

RESUMEN EJECUTIVO

i

I. INTRODUCCION

1

II. OBJETIVOS

4

III. METODOLOGIA

4

IV. PROGRAMA

7

V. PARTICIPANTES

11

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

12

VII. INFORME GENERAL

16

ANEXOS

Anexo No. 1: La integración de las actividades de alimentación y nutrición en la atención hospitalaria (Documento de Trabajo)

Anexo No. 2: Análisis del componente de servicio de alimentación en los hospitales de la subregión (Documento de Trabajo)

Anexo No. 3: Conferencias:

- Responsabilidad del Hospital en la Promoción, prevención y recuperación del nivel nutricional del país.
- Atención Nutricional como componente de las actividades de alimentación y nutrición en el Hospital
- Formación académica, capacitación en servicio y educación comunitaria integrada a las actividades de alimentación y nutrición en la atención hospitalaria
- La investigación en alimentación y nutrición en los hospitales

Anexo No. 4: Situación actual de las actividades de nutrición y alimentación en los hospitales

- Anexo No 5: Análisis de las actividades de alimentación y nutrición hospitalaria de la subregión (Trabajo de Grupo)
- Anexo No. 6: Propuestas para el fortalecimiento y/o reestructuración de las actividades de alimentación y nutrición en los hospitales
- Anexo No. 7: Lista de participantes

AGRADECIMIENTOS

La Organización Panamericana de la Salud y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, agradecen la valiosa colaboración brindada por parte del personal de los Hospitales: San Juan de Dios, Amatiilán y Antigua Guatemala, que permitió conocer la organización y funcionamiento de las actividades de alimentación y nutrición en estas instituciones.

Asimismo, destaca el excelente trabajo y apoyo por parte del personal directivo, profesional, administrativo, técnico y de secretarías del INCAP, durante el desarrollo de este Taller.

RESUMEN EJECUTIVO

Los sistemas de salud de Centro América, Panamá y República Dominicana, si bien han identificado los problemas, objetivos e intervenciones prioritarias en materia de alimentación y nutrición (Priority Health Needs in Central America and Panama, OPS, 1984), no las han integrado de forma efectiva en cada uno de los programas básicos y en los diferentes niveles de atención.

Esta situación es mucho más notoria en el hospital, que todavía es considerado como una institución eminentemente curativa y, por lo tanto, se aísla del ambiente y contexto en que vive el grupo comunitario que atiende.

También se sabe que el cambio que se requiere implica un proceso lento y aunque los sistemas de salud iniciaron la reestructuración y ampliación de sus servicios para mejorar su equidad, efectividad y eficiencia, todavía falta entender que el proceso conduce a transferir, delegar y, en la mayoría de las veces, compartir responsabilidades en la planeación, ejecución y evaluación de la prestación de servicios.

Lo anterior ha condicionado, entre otros factores, que las acciones de alimentación y nutrición, no tengan el enfoque adecuado, amplio e integral en cada institución y nivel del sector salud.

Como consecuencia de lo anterior, la mayoría de las veces, las actividades de alimentación y nutrición en los hospitales se han limitado al servicio de alimentación, sin analizar este componente como un medio para contribuir a la recuperación y mantenimiento del nivel de salud del paciente.

En gran número de los hospitales de la sub-región, el componente de servicios de alimentación, aparte de que tiende a verse aislado de los otros dos componentes que constituyen las actividades de alimentación y nutrición, a saber: la atención nutricional y la educación e investigación alimentaria y nutricional- presenta serias dificultades técnicas y administrativas que limitan su efectividad en la atención integral del paciente

Esta situación se vio corroborada por el análisis realizado en la reunión de trabajo sobre servicios de alimentación institucional, que se llevó a cabo en el INCAP en noviembre de 1986.

En síntesis, las actividades de alimentación y nutrición en el hospital deben enfatizar el papel de promoción y prevención ya que, como todos sabemos, dichas actividades no pueden aislarse del contexto de la problemática alimentaria y nutricional de la comunidad que atiende. Asimismo, es un hecho que tal problemática no se resuelve en las instituciones de salud y menos en el hospital, sino que es un compromiso de los diferentes sectores y de la comunidad.

Consciente de esta situación y en respuesta a las solicitudes de los países de la sub-región, en esta área, la OPS convocó el presente Taller Subregional sobre Integración de las Actividades de Alimentación y Nutrición en la Atención Hospitalaria, a través del Programa Regional de Alimentación y Nutrición (HPN) y del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).

Los países participantes en el Taller (Centro América, Panamá y

República Dominicana) identificaron como problemas fundamentales, corroborando los mencionados anteriormente, los siguientes:

1. La mayoría de los hospitales no están integrados a la comunidad, a través de las otras unidades operativas (centros, policlínicas y puestos de salud), limitándose al aspecto clínico, lo cual se refleja en las actividades de alimentación y nutrición.

2. Los servicios de alimentación hospitalaria se establecen como un fin en sí mismos y no como un medio para brindar la atención nutricional.

3. No existe evaluación del impacto de las actividades (aisladas, hasta el momento, en la mayoría de los casos) de alimentación y nutrición en el hospital, en términos de cómo éstas contribuyen a modificar los indicadores de morbi-mortalidad, en los cuales interviene el componente de nutrición (por ejemplo, morbi-mortalidad infantil, por enfermedades diarreicas y otras infecciones, algunas enfermedades crónicas del adulto).

Con base en el análisis anterior, los participantes de cada país elaboraron una propuesta de integración de las actividades mencionadas en la atención hospitalaria, la cual establece, en términos generales:

1. Reformulación de los objetivos de las actividades de alimentación y nutrición hospitalarias, por un equipo interdisciplinario de nivel central y con poder de decisión.

2. Redefinición de los papeles de cada miembro del equipo de salud, para cumplir dichos objetivos.

3. Capacitación de todo el equipo de salud, durante su formación y en servicio, en los diferentes niveles y dándole mayor énfasis a las intervenciones prioritarias que se han señalado para la subregión.

4. Establecimiento de estrategias factibles para operacionalizar las actividades de alimentación y nutrición, que lleven al logro de los objetivos.

5. Evaluación del impacto de las actividades, utilizando los indicadores existentes en el sistema de salud.

El grupo enfatizó, durante el desarrollo del Taller que, dado el carácter multicausal de la problemática alimentaria y nutricional, la integración y ejecución de las actividades de alimentación y nutrición no pueden estar condicionadas a la presencia de un personal especializado, sino que requiere un trabajo de equipo.

Los países recomendaron, a grandes líneas:

1. La urgente necesidad de formar equipos interdisciplinarios, en cada país que orienten las actividades de alimentación y nutrición hospitalarias.

2. La formulación de un plan para la integración de estas actividades con el trabajo total del hospital.

3. El compromiso efectivo de los sistemas de salud de cada país para poder llevar a cabo las propuestas.

4. El apoyo técnico de OPS/INCAP en los aspectos que ameriten ser fortalecidos en cada país y, lo que es más importante el seguimiento del cumplimiento de las propuestas formuladas.

De esta forma, se espera lograr que las actividades de alimentación y nutrición se realicen de manera eficaz y contribuyan a la atención integral del paciente hospitalizado y ambulatorio.

I. INTRODUCCION

El análisis de la situación de los programas de alimentación y nutrición a nivel hospitalario no puede aislarse del contexto multicausal de la problemática nutricional de los países, ni de los compromisos que tiene cada sector de desarrollo para elevar el nivel nutricional de la población

El sector salud, en todos sus niveles, atiende los graves daños que causa la desnutrición, los cuales se manifiestan en las elevadas tasas de morbi y mortalidad infantil y en la incidencia y prevalencia de ciertas enfermedades crónicas, en las que el componente nutricional tiene un papel importante en su prevención y recuperación. Para ejercer esta función preventiva y correctiva se requiere que se desarrolle la capacidad de análisis del problema nutricional a todos los niveles del sistema de salud, con el fin de identificar de manera directa los recursos disponibles tanto en los servicios como en la comunidad, y así tener la posibilidad de ofrecer una mejor respuesta a las necesidades y problemas nutricionales que tiene la población

Es evidente entonces que las actividades de alimentación y nutrición en los hospitales, abarcan mucho más que lo relativo a los servicios de alimentación involucran la integración de acciones prioritarias, reconocidas como fundamentales para contribuir a promover y recuperar el estado nutricional de la población atendida

Estas acciones comprenden lo relacionado con:

A Lactancia Materna

B. Vigilancia del crecimiento y nutrición del niño

- C. Atención nutricional del niño con diarrea y otras infecciones
- D. Atención nutricional de la mujer embarazada y madre que lacta
- E. Atención nutricional del niño menor de cinco años
- F. Atención nutricional de la población adulta con enfermedades relacionadas con nutrición

De lo anterior se deriva la urgente necesidad de que los sistemas de salud tengan como prioridad la integración y articulación del componente de alimentación y nutrición en los programas y niveles de atención de salud.

Actualmente, se está promoviendo en los países la descentralización de la programación y planificación a través de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), como una estrategia para optimizar los recursos disponibles, tanto institucionales como de la comunidad, en función de sus necesidades. Esto ofrece la gran oportunidad de integrar y articular las actividades de alimentación y nutrición de los hospitales con los otros niveles de atención y con la comunidad, ya que los SILOS constituyen las unidades básicas de gestión y planificación de los servicios de salud.

Como consecuencia de la situación planteada, los países de Centro América, Panamá y República Dominicana, han hecho solicitudes permanentes de apoyo técnico al INCAP y a la Organización Panamericana de la Salud, para mejorar las actividades de alimentación y nutrición.

Una respuesta a estas solicitudes fue la realización de este Taller Sub-regional, con el propósito de que cada país analizara:

- A. La situación actual de dichas actividades
- B. Hasta dónde las actividades de alimentación y nutrición han tenido impacto en el mejoramiento del nivel de salud del paciente

hospitalizado y ambulatorio.

- C. Las causas y consecuencias del limitado enfoque que han tenido estas acciones
- D. Cómo las actividades mencionadas no se deben independizar entre sí y con los otros servicios del hospital, de los objetivos que le fueron asignados al sector salud con relación a las mismas

Con base en este análisis, cada país presentó una propuesta de fortalecimiento o reestructuración de las actividades de alimentación y nutrición en los hospitales, que sirviera de base:

- A. Para tomar decisiones, con relación a las reestructuraciones planteadas, por parte de las autoridades del sistema de salud respectivo.
- B. Para identificar las áreas más necesitadas de apoyo técnico por parte del INCAP y OPS.

Asimismo, los resultados y recomendaciones de esta reunión, serán divulgados a los otros países de América Latina y servirán de pauta para planificar, ésta o acciones similares, en los países andinos, como sur y Brasil.

El presente documento contiene el material utilizado para los análisis mencionados, así como los trabajos realizados y las conclusiones y recomendaciones de los participantes. Se espera que los resultados, altamente positivos, obtenidos en este Taller, se reflejen en un verdadero compromiso, tanto por parte de los países para cumplir con las recomendaciones, como por parte del INCAP y de la OPS para brindar el apoyo técnico esperado, con el enfoque planteado en el mismo. En la medida que

eventos.

II. OBJETIVOS

A. General

Mejorar las actividades de alimentación y nutrición a nivel hospitalario para contribuir efectivamente al tratamiento integral del paciente hospitalizado y ambulatorio.

B. Específicos

1. Identificar las actividades de alimentación y nutrición que necesitan más desarrollo, para que los responsables de atención hospitalaria y de nutrición de los Sistemas Nacionales de Salud, los directores y administradores de hospitales y los organismos de cooperación, le den con prioridad el apoyo técnico-administrativo necesario.

2. Elaborar una propuesta para fortalecer y/o reestructurar las actividades de alimentación y nutrición a nivel hospitalario, para que cada país participante, la presente a las autoridades de sus sistemas de salud.

