técnico.

En general los participantes expresaron su apoyo al plan regional para la difusión de los nuevos estándares. La OPS/OMS se propone analizar los debates de esta reunión y los resultados de los grupos de trabajo para elaborar la propuesta y avanzar en su aplicación en el año 2005.

Los aspectos más preponderantes surgidos de los debates y las ponencias de los diferentes países y que deben tenerse en cuenta en el proceso de aplicación son los siguientes:

- Estandarización de los equipamientos e instrumentos
- Interpretación de las gráficas de crecimiento
- Integración con otros programas de salud
- Adiestramiento en los diferentes sectores y niveles asistenciales
- Fijación de prioridades en cuanto a indicadores y acciones correspondientes
- Seguimiento de la cobertura

La OPS/OMS se propone seguir sensibilizando y promoviendo la adopción de los nuevos estándares en toda la Región. Los pasos inmediatos para el año 2005 son:

- 1- Elaborar y difundir ampliamente los resultados de esta reunión de consulta regional.
- 2- Difundir permanentemente la información básica y promover los nuevos estándares en los foros regionales y nacionales.
- 3- Establecer la Red de Apoyo Regional y elaborar el plan de difusión regional.
- 4- Colaborar con los diferentes países para defender y promover la adopción de los nuevos estándares y prepararlos para su aplicación.

BIBLIOGRAFÍA

ANTECEDENTES

Garza C, de Onis M. Rationale for Developing a New International Growth Reference. *Food and Nutrition Bulletin* 2004 Mar; 25(1): S5-S14.

de Onis M, Garza C, Victora CG, Onyango AW, Frongillo EA, Martines, J. The WHO Multicentre Growth Reference Study: Planning, study design, and methodology. *Food and Nutrition Bulletin* 2004 Mar; 25(1): S15-S26.

REPERCUSIÓN DEL CRECIMIENTO TEMPRANO EN LA SALUD A LO LARGO DE LA VIDA

Shrimpton R, Victora CG, de Onis M, Lima RC, Blossner M, Clugston G. Worldwide Timing of Growth Faltering: Implications for nutritional interventions. *Pediatrics* 2001 May;107(5).

Caulfield LE, de Onis M, Blossner M, Black RE. Undernutrition as an Underlying Cause of Child Deaths Associated with Diarrhea, Pneumonia, Malaria, and Measles. *Am J Clin Nutr* 2004 Jul; 80(1):193-8.

Pelletier DL. The Relationship Between Child Anthropometry and Mortality in Developing Countries: Implications for policy, programs and future research. *J Nutr* 1994; 124:2047S-81S.

Eriksson JG, Forsen T, Tuomilehto J, Osmond C, Barker DJ. Early growth and coronary heart disease in later life: longitudinal study. *BMJ* 2001; 322:949-53.

Stein AD, Barnhart HX, Hickey M, Ramakrishnan U, Schroeder DG, Martorell R. Prospective Study of Protein-Energy Supplementation Early in Life and of Growth in the Subsequent Generation in Guatemala. *Am J Clin Nutr* 2003; 78 162-167.

Bhargava SK, Sachdev HS, Fall CH, Osmond C, Lakshmy R, Barker DJ, Biswas SK, Ramji S, Prabhakaran D, Reddy KS. Relation of Serial Changes in Childhood Body-Mass Index to Impaired Glucose Tolerance in Young Adulthood. *N Engl J Med* 2004 Feb 26; 350(9):865-75.

LOS NUEVOS ESTÁNDARES DE CRECIMIENTO DEL NIÑO DE LA OMS. ¿POR QUÉ? ¿CÓMO? ¿QUÉ VIENE DESPUÉS?

de Onis M, Garza C, Victora CG, Onyango AW Frongillo EA, Martines, J. The WHO Multicentre Growth Reference Study: Planning, study design, and methodology. *Food and Nutrition Bulletin* 2004 Mar; 25(1): S15-S26.

WHO Working Group on Infant Growth. *An Evaluation of Infant Growth*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1994.

de Onis M, Wijnhoven T, Onyango A. Worldwide Practices in Child Growth Monitoring. *J Pediatr* 2004; 144:461-5.

USO ACTUAL DE LAS GRÁFICAS DE CRECIMIENTO DEL NIÑO EN LA REGIÓN: RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS

de Onis M, Wijnhoven T, Onyango A. Worldwide Practices in Child Growth Monitoring. *J Pediatr* 2004; 144:461-5.