III. METODOLOGIA

La reunión de trabajo tuvo la siguiente metodología:

A. Elaboración de dos documentos base de trabajo: uno, sobre la integración de las actividades de alimentación y nutrición en la atención hospitalaria (Anexo No. 1) y el otro, un análisis del componente de servicios de alimentación, basado en la reunión de trabajo llevada a cabo en el INCAP en 1986, con el objetivo de analizar la situación de los servicios de alimentación institucionales en la subregión (Anexo No. 2).

alimentación y nutrición como parte de la organización y funcionamiento de los hospitales, los factores técnicos y administrativos que condicionan el desarrollo de cada uno de los componentes de estas actividades:

1. Servicios de alimentación
2. Atención nutricional
3. Educación e investigación nutricional

El desarrollo de estos temas estuvo a cargo de consultores con experiencia en: administración hospitalaria y en cada uno de los componentes enunciados.

C. Exposiciones, por cada país participante, sobre la situación actual de las actividades de alimentación y nutrición en los hospitales, sus dificultades técnicas y administrativas, así como también su integración con los otros servicios de la institución y los diferentes niveles de atención del sistema de salud. Para estas exposiciones se envió, una guía que sirviera de base para cada presentación.

D. Trabajo de grupo:

1. Los participantes, divididos en cuatro grupos, y teniendo como base las conferencias iniciales (Anexo No. 3), los documentos de trabajo y la situación expuesta por cada país (Anexo No. 4), revisaron los propósitos de las actividades de alimentación y nutrición hospitalaria, analizando los mecanismos de coordinación e integración entre los componentes, así como con los otros servicios del hospital y niveles de atención. A la vez, identificaron las responsabilidades técnico-administrativas del sistema de salud para que el hospital logre los objetivos en alimentación y nutrición. Para esta revisión se utilizó una

guía diseñada con este fin. Como resultado de la discusión de los grupos y por consenso, se obtuvieron las conclusiones y recomendaciones de dicho análisis (Anexo No. 5).

2 De acuerdo con lo anterior, los participantes de cada país, diseñaron una propuesta (Anexo No 6), que presentarán a las directivas del sistema de salud correspondiente, sobre la reestructuración de las actividades de alimentación y nutrición en hospitales, de acuerdo a las prioridades, recursos disponibles y capacidad operativa de los países, enunciando el tipo de apoyo técnico y administrativo que se necesita para desarrollar cada componente de las actividades.

E. Se realizaron tres visitas: al Hospital General San Juan de Dios y a los hospitales de Antigua Guatemala y Amatlán, para conocer la organización y funcionamiento de las actividades de alimentación y nutrición como un elemento más para la elaboración de las propuestas.

F. Con base en los documentos de trabajo, la situación actual expuesta por los países y los análisis hechos en los trabajos de grupo, se elaboraron las conclusiones y recomendaciones finales.

FECHA	HORA	ACTIVIDAD
Lunes 7 de diciembre	8:20 - 9:30	Inscripción Entrega de documentos
	9:35 - 9:45	Inauguración Dr. Luis O. Angel, Director INCAP
	9:50 - 10:15	Propósito de la reunión Programa, Metodología. Licda. Myriam Ruiz Maldonado, Consultor DPS
	10:20 - 10:50	Receso
	10:55 - 11:55	Integración del componente de Alimentación y Nutrición en la estructura administrativa del hospital, dentro de la estra- tegia de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) Dr. Miguel Gueri, HPN Washington
	12:00 - 12:55	Responsabilidad del Hospital en la promoción, prevención y recuperación del nivel nutri- cional del paciente Dr. Miguel Gueri, HPN Washington
	13:00 - 14:25	Almuerzo
	14:30 - 15:25	Componentes de las actividades de alimentación y nutrición hospitalaria - Servicios de Alimentación - Atención nutricional - Educación e investigación en nutrición y alimentación Licda. Myriam Ruiz Maldonado, Consultor OPS
	15:30 - 16:25	Situación actual de las acti- vidades de alimentación y nu- trición en los hospitales de cada país. - Panamá - República Dominicana
	16:30 - 16:55	Receso

FECHA	HORA	ACTIVIDAD
Martes 8 de diciembre	17:00 - 18:00	- Nicaragua - Guatemala
	8:30 - 10:00	Situación actual de las actividades de alimentación y nutrición en los hospitales de cada país (Continuación, Lunes 7) - Costa Rica - Honduras - El Salvador
	10:05 - 10:35	Receso
	10:40 - 11:45	Organización y funcionamiento de los servicios de alimentación hospitalarios Lic. Blanca D. Tejeda Consultor, OPS
	11:50 - 12:55	Atención nutricional del paciente hospitalizado y ambulatorio Lic. Carmen Dárdano, INCAP
	13:00 - 14:25	Almuerzo
	14:30 - 15:25	Educación Nutricional para: - Personal que trabaja con las actividades de alimentación y nutrición en los hospitales - Pacientes y comunidad - Equipo de salud Lic. Alexandra Praun, INCAP
	15:30 - 16:25	Investigación nutricional y alimentaria en hospitales Lic. Blanca D. Tejeda Consultor, OPS
	16:30 - 17:30	Actividad Social
	8:30 - 10:30	Análisis de las actividades de alimentación y nutrición hospitalarias Grupos de trabajo (Guía No. 1)
Miércoles 9 de diciembre	10:35 - 11:05	Receso
	11:10 - 12:55	Continuación Grupos de Trabajo (Guía No. 1)

FECHA	HORA	ACTIVIDAD
	13:00 - 14:25	Almuerzo
	14:30 - 16:25	Presentación de los grupos Discusión General
	16:30 - 17:00	Receso
	17:05 - 17:50	Conclusiones y Recomendaciones (Del tema de la Guía No. 1).
Jueves 10 de diciembre	8:30 - 12:00	Visita a hospitales y centros de salud, para conocer la or- ganización de cada uno de los componentes de las actividades de alimentación y nutrición
	13:00 - 14:25	Almuerzo
	14:30 - 16:00	Elaboración de la propuesta de reestructuración de las acti- vidades de Alimentación y Nu- trición Hospitalarias por país Grupos de Trabajo (Guía No. 2)
	16:05 - 16:35	Receso
	16:40 - 17:30	Continuación grupos de trabajo (Guía No. 2)
Viernes 11 de diciembre	8:30 - 10:25	Presentación de las propuestas para fortalecer y/o reestruc- turar las actividades de ali- mentación y nutrición hospita- larias que serán presentadas a los sistemas de salud de cada país - El Salvador - Honduras - Costa Rica
	10:30 - 11:00	Receso
	11:05 - 12:55	Continuación. Presentación de Propuestas - Guatemala - Panamá - Nicaragua - República Dominicana
	13:00 - 14:25	Almuerzo

FECHA	HORA	ACTIVIDAD
	14:30 - 15:30	Discusión de conclusiones y recomendaciones finales
	15:35 - 16:00	Receso
	16:05 - 17:00	Presentación de conclusiones y recomendaciones finales

V. PARTICIPANTES

Cuando se planificó el Taller, se vio la necesidad que el análisis y recomendaciones para integrar y mejorar las actividades de alimentación y nutrición hospitalaria fuera hecho conjuntamente entre los responsables de atención médica y el área de nutrición, de cada sistema de salud de los países de la subregión, para que, de esta forma, se revisara integralmente las responsabilidad y prioridades que sobre alimentación y nutrición tiene el hospital. Por tal razón, se invitó a los responsables en: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana (Anexo No. 7).

Algunos países, por su situación y disponibilidad de recursos humanos en el período de la realización del Taller, no les fue posible enviar los directivos de atención médica y nutrición de nivel central, pero delegaron en profesionales que están trabajando en las regiones, lo cual permitió mayor análisis, del enfoque y capacidad operativa que tienen los hospitales regionales y locales para ejecutar las acciones de alimentación y nutrición.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo con el análisis de las actividades de alimentación y nutrición hospitalarias, y las propuestas presentadas por país, los participantes formularon conclusiones y recomendaciones globales para los sistemas de salud, OPS e INCAP, necesarias para que dichas propuestas sean realizables y se logre el propósito de integrar alimentación y nutrición a la atención del paciente hospitalizado y ambulatorio.

A. Conclusiones

1. Tradicionalmente, el abordaje de los problemas de salud en los hospitales se hace en forma aislada, lo que fomenta el trabajo individualizado y no en equipo. Este hecho se refleja en la situación actual de las actividades de alimentación y nutrición.

2. En la educación formal del equipo de salud y, por lo tanto, en el ejercicio de sus funciones, no se conceptualiza la alimentación y nutrición como un aspecto integrante de la prevención, curación y mantenimiento del estado de salud.

3. Las actividades de alimentación y nutrición se han limitado al componente de servicios de alimentación, que se establece como un fin en sí mismo y no como un medio para alcanzar la atención nutricional.

4. No existe entonces una integración entre los tres componentes que agrupan las actividades de alimentación y nutrición (servicio de alimentación, atención nutricional, educación e investigación), ni con los demás servicios que ofrece el hospital y mucho menos con la comunidad.

5. Como consecuencia de lo anterior, todas las propuestas

formuladas por los participantes de cada país, establecen, en mayor o menor medida, la necesidad de:

a. Reformular los objetivos de las actividades de alimentación y nutrición, acordes con los problemas e intervenciones prioritarias identificadas en la subregión, por parte de un equipo interdisciplinario, de nivel central, con poder decisorio y representativo de los programas básicos del sistema de salud (materno-infantil, atención médica y hospitalaria, recursos humanos, educación en salud y atención primaria, entre otros).

b. Revisar las funciones que cada miembro del equipo de salud, que trabaja en el hospital, debe tener con relación a la atención nutricional como parte de la recuperación del paciente.

c. Revisar y actualizar los contenidos de alimentación y nutrición que, tanto en la educación formal como en servicio, debe tener el equipo de salud, de acuerdo con sus funciones y niveles de atención

d. Formular estrategias, acordes con la realidad y la capacidad operativa de las instituciones hospitalarias, que faciliten la integración efectiva de las actividades de alimentación y nutrición.

e. Utilizar los indicadores existentes en el sistema de salud para medir la contribución de las actividades de alimentación y nutrición, en la modificación de la morbi-mortalidad infantil y enfermedades relacionadas con nutrición.

6. La planificación, ejecución y evaluación de las actividades de alimentación y nutrición, no pueden estar condicionadas a la presencia de personal especializado en el área sino que debe ser responsabilidad del equipo de salud con la comunidad.

B. Recomendaciones

1. Gestionar, por parte de los participantes en el Taller, la discusión, aprobación y apoyo de las instancias decisorias en los respectivos sistemas de salud, de las propuestas formuladas, con el fin de asegurar su ejecución y lograr el compromiso de cada sistema de salud, para la efectiva integración de las actividades de alimentación y nutrición en la atención hospitalaria.
2. Realizar en cada país por parte de un equipo interdisciplinario coordinador, talleres acordes con las necesidades formuladas en las propuestas y dirigidos especialmente a los directores de atención médica y hospitalaria de los diferentes niveles.
3. Solicitar la cooperación técnica del INCAP y la OPS para fortalecer la ejecución de las propuestas y el seguimiento de las mismas.
4. Que los sistemas de salud, OPS e INCAP, soliciten a los centros formadores del equipo de salud y a las unidades encargadas de la capacitación del personal en servicio, la revisión, actualización e integración de contenidos de alimentación y nutrición, de acuerdo con las funciones que deben cumplir en estos aspectos.
5. Difundir los resultados del Taller a las autoridades de salud, entidades formadoras, asociaciones de profesionales de salud y responsables del área hospitalaria del sistema de salud, de los países de la subregión y los demás de América Latina.
6. Solicitar a la OPS e INCAP la elaboración y divulgación de documentales y/o audiovisuales sobre experiencias demostrativas de integración de las actividades de alimentación y nutrición, que se realicen en Latinoamérica y la ejecución de otras actividades tales como visitas de observación y de asesoría interpaíses.

7. Que todos los participantes del Taller, por intermedio del INCAP, se conviertan en usuarios y proveedores de información sobre alimentación y nutrición, que sea de utilidad en los hospitales.

VII. INFORME GENERAL

La situación de las actividades de alimentación y nutrición en la atención hospitalaria, en los países de la subregión, si bien, de acuerdo con la justificación de este Taller y las discusiones y conclusiones del mismo, muestra la necesidad imperiosa de una definición clara de las mismas, también deja ver que hay diferencias entre los países.

En el Taller se pudo apreciar por ejemplo, que Panamá, Nicaragua y Costa Rica, presentan buenas posibilidades para reestructurar el componente de alimentación y nutrición en los Ministerios de Salud, ya que existe la decisión política explícita y el propósito de reorientar las acciones de salud, con los criterios que se han enunciado en las conclusiones y recomendaciones de este Taller, y que éstas se puedan llevar a cabo en un plazo relativamente corto y con una alta participación por parte del equipo interdisciplinario que trabaja en dichos países.

De otro lado, Honduras parece ser a juzgar, expresado por los representantes de dicho país, el que necesita más ayuda para poder poner en marcha sus proyectos y cumplir las recomendaciones emanadas del Taller. En orden de prioridades, este país podría ser el primero en el cual se realice un evento de nivel nacional apoyado por la OPS y el INCAP, con el fin de detectar más claramente sus necesidades específicas y determinar el tipo de apoyo técnico que requiere.

El Salvador, país del cual solo hubo una representante Nutricionista del nivel regional y ninguno del nivel central, sería el país que seguiría en orden de prioridad, con necesidad de recibir ayuda técnica para fortalecer y reestructurar sus actividades de alimentación y nutrición en

el hospital.

República Dominicana -cuyos dos representantes eran del nivel central y con poder decisorio, es un país que ofrece buenas perspectivas para la puesta en marcha de las recomendaciones del Taller, dado el nivel de decisión de las dos personas enviadas al Taller y la voluntad política de la Secretaría de cambiar la orientación de las actividades de alimentación y nutrición. Además, con el interés que tiene el país de integrarse a la sub-región centroamericana, sería una buena oportunidad de hacerlo. Por lo tanto, el apoyo técnico por parte de la OPS y el INCAP, de acuerdo con el proyecto que sea aprobado por las autoridades del país, es fundamental para que dicho proyecto se cumpla y siga los lineamientos del Taller.

Guatemala, como país sede del evento, tiene compromiso en el cumplimiento de las recomendaciones y servir de ejemplo a los países vecinos. Así mismo, la responsabilidad del INCAP es grande con todos los países de la subregión, en función de prestar apoyo técnico y darle seguimiento a los proyectos que sean aprobados por las autoridades de salud, por lo tanto debe ser una de las acciones prioritarias del Instituto a partir de 1988.

Todos los representantes de los países estuvieron de acuerdo en afirmar que el enfoque presentado en el Taller acerca de las actividades de alimentación y nutrición en el hospital, les abre nuevas perspectivas a las mismas, así como a su labor profesional. Es indudable que al considerar dichas actividades como parte integral de la atención al paciente y como componente que puede modificar positiva o negativamente los indicadores de salud, adquieren una mayor dimensión de la que han tenido tradicionalmente, al considerárselas aisladas y sin medir las repercusiones

que tienen en el nivel de salud.

En el Taller se corroboró, asimismo, el papel secundario que se le asigna a la investigación. Fue así como, en ninguno de los proyectos aparece este aspecto de manera relevante, ni tampoco en las conclusiones y recomendaciones. Esto refuerza la necesidad que hay de inculcar la actitud investigativa desde la etapa de formación profesional, pero asimismo, en el adiestramiento en servicio. Se podrían aprovechar los proyectos de cada país para ver la posibilidad de introducir investigaciones operativas que apoyen a los mismos o aplicar investigaciones que ya se hayan realizado, bien sea en el INCAP o en los países de la sub-región.

Otro aspecto en el cual hubo también consenso, fue en la necesidad de revisar los contenidos de los programas de alimentación y nutrición del equipo interdisciplinario de salud. Esta revisión debe hacerse a fin de ver si dichos contenidos: 1) existen realmente; 2) si existen, qué orientación tienen; 3) en caso de que dicha orientación no se ajuste a lo expresado en el Taller, hacerle los ajustes necesarios; 4) introducir nuevas metodologías de enseñanza-aprendizaje que permitan una mayor eficacia y cobertura (audio-cassettes, audio-videos, enseñanza auto-programada y otras). 5) El otro aspecto fundamental que se desprende de este Taller, es la necesidad de que la OPS y el INCAP elaboren un plan de acción con el fin de hacer un seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones emanadas del mismo y de la aprobación y ejecución de los proyectos por parte de los países participantes. Si esto no se hace, el tiempo esfuerzos y recursos empleados en esta clase de eventos se perdería.

ANEXO No. 1

DOCUMENTO BASE DE TRABAJO

LA INTEGRACION DE LAS ACTIVIDADES DE ALIMENTACION Y NUTRICION EN LA ATENCION HOSPITALARIA

Myriam Ruiz Maldonado*, Blanca Dolly Tejada**

I. SINTESIS DE LA SITUACION DE ALIMENTACION Y NUTRICION EN LA SUBREGION

La información existente en la subregión (1), en relación a la problemática alimentaria-nutricional, es variable en términos de actualidad, cobertura, periodicidad y calidad. Algunos países poseen sistemas de información más desarrollados que otros y reportan periódicamente datos estadísticos de alimentación y nutrición; otros, con sistemas menos avanzados, deben basar su información en la obtenida a través de censos y encuestas, siendo algunos datos de tal antigüedad que han perdido vigencia en función de la situación de cambio por la que ha atravesado la subregión.

Todos los países del área cuentan con información sobre la naturaleza y magnitud del problema alimentario-nutricional derivada de las encuestas efectuadas entre 1965 y 1967. A partir de ese período, algunos países han efectuado estudios y encuestas específicas que permiten evaluar la posibilidad de cambios y medir tendencias a través del tiempo, aunque los datos no siempre son comparables debido a diferencias metodológicas, cobertura y otros aspectos.

Con las limitaciones anotadas, los principales problemas nutricionales

* Nutricionista, MPH, Consultor OPS

** Nutricionista, MSc, Consultor OPS

(1) FUENTE: Banco de Datos del INCAP

detectados como comunes a todos los países son: la desnutrición proteínico-energética, deficiencia de vitamina A, yodo y hierro.

La mortalidad infantil y los indicadores de crecimiento físico reflejan prevalencia de deficiencia de energía y proteína. Con respecto a la mortalidad infantil, los países de Centro América reportan, en su mayoría, reducciones importantes durante la década de los setenta. En la presente década, solamente Costa Rica y Panamá mantienen el nivel de la tasa, observándose un claro deterioro para el resto de los países de la subregión. La información en mención debe tomarse con precaución ya que las fuentes de información son diferentes a través del tiempo y algunas evidencian problemas de subregistro.

Las medidas de peso y talla se utilizan frecuentemente como medidas del estado nutricional de la población infantil y preescolar.

Como se observa en el Cuadro No. 1, en dos países (Costa Rica y El Salvador) se detectó reducción importante en retardo en peso. En los otros países, la tendencia sugiere que ha habido un incremento en el retardo en peso.

Al analizar los cambios en el estado nutricional a través del tiempo, es más apropiado examinar la magnitud del retardo en estatura. En este caso, se mantiene una clara tendencia al descenso en Costa Rica y algo menor en El Salvador, con prácticamente ningún cambio en los otros países.

Debe destacarse la marcada variabilidad existente entre países en términos del retardo en estatura, tanto en la línea de base como a nivel de las últimas encuestas. El rango de la variabilidad entre países se ha

CUADRO No. 1

PREVALENCIA DE LA DESNUTRICION EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
SEGUN LOS INDICADORES PESO/EDAD EN LOS PERIODOS 1965-1967
Y 1978-1982 EN CENTRO AMERICA Y PANAMA

PAIS	PREVALENCIA DE DESNUTRICION (1)			
	PESO/EDAD		PESO/TALLA	
	1965-1967	1978-1982	1965-1967	1978-1982
COSTA RICA	16.3	6.1	24.1	6.1
EL SALVADOR (2)	30.1	17.9	53.0	44.1
GUATEMALA (2)	36.5	43.6	60.0	59.7
HONDURAS	28.5	--	46.7	--
NICARAGUA	17.1	27.1	36.2	35.0
PANAMA	13.5	15.8	23.5	25.1

(1) Retardo en peso y estatura se define como proporción de la población por debajo de dos desviaciones estándares de peso para edad de la población de referencia de la OMS.

(2) Incluye únicamente información de áreas rurales.

incrementado aún más en años recientes, debido a la marcada reducción del retardo en estatura reportado para Costa Rica.

En relación con la deficiencia de yodo, al comparar información basal de 1965-1967 en los países en que existe información reciente, se ha detectado una importante reducción en la prevalencia del bocio.

La avitaminosis A fue uno de los problemas nutricionales específicos identificados en la encuesta de 1965-1967 en Centro América y Panamá. Información más reciente de Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Honduras indica que en todos los casos ha ocurrido una reducción en la prevalencia de deficiencia de vitamina A. La reducción más marcada, superior al 2 por ciento por año durante más de una década, ha tenido lugar en Costa Rica y Honduras; la disminución de la prevalencia ha sido mucho menor en El Salvador y Guatemala. La reducción experimentada en algunos de estos países, como es el caso de Guatemala, puede atribuirse directamente al impacto de programas de fortificación del azúcar con vitamina A. Desafortunadamente existe evidencia indicativa de que estos programas no están funcionando con la eficiencia demostrada en su inicio, por lo que la magnitud del problema, en ausencia de programas de solución más permanente, podría incrementarse.

La información más reciente a nivel nacional sobre deficiencia de hierro se deriva de las encuestas efectuadas en 1965-1967. La deficiencia de hierro, expresada como el porcentaje de la población de transferrina menor del 20%, era igualmente severa en todos los países, de acuerdo con esta encuesta. Datos más recientes pero no comparables señalan mejoría a nivel de Costa Rica.

II. FACTORES CONDICIONANTES DEL NIVEL DE NUTRICION

De acuerdo con el modelo analítico causal aplicado para la descripción de la situación alimentaria-nutricional en el área, el estado nutricional de la población en la subregión, es la consecuencia directa de las interrelaciones que se han dado entre el consumo de alimentos y la utilización biológica de los mismos, los que, a su vez, han estado condicionados por factores económicos y sociales vinculados con la disponibilidad, accesibilidad y capacidad de compra de los alimentos, así como con la escolaridad y nivel de salud de la población (Gráfica No 1).