ANEXO 1: Lista de participantes

PARTICIPANTES DE PAÍS

Bolivia

Dr. Orlando Jordán J.
Presidente
Sociedad Boliviana de Pediatría (SBP)
Av. Noel Kempff Mercado 901
Casilla 6953
Santa Cruz, Bolivia
Tel.: 341-0944
Fax: 333-5958
Correo electrónico: sbp@cotas.com.bo,
orlandojordan@yahoo.com

Lic. María Eugenia Lara Antezana
Responsable de Crecimiento y Desarrollo
Ministerio de Salud y Deportes
La Paz, Bolivia
Tel.: 2-440378
Correo electrónico: mareugelara@hotmail.com

Brasil

Lic. Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha
Asesora Técnica
Coordenação-Geral da Política de Alimentação e
Nutrição
Secretaria de Atenção à Saúde
Ministério da Saúde
511 Norte – Ed. Bittar IV – 4º andar (CGPAN)
Brasília (DF), Brasil
Tel.: 55-61-448-8040
Fax: 55-61-448-8286
Correo electrónico:
luciana.sardinha@saude.gov.br

Lic. Renata Alves Monteiro
Asesora Técnica
Área de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
Secretaria de Atenção à Saúde
Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios
Bloco G – sala 625
Brasília (DF), Brasil
Tel.: 55-61-315-2759 o 315-2866
Fax: 55-61-315-2038
Correo electrónico: renata.monteiro@saude.gov.br

Chile

Dr. Carlos Eduardo Becerra Flores
Jefe del Programa de Salud del Niño
Ministerio de Salud
Maclver 541
Santiago, Chile
Tel.: 6300-500
Fax: 6300-507
Correo electrónico: cbecerra@minsal.cl

Dr. Tito Alesandro Pizarro Ivevedo
Jefe de la Unidad de Nutrición
Ministerio de Salud
Maclver 541
Santiago, Chile
Tel.: 6300-321
Correo electrónico: tpizarro@minsal.cl

Colombia

Dr. Juan Fernando Gómez Ramírez
Presidente
Sociedad Colombiana de Pediatría
Cl 3 #43 B 68 Apto 805
El Poblado
Medellín, Colombia
Tel.: 263-9856
Fax: 263-9856
Correo electrónico: socpediant@epm.net.co

Lic. Amanda Valdés Soler
Coordinadora de Infancia y Familia
Dirección General de Promoción
Ministerio de la Protección Social
CR 13, 32-76
Bogotá, D.C., Colombia
Tel.: 336-5066, ext. 1200 o 1211
Fax: 336-0182
Correo electrónico:
avaldes@minproteccionsocial.gov.co

Dra. Magda Palacio
Consultora Nacional
OPS/OMS en Colombia
Carrera 7 Nr. 74-21, Piso 9
Edificio Seguros Aurora
Bogotá, D.C., Colombia
Apartado Aéreo 253367
Bogotá, D.C., Colombia
Tel.: 57-1-314-4141, ext. 118
Correo electrónico: mpalacio@col.ops-oms.org

Ecuador

Dr. Julio Arturo Alvear Molina
Coordinador
Proceso de Salud Integral
Ministerio de Salud Pública
Buenos Aires 340 y Manuel Larrea
Quito, Ecuador
Tel.: 593-2-2540-060
Fax: 593-2-2540-060
Correo electrónico: julioalvear@andinanet.net

Dra. María del Carmen Grijalva Aguilar
Médica Técnica
Programa Ampliado de Inmunización (PAI)
Ministerio de Salud Pública
Buenos Aires 340 y Manuel Larrea
Quito, Ecuador
Tel.: 593-2-2224-443
Fax: 593-2-2906-964
Correo electrónico:
carmengrijalva2003@yahoo.com

Guatemala

Lic. Maritza Méndez de Oliva
Nutricionista
Programa de la Seguridad Alimentaria y
Nutricional (PROSAN)
Ministerio de Salud Pública
13 Av. 36-12 Z.12 Villa Sol
Guatemala, Guatemala, C.A.
Tel.: 502-2-442-4103
Fax: 502-2-471-9998
Correo electrónico: oliva@guate.net.gt

Dra. Mara Eugenia Vargas de León
Profesional Técnica
Programa Nacional de Inmunizaciones
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
(MSPAS)
12 Avenida 15-88 Zona 17
Colonia El Maestro
Guatemala, Guatemala, C.A.
Tel.: 5-990-7340
Fax: 2-450-2789
Correo electrónico:
deleonmaravargas@intelnnett.com

Honduras

Dra. María Isabel Degrández Perdomo
Médica Técnica
Unidad del Niño
Departamento de Atención Integral a la Familia
Secretaría de Salud
Tegucigalpa, MDC., Honduras, C.A.
Tel.: 222-1257
Correo electrónico: degrandez@optinet.hn

México

Dra. Liliana Martínez Peñafiel
Subdirección de Atención al Recién Nacido y
Prevención de la Discapacidad