III. PAPEL DEL SECTOR SALUD

De acuerdo con la situación alimentaria-nutricional descrita y con las necesidades prioritarias de salud de la subregión, al sector salud se le han fijado los siguientes objetivos:

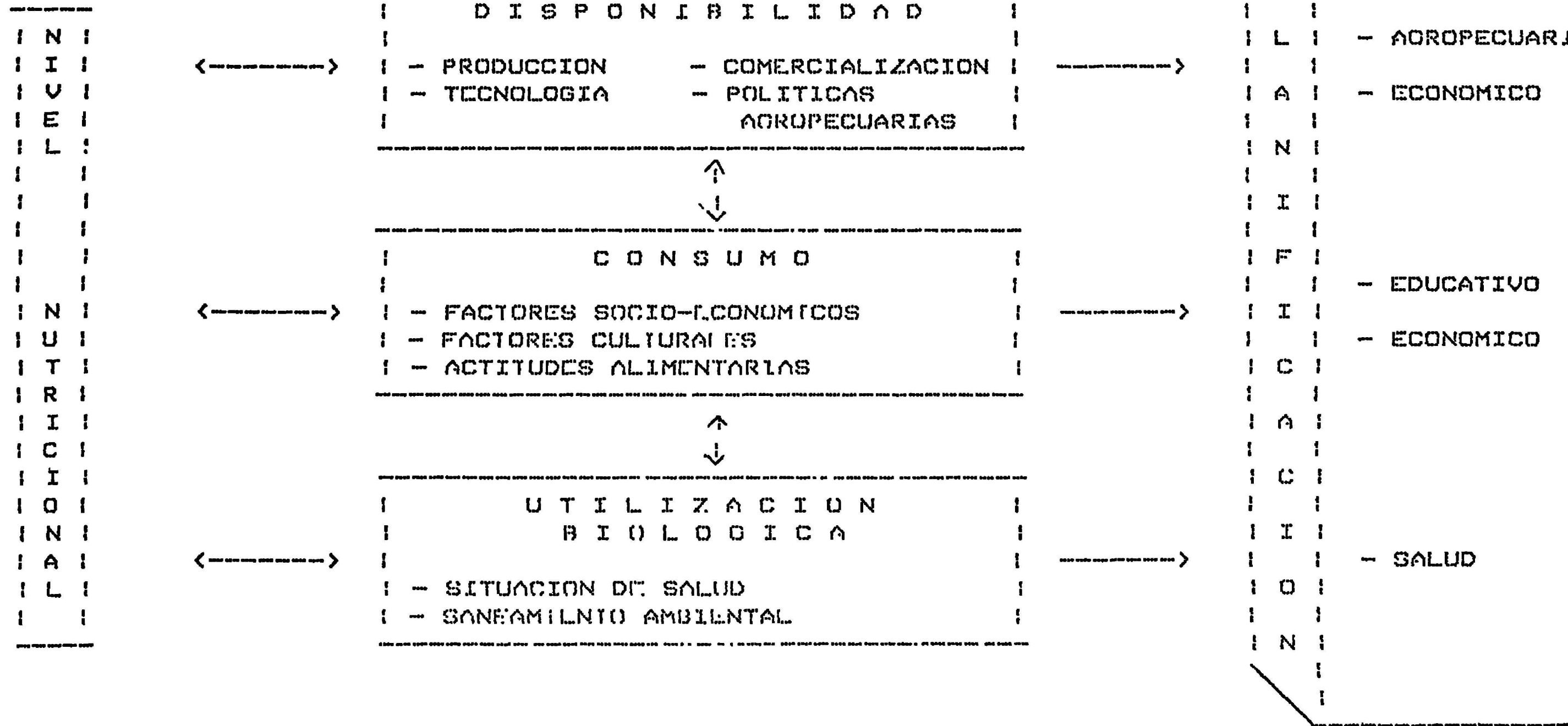
A. Reducir la prevalencia e incidencia de la desnutrición moderada y severa, enfatizando niños menores de 5 años, mujeres embarazadas y madres lactantes.

B. Corregir y prevenir las deficiencias nutricionales específicas (Vitamina A, yodo, hierro, fluor) en toda la población.

C. Permitir que la población a riesgo comprenda y aplique la información y principios alimentarios y nutricionales, para mejorar su salud y nutrición (educación nutricional).

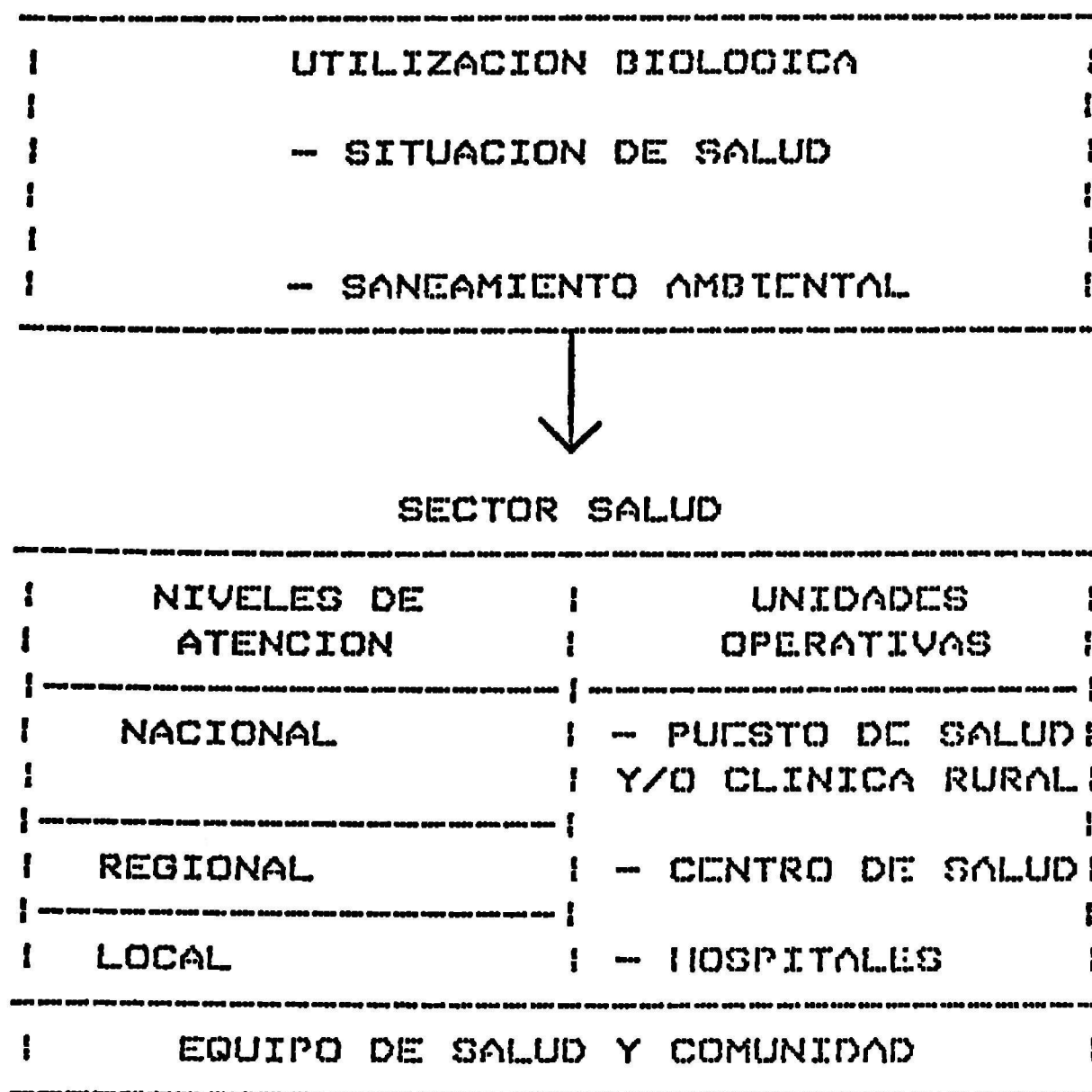
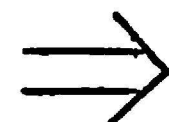
D. Adiestrar los recursos humanos necesarios para trabajar efectivamente con la población, con el fin de lograr niveles alimentarios nutricionales adecuados, en grupos desplazados y marginales (Gráfica No. 2).

FACTORES CONDICIONANTES DEL NIVEL NUTRICIONAL

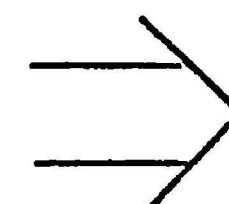


OBJETIVOS DEL SECTOR SALUD EN ALIMENTACION Y NUTRICION

P
R
O
B
L
E
M
A
S



O
B
J
E
T
I
V
O
S



DE ALIMENTACION Y NUTRICION

- REDUCIR PREVALENCIA E INCIDENCIA DE DESNUTRICION SEVERA Y MODERADA EN GRUPOS DE ALTO RIESGO
- CORREGIR Y PREVENIR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES ESPECIFICAS
- HACER EDUCACION NUTRICIONAL
- ADIESTRAR RECURSOS HUMANOS

↑
NECESIDADES
PRIORITARIAS
DE SALUD DE
LA SUBREGION

IV. ACCIONES PRIORITARIAS

Es ya conocido que el mejoramiento del nivel de salud materno infantil, la prevención, detección y tratamiento oportuno de la malnutrición, la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño, así como el control de las enfermedades diarreicas, constituyen los componentes prioritarios de las estrategias de la atención integral de la madre y del niño (2). Estos componentes fundamentales comprenden acciones que los trabajadores del sector salud deben integrar en cada una de las etapas del proceso de la planificación en salud y en cada uno de los niveles de atención.

Ante el progreso de los conocimientos científicos en salud y nutrición materno infantil y la disponibilidad de tecnologías apropiadas para la ejecución de actividades eficientes que tenga un verdadero impacto y mejore la situación nutricional del grupo materno infantil, resulta preocupante comprobar la insuficiente aplicación de dichos avances por parte de los servicios de salud. El resultado de esta deficiencia es el lento progreso que se observa en la disminución de la morbi-mortalidad infantil y preescolar en la mayoría de los países (2).

Uno de los factores determinantes de la escasa existencia de acciones sistemáticas de alimentación y nutrición materno infantil, en cada uno de los niveles de atención, ha sido precisamente el carácter poco práctico de este componente y las limitadas habilidades del sector salud para identificar las necesidades prioritarias sobre alimentación y nutrición que

(2) OPS, Pautas para capacitar en Nutrición a Trabajadores Comunitarios de Salud, 457, 1983.

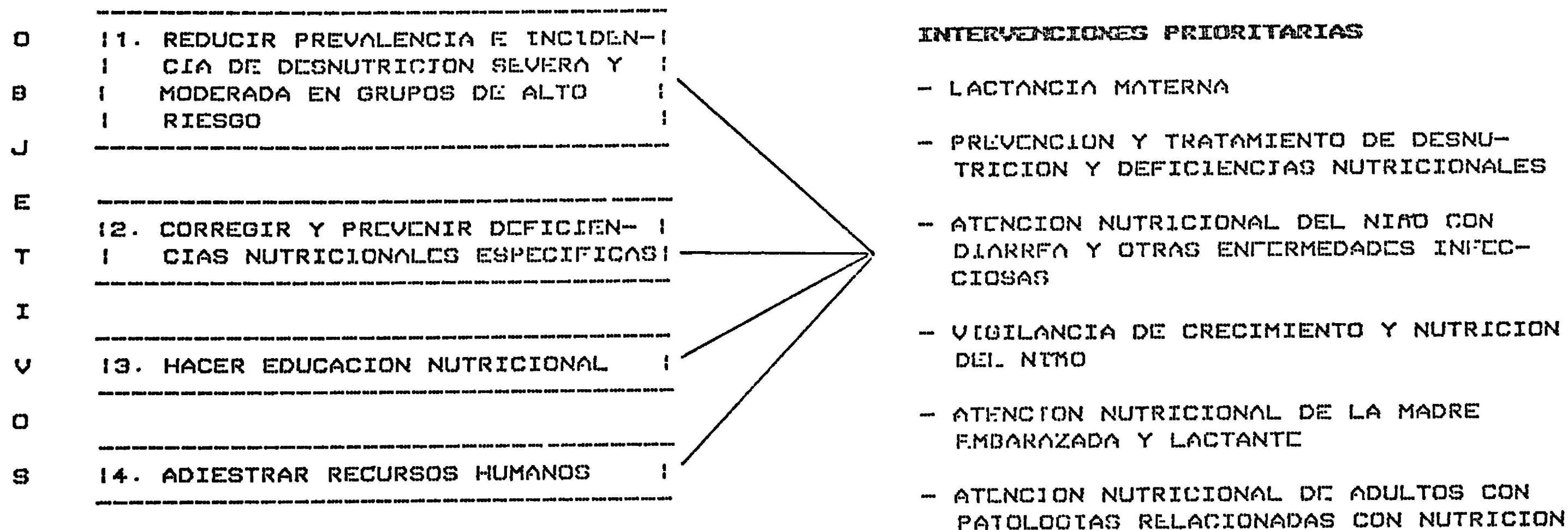
tiene la población, para poder planificar, ejecutar y evaluar acciones de acuerdo con los recursos disponibles y que realmente mejoren la situación nutricional de la comunidad (2).