Dra. Ana Karla Monzalvo López
Supervisora Médica del Área Normativa "A"
Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Secretaría de Salud
Homero 213 Col. Chapultepec Morales
Delegación Hidalgo, CP 11570 4.º piso
México, D.F.
Tel.: 5341-3467
Fax: 5263-9102
Correo electrónico: lmartinez03@salud.gob.mx o lili1016@yahoo.com

Adolescencia – SSA
Francisco de P. Miranda #177
Colonia Merced Gómez
México, D.F.
Tel.: 5680-1208, ext. 203
Correo electrónico: karlamonzalvo@att.net.mx o karlamonzalvo@salud.gob.mx

Dr. Miguel Ángel Villasís-Keever
Jefe de la División de Evaluación para la Investigación
Coordinación de Investigación en Salud
Centro Médico Nacional Siglo XXI – IMSS
Instituto Mexicano del Seguro Social
Av. Cuauhtémoc No. 330 Col. Doctores
México
Tel.: 55-5761-0841
Fax: 55-5761-0859
Correo electrónico: mvillasisk@cis.gob.mx

PARTICIPANTES DE ORGANISMOS E INSTITUTOS

OMS

Dra. Mercedes de Onís
Oficial Médica
Departamento de Nutrición
OMS
20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27, Suiza
Tel.: 41-22-791-3320
Fax: 41-22-791-4156
Correo electrónico: deonism@who.int

OPS/OMS

Dra. Gina Tambini
Gerente de Área
Área de Salud Familiar y Comunitaria
OPS/OMS
525 23rd Street, NW
Washington, D.C. 20037
Estados Unidos de América
Tel.: 202-974-3247
Fax: 202-974-3635
Correo electrónico: tambinigi@paho.org

Dra. Wilma B. Freire
Jefa de Unidad
Unidad de Nutrición
OPS/OMS
525 23rd Street, NW
Washington, D.C. 20037
Estados Unidos de América
Tel.: 202-974-3505
Fax: 202-974-3675
Correo electrónico: freirewi@paho.org

Lic. Sunny S. Kim
Oficial Técnica
Unidad de Nutrición
OPS/OMS

Lic. Margarita Safdie
Consultora Asociada
Unidad de Nutrición
OPS/OMS

525 23rd Street, NW
Washington, D.C. 20037
Estados Unidos de América.
Tel.: 202-974-3853
Fax: 202-974-3675
Correo electrónico: kimsunny@paho.org

525 23rd Street, NW
Washington, D.C. 20037
Estados Unidos de América.
Tel.: 202-974-3659
Fax: 202-974-3675
Correo electrónico: safdiema@paho.org

Dra. Chessa K. Lutter
Asesora Regional
Unidad de Nutrición
OPS/OMS
525 23rd Street, NW
Washington, D.C. 20037
Estados Unidos de América.
Tel.: 202-974-3871
Fax: 202-974-3675
Correo electrónico: lutterch@paho.org

Dra. María Daniela Petreigne
Consultora
Unidad de Salud del Niño
OPS/OMS
525 23rd Street, NW
Washington, D.C. 20037
Estados Unidos de América
Tel.: 202-974-3549
Correo electrónico: petreigm@paho.org

Dra. Alba María Roperó Álvarez
Epidemióloga
Unidad de Inmunización
OPS/OMS
525 23rd Street, NW
Washington, D.C. 20037
Estados Unidos de América
Tel.: 202-974-3706
Fax: 202-974-3635
Correo electrónico: roperoal@paho.org

**Universidad de las Naciones Unidas (UNU)/
Universidad de Cornell**

Dr. Cutberto Garza
Profesor y Director de Alimentación y Nutrición
UNU/Universidad de Cornell
127 Savage Hall
Ithaca, NY 14853
Estados Unidos de América
Tel.: 607-254-8001
Fax: 607-255-1033
Correo electrónico: cg30@cornell.edu

**Unión Internacional de Ciencias de la Nutrición (IUNS)/
Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos de la Universidad de Chile (INTA)**

Dr. Ricardo Uauy
Profesor Titular y Presidente
INTA-Universidad de Chile/IUNS
Casilla 15138
Santiago 11, Chile
Tel.: 562-678-1497
Fax: 562-221-4030
Correo electrónico: uauy@uchile.cl

Universidad de Chile

Dr. Eduardo Atalah S.
Profesor
Departamento de Nutrición
Facultad de Medicina
Universidad de Chile
Av. Independencia 1027, Clasificador N° 7
Santiago, Chile
Tel.: 562-777-6334 o 678-6239
Fax: 562-735-5581
Correo electrónico: eatalah@med.uchile.cl

Centro de Pesquisas Epidemiológicas - Brasil

Dra. Cora Luiza Araújo Pavin
Profesora
Centro de Pesquisas Epidemiológicas
Av. Duque de Caxias
250 – Fragata
Pelotas, R.S.
CEP 96015-420
Brasil
Tel.: 55-53-271-2442
Fax: 55-53-271-2645
Correo electrónico: cora.araujo@terra.com.br

Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE)

Dr. Conrado Antonio Rivera Lara
Vicepresidente
ALAPE
7ª Ave #12-23 Zona 9
Edificio Etisa Oficina 5.6
Guatemala City, Guatemala
Tel.: (502) 2362-1782
Fax : (502) 2334-7857
Correo electrónico: pediatr@terra.com.gt

CINyS/INSP-Cuernavaca, México

Dr. Juan Rivera Donmarco
Director
Centro de Investigación en Nutrición y Salud
(CINyS)
INSP-Cuernavaca, México
Correo electrónico: jrivera@correo.insp.mx

Dra. Teresita González de Cossío Martínez
Investigadora
Centro de Investigación en Nutrición y Salud
(CINyS)
INSP-Cuernavaca, México
Correo electrónico: tgonzale@insp.mx

Dra. Lynette Marie Neufeld
Investigadora Asociada
Centro de Investigación en Nutrición y Salud
(CINyS)
INSP-Cuernavaca, México
Correo electrónico: lneufeld@insp.mx

ANEXO 2: Programa de la reunión

PRIMER DÍA: Jueves, 9 de diciembre

8:00	Inscripción	
SESIÓN 1: INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CRECIMIENTO DEL NIÑO Y DEL ESTUDIO MULTI-CENTRO DE LAS REFERENCIAS DEL CRECIMIENTO DE LA OMS (MGRS)		
MODERADOR: J. Rivera		
8:30 – 8:50	Apertura	G. Tambini
	Bienvenida en nombre de la institución anfitriona	J. Rivera
8:50 – 9:00	Antecedentes y objetivos de la reunión	W. Freire
9:00 – 9:30	Repercusión del crecimiento temprano en la salud a lo largo de la vida	R. Uauy
9:30 – 10:15	Nuevos estándares de la OMS para el crecimiento del niño: ¿Por qué? ¿Cómo? ¿Qué viene después?	M. de Onís
10:15 – 10:30	Receso	
10:30 – 11:00	Discusión	
SESIÓN 2: PRÁCTICAS ACTUALES EN EL USO DE LAS GRÁFICAS DE CRECIMIENTO		
MODERADOR: R. Uauy		
11:00 – 11:30	Uso actual de las gráficas de crecimiento del niño en la Región: Resultados de los cuestionarios	W. Freire
11:30 – 12:00	Discusión	
12:00 – 13:30	Receso	
13:30 – 14:15	Referencias del crecimiento: Un instrumento en el contexto de la Atención Primaria de Salud	J. Rivera
14:15 – 14:45	Discusión	
14:45 – 15:15	Retos y oportunidades en la aplicación de los nuevos estándares de crecimiento	T. González Cossío
15:15 – 15:30	Receso	
15:30 – 16:00	Discusión	
SESIÓN 3: EXPERIENCIAS DE CADA PAÍS EN EL USO DE LAS GRÁFICAS DE CRECIMIENTO		
MODERADOR: C. Garza		
16:00 – 16:30	Presentación de países: MÉXICO (Experiencias en el uso de las gráficas de crecimiento y recomendaciones para mejorar la vigilancia del crecimiento en el niño)	
16:30 – 17:00	Discusión	

SEGUNDO DÍA. Viernes, 10 de diciembre

SESIÓN 3. EXPERIENCIAS DE CADA PAÍS EN EL USO DE LAS GRÁFICAS DE CRECIMIENTO (continuación)

8:00 – 8:30	Presentación de países: ECUADOR
8:30 – 8:45	Discusión
8:45 – 9:15	Presentación de países: GUATEMALA
9:15 – 9:30	Discusión
9:30 – 10:00	Presentación de países: BRASIL
10:00 – 10:15	Discusión
10:15 – 10:30	Receso
10:30 – 11:00	Presentación de países: CHILE
11:00 – 11:15	Discusión

SESIÓN 4. EL MARCO DE ADOPCIÓN Y EL PLAN DE DIFUSIÓN DE LOS NUEVOS ESTÁNDARES DE CRECIMIENTO EN LA REGIÓN

MODERADORA. W. Freire

11:15 – 11:30	Propuesta de la estrategia regional para la difusión de los nuevos estándares de crecimiento del niño de la OMS	W. Freire
11:30 – 11:45	Discusión de la estrategia regional y directrices para los grupos de trabajo	
11:45 – 12:00	Discusiones de los grupos de trabajo	
12:00 – 13:30	Receso	
13:30 – 15:15	Discusiones de los grupos de trabajo (continuación)	
15:15 – 15:30	Receso	
15:30 – 16:30	Presentación y discusión de las conclusiones de los grupos de trabajo	
16:30 – 17:00	Conclusiones y próximos pasos	
17:00	Cierre	