También sabemos desde hace varios años las múltiples acciones intersectoriales que hay que ejecutar para mejorar el problema nutricional de la población; sin embargo, el sector salud tiene en la actualidad un papel definido en relación a alimentación y nutrición. Estudios hechos en años recientes por la Organización Mundial de la Salud y por otros organismos, han demostrado que hay acciones de nutrición comunes al trabajo del equipo de salud, que forman parte fundamental de la atención integral de la madre y el niño. Estas actividades se pueden agrupar en las siguientes categorías (Gráfica No. 3):

- A. Conocimiento de la comunidad y sus necesidades
- B. Medición y vigilancia del crecimiento y de la nutrición de los niños
- C. Lactancia Materna
- D. Identificación, tratamiento y prevención de las carencias nutricionales más frecuentes
- E. Diarrea y Nutrición
- F. Nutrición e infecciones
- G. Nutrición Materna

Las categorías anteriormente mencionadas, deben ser acciones básicas y fundamentales del equipo de salud. Esto no se debe interpretar como repetición de responsabilidades en alimentación y nutrición, cuando se da la atención integral a la madre y el niño, sino la necesidad de unificar

INTERVENCIONES NUTRICIONALES PRIORITARIAS DE LA SUBREGION



criterios, que sean actualizados y prácticos, que realmente tengan impacto y mejoren la situación. Actualmente cada miembro del equipo de salud orienta a la comunidad de forma diferente, y en algunos casos equivocadamente, causando confusión y muchas veces agravando el problema. Un ejemplo de esta situación y que se presenta diariamente, es que muchas veces se orienta a la madre para que le quite todo alimento al niño, cuando tiene diarrea y todos sabemos las graves consecuencias que trae este consejo; otro ejemplo, es en relación con la lactancia materna, cómo muchas orientaciones e inclusive políticas del sector salud, limitan el período de la lactancia materna, facilitando que el niño esté a mayor riesgo de enfermar o morir.

Por todo esto, es urgente formar, capacitar, actualizar y unificar al equipo de salud en servicio en todos los niveles de atención y el que se está formando, en estos temas prioritarios que están directamente relacionados con la morbi-mortalidad infantil, problema grave y lamentable de nuestros países. Finalmente, hay que destacar cómo la investigación debe estar orientada a esta realidad para que sus estudios sirvan de apoyo a los servicios y contribuya al mejoramiento del problema.

Las causas de morbi-mortalidad por enfermedades relacionadas con la alimentación y la nutrición en el adulto, deben ser priorizadas de acuerdo con la situación específica de cada país e, inclusive, de cada región e integrar la atención nutricional en las acciones de promoción, recuperación y mantenimiento de la salud de este grupo etáreo. Según lo detectado en la subregión, las siguientes enfermedades que tienen relación con nutrición se han considerado prioritarias:

- A. Diabetes
- B. Enfermedades cardiovasculares
- C. Enfermedades renales
- D. Cáncer

En la medida en que la atención nutricional haga énfasis en la prevención de estas enfermedades, mediante acciones de promoción, el sector salud podrá reducir costos y optimizar la prestación de sus servicios, disminuyendo el papel curativo que ha prevalecido, tanto de parte del sector como de la misma comunidad.

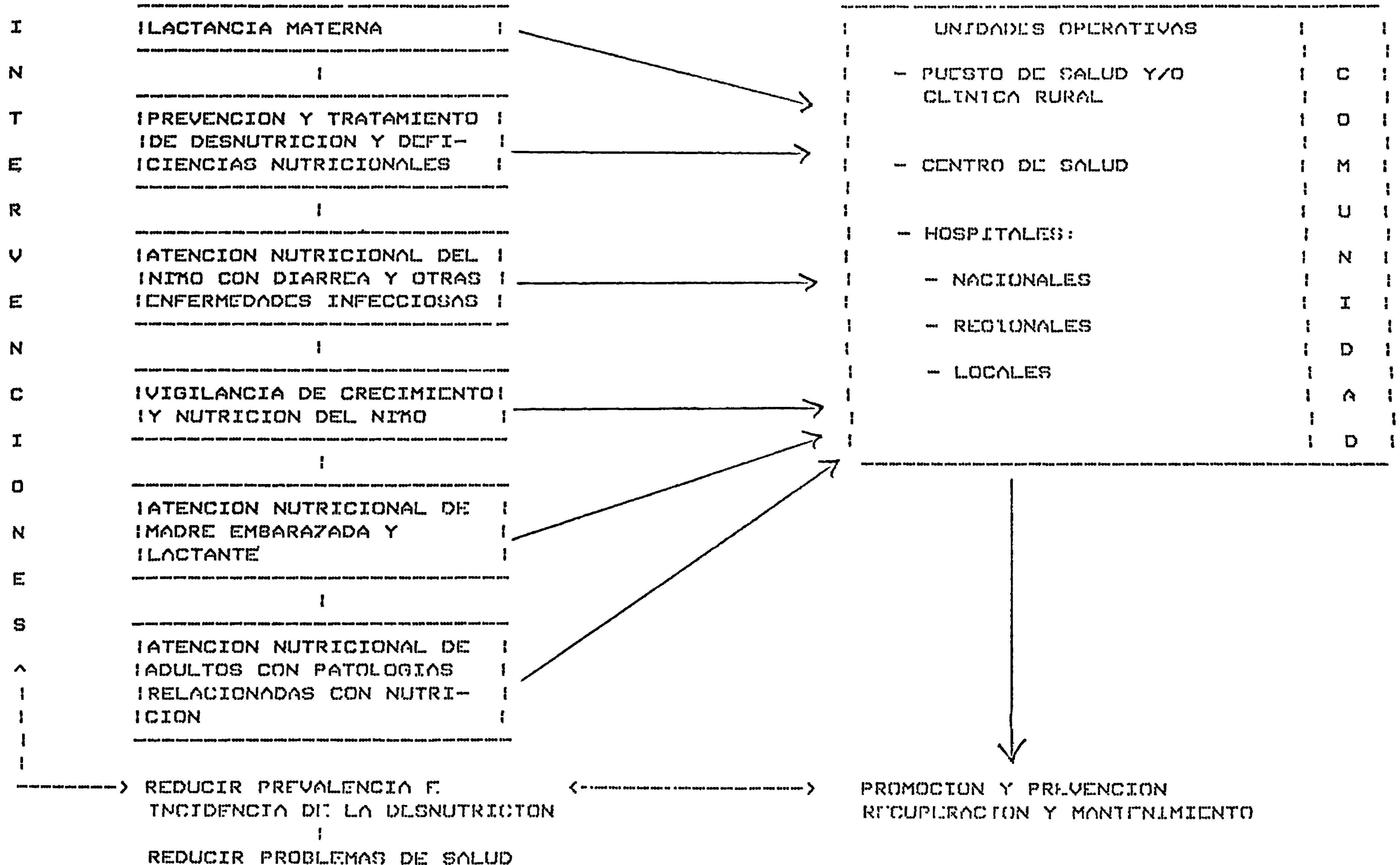
V. ACTIVIDADES DE ALIMENTACION Y NUTRICION EN EL HOSPITAL

Lo anterior, reconoce la importancia del papel del hospital como una unidad operativa (Gráfica No. 4), que está destinada, no solamente a salvar vidas, sino a formar parte de todo el proceso de la atención integral de salud. Esto implica que tiene responsabilidades de desarrollar acciones de promoción y prevención, paralelas a las que se han considerado como más propias del mismo.

En relación con alimentación y nutrición, es fundamental integrar la atención nutricional a los diferentes servicios del hospital, de acuerdo con los objetivos de salud de la subregión y las acciones prioritarias que se enunciaron anteriormente. Así, el hospital colaboraría de manera más eficiente y efectiva a cumplir la responsabilidad que le compete al sector salud y se orientaría menos a la labor curativa, que en el momento actual, le está implicando costos sociales y económicos que podrían evitarse.

Las actividades básicas de alimentación y nutrición pueden agruparse

INTERVENCIONES NUTRICIONALES EN LAS DIFERENTES UNIDADES OPERATIVAS



en tres grandes componentes, a saber:

- A. Atención Nutricional
- B. Servicio de Alimentación
- C. Educación Alimentaria y Nutricional, e Investigación

Estos tres componentes no sólo se interrelacionan, sino que son interdependientes el uno del otro y, a la vez, interaccionan con los otros servicios del hospital; y, lo más importante, es la proyección que deben tener hacia el mejoramiento del nivel nutricional de la comunidad y, por lo tanto, del estado de salud de la población

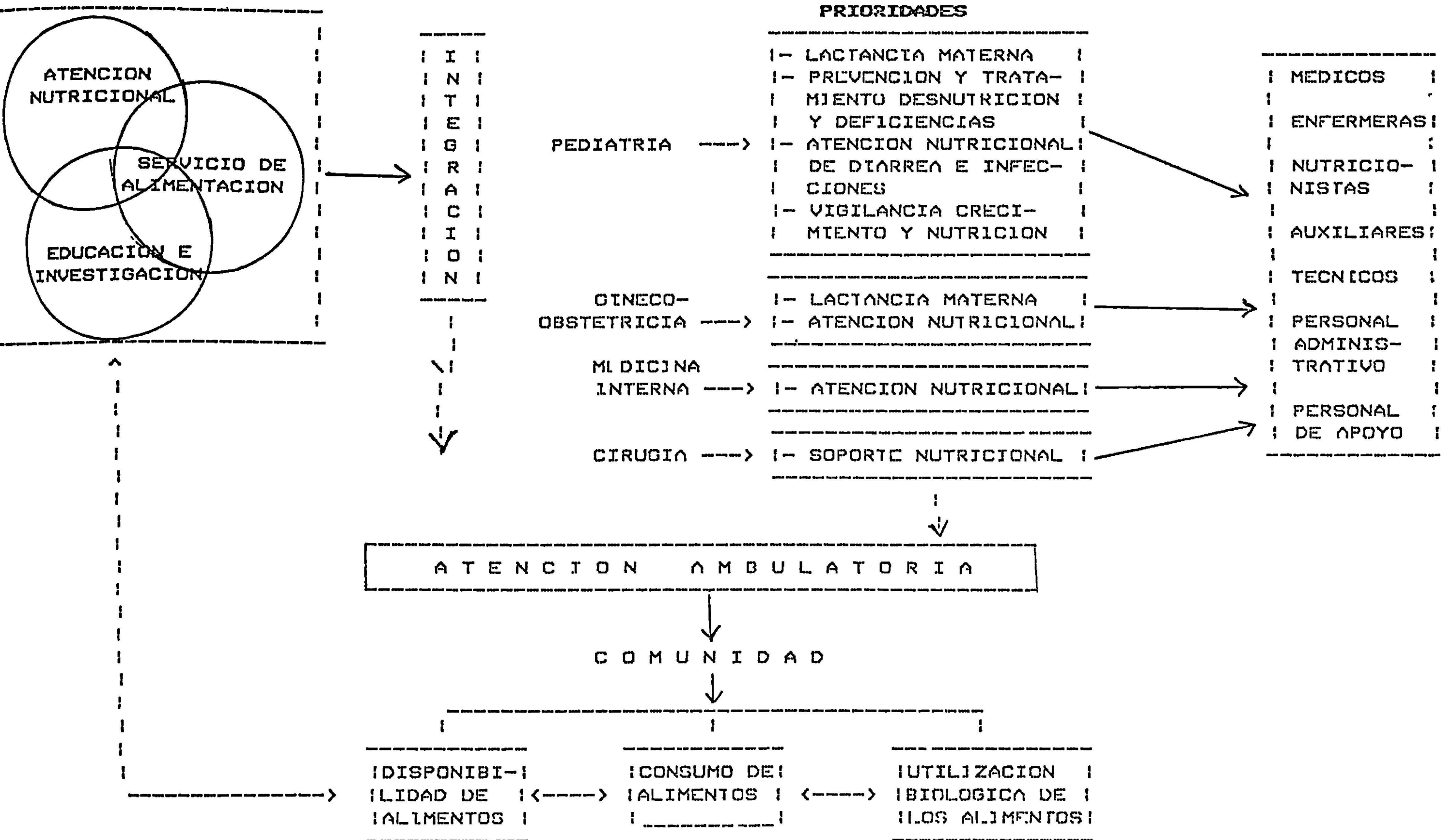
En la actualidad, estos tres componentes se han limitado al ámbito institucional e incluso, dentro de este ámbito, cada componente funciona aisladamente, entre sí y con los otros servicios del hospital. En algunos casos, ni siquiera existen los tres componentes, sino que alimentación y nutrición es sinónimo de dar comida (Gráfica No 5).

VI. ESTRATEGIA DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD (SILOS)

Todo el proceso que se ha explicado en el presente documento, coincide con la concepción de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), la cual enfatiza "el establecimiento de prioridades y la asignación de recursos con base en las necesidades de las poblaciones a ser atendidas". Asimismo, facilita la relación con la comunidad que es la razón de ser del sector salud, para lograr realmente un impacto con los servicios prestados. Este impacto se traducirá, entre otros, en los siguientes aspectos:

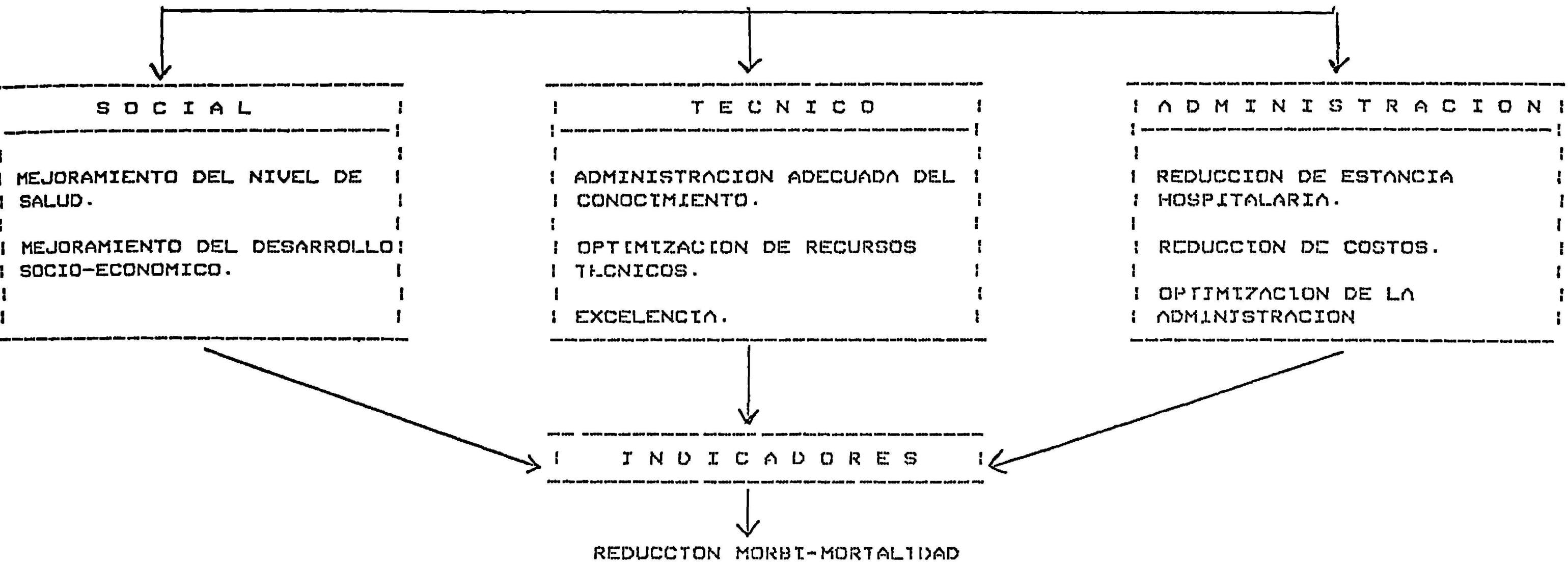
- A. Social: Mejoramiento del nivel de salud y del desarrollo socio-económico

INTEGRACION DE LAS ACTIVIDADES DE ALIMENTACION Y NUTRICION EN EL HOSPITAL



GRAFICA No. 6

IMPACTO DE LAS ACCIONES DE ALIMENTACION Y NUTRICION
HOSPITALARIAS EN LA COMUNIDAD



- B. Técnico: Administración adecuada del conocimiento, para la optimización y excelencia de los recursos técnicos
- C. Administrativo: Reducción de estancia hospitalaria y de costos de optimización de la gestión (Gráfica No. 6).

No se puede olvidar que el desarrollo técnico-científico, depende de la aplicación apropiada de los conocimientos, resultantes de investigaciones científicamente comprobadas y que estén acordes con los problemas y recursos, y enmarcadas en las acciones prioritarias definidas.

La investigación debe desmitificarse y ubicarse en la realidad diaria del equipo de salud, que es el que está afrontando los problemas de la comunidad; más aún, debe verse como una acción de apoyo y de facilitación de su gestión

Estas reflexiones se le presentan al grupo, no como algo nuevo, ni como un enfoque acabado, pues muy seguramente, todos los países, en la medida de sus recursos, logros y dificultades técnico-administrativas, han podido desarrollar lo aquí planteado.

Es más un documento base de trabajo para clarificar, ampliar y unificar el marco en donde se deben ubicar las acciones de alimentación y nutrición hospitalarias. De igual manera, puede facilitar la identificación de necesidades de apoyo técnico-administrativo, por parte de los niveles decisorios de los sistemas de salud y orientar a los organismos de cooperación acerca de cómo pueden apoyar el desarrollo de las acciones definidas por cada país.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. INCAP. Etapa puente del Proyecto Subregional de Formación y Capacitación de Recursos Humanos en Alimentación y Nutrición. Guatemala, 1987 (Solicitud de apoyo presentada a la Cooperación Suiza al Desarrollo).
2. Priority Health Needs in Central America and Panama. OPS, 1984.
3. OPS, Pautas para capacitar en Nutrición a Trabajadores Comunitarios de Salud, 457, 1983.
4. OPS, Propuesta de Apoyo al Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud y al Proceso de Descentralización en los Países de la Región de las Américas. Agosto 21, 1987.

ANEXO No. 2

**ANÁLISIS DEL COMPONENTE DE SERVICIO DE ALIMENTACIÓN
EN LOS HOSPITALES DE LA SUBREGION**

Myriam Ruiz Maldonado*, Blanca Dolly Tejada**,
Carmen Dárdano***, Julia de Hussa****

I. INTRODUCCIÓN

El presente documento es derivado de la reunión sobre Servicios de Alimentación Institucional (SAI), que se llevó a cabo en el INCAP, entre el 24 y el 28 de noviembre de 1986, convocada por la OPS y el INCAP.

Dicha reunión tuvo como objetivo formular un programa regional de trabajo, que diera las bases a la OPS para reforzar la cooperación técnica que ésta brinda a los países sobre el manejo de dichos servicios y de acuerdo con la problemática que presentan los mismos, en Centro América, el Caribe y América del Sur.

En vista de que una de las recomendaciones de la reunión fue el desarrollo de un Taller con el propósito de hacer un análisis crítico y reflexivo sobre el componente de nutrición en la atención integral del paciente, se llegó a la conclusión de que el análisis aislado de los servicios de alimentación quedaba limitado y no daba una visión completa de lo que deben ser las actividades de alimentación y nutrición en la atención hospitalaria.

- * Nutricionista, MPH., Consultor OPS
- ** Nutricionista, MSc., Consultor OPS
- *** Nutricionista, MSc., División de Nutrición y Salud, INCAP
- **** Nutricionista, División de Nutrición y Salud, INCAP

Por tal razón, se elaboró el siguiente documento, en el cual se analiza el componente de servicios de alimentación en la subregión, como una parte de las actividades de alimentación y nutrición en el hospital.

II. SITUACION ACTUAL

Es bien sabido que, en la mayoría de los hospitales de la subregión, el componente de servicios de alimentación presenta dificultades, tanto de orden técnico como administrativo, que limitan su participación efectiva en la atención integral del paciente. Entre los problemas identificados como prioritarios, se destacan los siguientes:

A. Concepción sobre el papel del servicio de alimentación

Existe falta de claridad, por parte del sector salud, acerca de la orientación que deben tener las actividades de alimentación y nutrición en el hospital. Dichas actividades tienden a verse como algo independiente de la atención de salud y no como parte integral de la misma.

Esta falta de claridad, ha limitado la concepción, por parte de los hospitales, acerca de lo que deberían ser las funciones del servicio de alimentación, como un componente de dichas actividades de alimentación y nutrición. Es así como este componente se ha venido manejando aisladamente de los otros dos componentes que constituyen las mencionadas actividades, a saber: la atención nutricional y la educación nutricional e investigación.

B. Interrelaciones del servicio de alimentación con los otros componentes, los otros servicios del hospital y la comunidad

Al considerarse aislado el servicio de alimentación de los otros dos componentes de alimentación y nutrición, no está enfocada su acción a

brindar la atención nutricional acorde con las necesidades y situación de salud del paciente, convirtiéndose la administración del servicio en un fin y no en un medio. Como consecuencia de esto, hay deficiente interrelación con los otros servicios del hospital, disminuyendo la capacidad de priorizar necesidades para planificar su acción y, por lo tanto, para identificar el aporte que el servicio debe dar a la recuperación del paciente.

La situación anterior se refleja en el aislamiento con relación a los factores condicionantes que determinan el nivel nutricional de la comunidad del área de influencia de los hospitales; por ejemplo, no se tiene en cuenta, muchas veces, la disponibilidad de los alimentos, los patrones de consumo, los recursos disponibles y el nivel de salud, que puede estar limitando la utilización biológica de los alimentos.

C. Dificultades administrativas

La falta de claridad en cuanto a lo que deben ser los servicios y su deficiente interrelación con los otros dos componentes, con los demás servicios y con la comunidad, lleva a que la gestión administrativa no haga una utilización óptima de los recursos humanos, técnicos, económicos y físicos del servicio. Como consecuencia de esta deficiente gestión, el servicio de alimentación no cumple con su propósito que es el de que, a través de una alimentación adecuada, participe en la atención integral del paciente. En muchos hospitales, la función se limita a preparar comidas, sin tener en cuenta nada de lo expresado. Y lo que es más grave, contribuye más bien a producir enfermedades de tipo alimentario a causa de la inadecuada manipulación y conservación de alimentos y de tipo nutricional, porque el paciente no consume la alimentación, bien sea por

factores organolépticos o por no haber control de consumo.

D. Grupo-Objetivo del Servicio

Por lo que no se le da la importancia al servicio de alimentación, como un medio para lograr la atención nutricional del paciente, factor fundamental para su recuperación, en algunos hospitales, tiene más prioridad para recibir el mejor servicio, el personal que labora en la Institución, y, en ocasiones, entre estos mismos hay discriminación.

Se sabe que la crisis económica del sector salud, la reciben con mayor impacto las instituciones hospitalarias y este hecho ocasiona enormes gastos en el servicio, sin que haya una relación directa con el beneficio que recibe el paciente, que es la razón de ser del hospital.

E. Recursos del Servicio

1. Recursos Humanos

El equipo de salud, aunque muchas veces acepta la importancia de las actividades de alimentación y nutrición y del servicio de alimentación como parte de ellas, no realiza acciones concretas para integrar tales actividades en la atención del paciente. Un ejemplo de esta situación es el deficiente apoyo técnico y administrativo que se le brinda al personal que labora en estos servicios, traducida en las políticas de admisión, capacitación, motivación y evaluación del mismo. Como consecuencia de lo mismo, no hay compromiso ni responsabilidad de este personal con la calidad del servicio. En este momento, en la mayoría de los hospitales, existe un personal operativo con deficiente nivel educativo y capacitación en el área, que dificulta la gestión administrativa.

Por otro lado, no todos los hospitales le dan la importancia

de integrar, en su equipo, al nutricionista, como responsable de la dirección de las acciones de alimentación y nutrición, dificultando así la adecuada organización y funcionamiento del servicio de alimentación como componente de éstas.

Vale la pena aclarar que aún en los hospitales donde existe el nutricionista, se presentan las dificultades anteriormente mencionadas, lo cual demuestra la necesidad de hacer una revisión de la formación de este profesional y de las funciones que está cumpliendo en el sector salud. Asimismo, lo expresado muestra que se requiere también una reorientación de la formación de los otros profesionales de la salud en lo que se refiere a alimentación y nutrición

2. Recursos Físicos y Materiales

La falta de claridad acerca del papel que debe cumplir el servicio de alimentación, el no establecimiento de prioridades en cuanto a las necesidades reales de recursos físicos y materiales y las deficiencias de conocimientos del personal involucrado, con relación a este aspecto, trae como consecuencia la deficiente planeación de este tipo de recursos, tanto en cantidad como en calidad y la inadecuada utilización de los mismos. Muchos ejemplos se pueden enunciar en este sentido. Entre otros, la compra de alimentos y/o equipo y la utilización de tecnología, sin tener en cuenta su ajuste a la disponibilidad y necesidades reales de la institución y de la comunidad; asimismo, la importancia que se le da a la construcción y funcionamiento de los lactarios, sin analizar que esta medida es contradictoria con la prioridad establecida de fomentar la lactancia. Si se tuviera claro esto, se pondría énfasis en la construcción

de bancos de leche.

Otro aspecto que se ve afectado por esta situación, es la no utilización adecuada del presupuesto destinado a este servicio que, en muchas instituciones, representa un alto porcentaje (en promedio en la sub-región es de un 25% a un 30% del presupuesto total). Este hecho demuestra que, en la medida en que en los factores anteriores se mejoren, los costos tendrían un manejo racional desde el punto de vista político, técnico y administrativo, ya que habría un impacto real en la atención del paciente y en el nivel de salud de la comunidad.

F. Investigación

La ausencia de investigaciones operativas en esta área, no ha dado la oportunidad de conocer alternativas eficientes de manejo, funcionamiento y utilización de los recursos, teniendo en cuenta los recursos locales y la crisis de la sub-región. Por ejemplo, realizar estudios acerca de mezclas locales de alimentos de bajo costo relativo (alto valor nutricional y bajo costo), que puedan ser utilizadas, no sólo en la institución sino también por parte de la comunidad. De esta forma, es posible lograr la participación de ésta, en el proceso de mejorar su nivel de salud.

III. IDENTIFICACION DE LAS NECESIDADES DE APOYO PARA LOS SERVICIOS DE ALIMENTACION

De acuerdo con la situación actual planteada, se identificarán las necesidades de apoyo, tomando como base las categorías de enunciación de los problemas.

A. Conceptualizar el papel del servicio de alimentación

1. Reorientar y unificar las responsabilidades y compromisos que tiene el sector salud con relación a alimentación y nutrición, ya identificadas en las necesidades prioritarias de salud de la sub-región.

2. Integrar, de acuerdo con lo anterior, las actividades de alimentación y nutrición, en cada uno de los planes, programas y niveles de atención del sector salud.

B. Interrelacionar el servicio de alimentación con los otros componentes de alimentación y nutrición, los otros servicios y la comunidad

1. Integrar, técnica y administrativamente, en las instituciones hospitalarias, las actividades de alimentación y nutrición, en cada uno de los servicios que prestan dichas instituciones.

2. Considerar el servicio de alimentación como un componente condicionante de la atención y la educación nutricional.

3. Tener como criterios básicos de planificación, organización y evaluación del servicio de alimentación:

a. Las características de disponibilidad, consumo y utilización biológica de alimentos de la comunidad objetivo de la institución (pacientes internos y ambulatorios, familia, personal de la institución y todos los grupos involucrados en la atención de salud);

b. Las características técnico-administrativas de los hospitales.

C. Apoyar técnica y administrativamente a los servicios de alimentación

1. Los niveles decisorios del sector salud, tanto en lo administrativo como técnico, deben tomar decisiones y permitir, con instrumentos válidos, que se desarrollen las acciones fundamentales para poder brindar una alimentación acorde con los criterios de atención nutricional.

2. El componente de servicios de alimentación, por sus características, necesita un mayor apoyo, por parte de la administración hospitalaria misma, traducida en acciones concretas que mejoren la gestión administrativa de dicho servicio, por ejemplo, establecimiento y/o mejora de las políticas de admisión, capacitación y evaluación del personal del mismo

D. Grupo objetivo del servicio

1. Orientar todas las acciones del servicio en función del paciente, como eje del trabajo hospitalario. Esto quiere decir, que hay que unificar el tipo de alimentación que se brinda a pacientes y personal, en aquellas instituciones donde no lo esté. Y donde lo esté, la alimentación debe ser planeada de acuerdo con las necesidades y expectativas del paciente, en primer lugar.

E. Actualizar la capacitación del equipo de salud

1. Realizar talleres subregionales donde participe el personal de los niveles nacionales de alimentación y nutrición y de hospitales, con el fin de clarificar el papel del sector salud en la problemática alimentaria y nutricional; y, por lo tanto, el rol del hospital en este

aspecto. Así, se podrán diseñar y presentar a las autoridades del sector, alternativas factibles de reestructuración de las actividades de alimentación y nutrición en los hospitales.

2. Divulgar las conclusiones y recomendaciones de los talleres subregionales, a los niveles que les compete, en los países de la subregión y en el resto de América Latina, así como a los organismos internacionales que tienen entre sus funciones apoyar estas acciones y a las instituciones formadoras de personal interdisciplinario, involucrado en tales actividades.

3. Hacer seguimiento del cumplimiento de las acciones propuestas en dichos talleres, para lograr el propósito de brindar la atención nutricional apropiada.

4. Evaluar el contenido teórico-práctico, de los programas formales de personal profesional, técnico y auxiliar, encargado directamente del componente de servicios de alimentación, para que responda a los lineamientos de la atención nutricional, que debe ser su propósito.

5. Establecer programas de educación permanente para el personal en servicio, de acuerdo con las necesidades y recursos de cada país, utilizando estrategias educativas de gran cobertura y que verdaderamente colaboren al cambio de la crítica situación actual.

F. Apoyar la investigación

1. Aplicar los resultados de las investigaciones relacionadas con este aspecto, especialmente de tipo operativo y que obedezcan a las necesidades prioritarias de cada país.

2. Integrar el componente de alimentación y nutrición, a las investigaciones que se realicen en las instituciones hospitalarias.

IV. RECOMENDACIONES

A. A los países

1. Las propuestas elaboradas en el Taller Sub-regional de integración de las actividades de alimentación y nutrición en la atención hospitalaria, deben ser presentadas, lo más pronto posible, a los ministros de salud de cada país, para que se agilice su discusión y aprobación.

2. Según lo aprobado, diseñar un plan de acción, a largo, mediano y corto plazo, iniciando el proceso de integración de las actividades de alimentación y nutrición, de acuerdo con los lineamientos enunciados en cada una de las propuestas de país.

3. De acuerdo con los recursos disponibles en cada país, identificar las estrategias más efectivas para el desarrollo de las acciones planeadas.

4. Identificar las áreas que necesitan mayor apoyo y desarrollo técnico-administrativo, para presentarlas a los niveles decisorios del Ministerio de Salud y de los organismos de colaboración.

5. Solicitar la revisión del currículo de las carreras de nutrición y dietética y de otras carreras, así como de la formación de técnicos y auxiliares que tengan relación con alimentación y nutrición.

6. Integrar el componente de alimentación y nutrición en las investigaciones prioritarias de salud.

7. Hacer un inventario del material educativo existente en cada país y evaluarlo de acuerdo con el enfoque que deben tener las actividades de alimentación y nutrición. Asimismo, una vez reajustado, hacerlo llegar a todas las unidades operativas y, de esta forma, apoyar la capacitación del personal y la educación nutricional.

B. Para el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá

1. Presentar, a las directivas del INCAP, los documentos de trabajo del Taller y las propuestas de cada país, para que se unifiquen los propósitos de apoyo a los países, de forma integral y así racionalizar los recursos técnicos y administrativos del Instituto para que se logre un mayor impacto de la asesoría técnica.

C. Para la Organización Panamericana de la Salud

1. Debido a la situación crítica de la subregión, a la evaluación de situaciones anteriores, al enfoque interdisciplinario de los problemas de salud, alimentación y nutrición, es necesario aumentar y profundizar la integración de los programas de la OPS a nivel central, con este mismo enfoque, para que se logre la racionalización de los recursos técnicos y un mayor impacto de las acciones de colaboración técnica.

2. Brindar apoyo prioritario por parte del Programa Regional de Alimentación y Nutrición (HPN) y del Programa Regional de Desarrollo de Servicios de Salud (HSD), a los planes de largo, mediano y corto plazo, que resulten del análisis y aprobación de las propuestas presentadas a los ministros de cada país.

3. Hacer seguimiento de las recomendaciones hechas en los Talleres Subregionales para apoyar y asegurar el logro de los resultados esperados.

ANEXO No. 3
C O N F E R E N C I A S

RESPONSABILIDAD DEL HOSPITAL EN LA PROMOCION, PREVENCION Y
RECUPERACION DEL NIVEL NUTRICIONAL DEL PACIENTE

Dr Miguel Guerra*

Quisiera dividir esta presentación en cuatro partes. En primer lugar, una breve descripción de la situación alimentario-nutricional de la región, lo cual es suficientemente conocido por aquellos que trabajan en Salud Pública, pero que dará una visión anticipada de lo que pueden esperar los servicios hospitalarios en términos de pacientes con procesos patológicos relacionados con la nutrición, ya sea desnutrición o malnutrición por exceso o por desequilibrio relativo de nutrientes.

En segundo lugar, un resumen de la situación en la que se encuentran los servicios de alimentación hospitalaria para enfrentarse a la demanda que exige la población malnutrida, problema que los nutricionistas y dietistas conocen bien.

En tercer lugar, veremos al hospital como un microcosmos donde se producen las mismas condiciones que determinan el estado alimentario-nutricional de la población. Finalmente, lo que creemos que el hospital podría hacer o debería hacer frente a los tres puntos anteriores. Creo que es necesario enfocar esta presentación de esta forma, porque es preciso reiterar que el papel del hospital en la prevención y manejo de la malnutrición y en el mantenimiento del bienestar nutricional del paciente

* Asesor Regional en Nutrición, OPS
Washington

no puede verse de manera aislada, sino en el contexto de la situación global alimentario-nutricional, al igual que un programa de alimentación y nutrición en el hospital no puede considerarse como un programa aislado, sino que por necesidad ha de considerarse dentro del contexto de la estructura administrativa del mismo y del manejo global del paciente.

Los cuadros uno, dos y tres, (Anexos) muestran la prevalencia de desnutrición en Latino América y El Caribe. Cuando los datos lo permiten, hemos comparado las tendencias del estado nutricional de la población en los últimos 10 ó 15 años.

Concretamente, si nos fijamos en la situación en Centro América y Panamá, observamos que mientras en unos países la prevalencia de desnutrición ha disminuido, en otros ha permanecido estática o incluso ha aumentado. Subregionalmente, la prevalencia de desnutrición en niños menores de cinco años se ha reducido en 1.6% entre 1965-1967 y 1978-1982, o sea un período de unos 13 a 15 años, lo que en cifras globales significa que el número de niños desnutridos en el Istmo Centroamericano ha aumentado.

La población menor de 5 años en la subregión, se estimaba en 3,913,000 en 1980 y un 22.1% de la misma, o sea, 864,773 niños estaban desnutridos. De acuerdo con las proyecciones demográficas, la población menor de 5 años en el año 2,000 será de 5,291,000. Para entonces, la prevalencia de desnutrición tiene que haberse reducido al 14.6% para que la cifra total de desnutridos no aumente en relación a la de 1980.

muchos de estos niños que se hallan actualmente desnutridos necesitan ser hospitalizados para tratar su malnutrición. Por ejemplo, en el hospital de Georgetown, Guyana (país similar a muchas regiones del Istmo) el 19.2% de los ingresos a la sala de pediatría en 1985 se debieron a malnutrición severa. Estos son niños que requieren un manejo sumamente cuidadoso de su alimentación.

A esto habría que añadir un 39.7% hospitalizados por diarrea aguda, que también requieren manejo nutricional (Fox).

Al otro lado del espectro, los servicios de alimentación y nutrición hospitalaria deben prepararse para un aumento en el número de pacientes con procesos patológicos relacionados con malnutrición, por exceso total o relativo de nutrientes: en el Caribe de habla inglesa, la prevalencia de obesidad en mujeres variaba entre el 24 y el 39% de 1965 a 1971. Encuestas más recientes han demostrado una prevalencia del 50 al 63%. En Barbados, uno de los países de esa subregión, la prevalencia de obesidad en adultos masculinos subió del 7 al 28% entre 1969 y 1982 (Hagley).

En 1985 un estudio en Chile demostró que el 10% de las mujeres de clase económica alta, el 22% de la intermedia y el 39.7% de la clase económicamente baja, eran obesas en una muestra de 4,241 adultos (desgraciadamente no representativa del total de la población (Bove). Finalmente, la Encuesta Nacional de Nutrición de 1982 en Costa Rica, reveló que el 16.1% de las niñas y el 12.2% de los niños menores de seis años presentaban un exceso de peso por edad (Díaz Anador).

Por otra parte, se está observando en esta subregión, un aumento en la

esperanza de vida. Mientras que el porcentaje de la población de 65 años o más en el Istmo Centroamericano (incluyendo Belice) era del 3.1% en 1980, se estima que será del 3.6% en el año 2,000. Esto significa que si, hace casi 8 años teníamos 697,000 ancianos, dentro de 12 años tendremos 1,525,000. Aunque distamos mucho de conocer el estado nutricional de ese grupo poblacional y sus requerimientos reales de nutrientes, no hay duda que van a representar un problema especial y creciente a los servicios de alimentación hospitalaria.

Frente a la situación descrita, en qué condiciones se hallan los servicios de alimentación institucional? Hagamos una breve recopilación de las conclusiones a las que llegó el grupo de trabajo sobre Servicios de Alimentación Institucional, reunido en Guatemala en 1986 (OPS/INCAP/CFNI), mencionando únicamente los puntos particularmente significativos:

1. No existen programas sistemáticos que garanticen un manejo gerencial, ni siquiera medianamente adecuado, de los Servicios de Alimentación Hospitalaria.

2. Hay una falta de conocimiento entre los directivos que toman decisiones sobre la capacidad técnica de los nutricionistas y sobre la contribución que pueden brindar en el manejo administrativo de los servicios alimentarios.

3. Por otra parte, los nutricionistas/dietistas en algunos países no han demostrado capacidad para el manejo operacional y fiscal de los servicios.

4. Los nutricionistas/dietistas raramente son consultados en el diseño de las plantas físicas de los servicios.

5. No existen programas de mantenimiento de equipos.

6. En la mayoría de los países, el manejo de los servicios de alimentación está a cargo de cocineros y guarda-almacenes no capacitados

7. Los nutricionistas/dietistas no cuentan con las bases técnicas para entrenar al personal de los servicios de alimentación en mejores y más aceptables métodos de trabajo

8 No existen programas estandarizados, ni sistemas establecidos para orientar y adiestrar a los nuevos empleados de los servicios de alimentación.

9. El entrenamiento básico de los nutricionistas/dietistas, no da el énfasis necesario al manejo gerencial de los Servicios de Alimentación

10 En algunos países el presupuesto para la alimentación se encuentra entre el 25% y el 30% del presupuesto total del hospital, lo cual nos parece excesivo considerando todos los gastos en los que incurre un hospital

Consideremos ahora el estado nutricional de los pacientes hospitalizados. Sabemos que el mantenimiento de un nivel adecuado de nutrición en la población requiere que se disponga de alimentos en cantidad suficiente y de calidad apropiada, para cubrir los requerimientos de nutrientes, que los alimentos se distribuyan equitativamente tanto entre los distintos grupos de la población como en las familias, que se consuman en cantidad suficiente y que biológicamente puedan ser utilizados por el individuo. En este proceso influyen también factores culturales y educacionales que determinan la distribución intrafamiliar de los alimentos y otras prácticas alimentarias. Este simple esquema se aplica también al

hospital que después de todo es en realidad una comunidad, aunque con características especiales. El hospital tiene que adquirir alimentos en cantidad suficiente y de calidad adecuada, la cual debe mantenerse durante todo el proceso de almacenamiento, preparación y hasta que son consumidos. Los alimentos deben ser distribuidos equitativamente entre todos los servicios del hospital, de acuerdo con las características de los mismos y las necesidades variables de los pacientes, los cuales deben ser capaces de consumirlos en cantidad suficiente. Finalmente, el proceso patológico que ocasionó la hospitalización, puede afectar la utilización biológica de los alimentos ingeridos. Al igual que en cualquier otra comunidad, en el hospital pueden darse factores culturales y educacionales que afecten el proceso mencionado. Por una parte, algunos pacientes se niegan a comer alimentos culturalmente extraños. Por la otra, el propio personal hospitalario puede interferir con el proceso nutricional: por ejemplo, cuando se aplican reglas o hábitos que si no interfieren, no promueven la lactancia materna, tales como separación de la madre y el recién nacido, dar a éste líquidos azucarados, etc.

Al problema de desnutrición intrahospitalaria (el cual parece ser más común de lo que se creería) se le ha descrito como el "esqueleto en el armario del hospital" (Butterworth). La mayor razón de esta invisibilidad, es la ausencia de signos y síntomas clínicos obvios y la capacidad del organismo de adaptar el gasto de energía a la ingesta, mediante la disminución de movimientos, seguido de adaptación metabólica (Wood et al).

La disminución en la ingesta de alimentos puede pasar desapercibida y un descenso relativamente pequeño en el aporte de energía, por

ejemplo, 500 kcal, diariamente por tres o cuatro semanas, puede resultar en una pérdida de 4 kg o más de tejido muscular en individuos con déficit de peso (Wood et al.).

El problema de ingesta reducida se complica por el fallo frecuente del sistema hospitalario para compensar las comidas que pierden los pacientes, ya sea porque tienen que permanecer en ayunas o porque se hallan ausentes de la sala a la hora de las comidas, debido a algún tratamiento o procedimiento diagnóstico.

Se dan, por tanto, las circunstancias para que se sospeche que en cualquier hospital puede haber un problema alimentario-nutricional, el cual debe enfocarse desde un punto de vista epidemiológico. Existe realmente un problema?Cuál es su magnitud? Qué proporción de la población hospitalaria se halla afectada? Es la proporción más alta en algunos grupos especiales? Cuáles son las causas del problema? Qué debe hacerse para corregirlo?

No hemos encontrado en la literatura revisada recientemente, publicaciones sobre algún hospital en Latinoamérica que haya enfocado la situación en la manera mencionada y, por ello, aludiremos a un estudio realizado en Australia en 1985 (Wood et. al)

El objetivo del estudio fue estimar el estado nutricional de todos los pacientes que estaban hospitalizados un día determinado, identificar las características del problema y proporcionar la información básica para el desarrollo de los servicios alimentario-nutricionales de apoyo.

Mediante pruebas de laboratorio y mediciones antropométricas, se

determinó que el 55% de los pacientes estaban malnutridos; resultado similar al obtenido en Estados Unidos (Bistrain, et al. - Hill, et al.) y algo mayor a lo observado en la misma Australia entre pacientes quirúrgicos (Marsham, et. al)

Sobrepeso y obesidad se encontró en un 32% de casos, mientras que 8% se hallaban a riesgo de desarrollar desnutrición energético-proteínica (Valores antropométricos inferiores al 90% de la referencia) y 15% presentaban marasmo o combinación de síntomas de éste y de kwashiorkor. En más de la mitad de este grupo no se había reconocido el proceso hasta el momento de la investigación. Se demostró además, que los pacientes desnutridos permanecían un promedio de 7 días más en el hospital que los otros pacientes

En un estudio llevado a cabo en 1979 en Estados Unidos (Weinsier, et al.) se halló que los pacientes malnutridos estaban en el hospital un promedio de 8 días más que otros y, prospectivamente, se demostró que existía una asociación entre el estado de nutrición y el curso de la hospitalización, y, a la vez, se producía un empeoramiento del estado nutricional con la prolongación de la estadía en el hospital

Es obvio que estos problemas no los puede detectar ni son del dominio exclusivo del servicio de Dietética, sino que debe existir un grupo encargado de un verdadero programa hospitalario de alimentación y nutrición, el cual tiene que estar íntimamente ligado con el programa alimentario-nutricional de la comunidad de la que el hospital forma parte.

Un programa alimentario-nutricional hospitalario adecuado, producirá, entre otros beneficios, una mejoría del estado nutricional del paciente, lo

cual reportará, a la vez, un ahorro económico al hospital, tanto en términos de recuperación del paciente como en reducción de la duración de la estadia. Los requerimientos nutricionales del paciente son los mismos, tanto si la alimentación es oral, enteral o parenteral y el hospital tiene la responsabilidad de proporcionar manejo nutricional óptimo como un componente integral de la atención del paciente.

El programa hospitalario de alimentación y nutrición debe, entre otras actividades, tener en cuenta la prevalencia de la malnutrición en la comunidad a la que sirve, sus características y, en cuanto sea posible, sus causas. No que el hospital mismo deba recolectar esta información sino obtenerla de los servicios de salud comunitarios. Esta información permitirá al hospital planificar adecuadamente, de acuerdo a los problemas nutricionales que posiblemente le serán remitidos.

Además, el programa debe incluir, en nuestra opinión, las siguientes actividades, muchas de las cuales se han recomendado en otros trabajos (Kracit, et al., Mc Clusky, et al., Am. Soc. Alim. Nut., etc.):

1. Establecer un sistema de evaluación del estado nutricional del paciente a su ingreso y a lo largo de su permanencia en el hospital.
2. Evaluación de las prácticas alimentarias, revisando periódicamente la calidad de la alimentación.
3. Preparación y revisión periódicas de un manual de dietas.
4. Establecimiento de un programa de educación en alimentación y nutrición para el personal, tanto del hospital como de los servicios de salud comunitarios. Este programa debe incluir tanto nutrición clínica, como dietoterapia, incorporando los conocimientos que se vayan

desarrollando sobre dietas modificadas.

5. Establecer un sistema de educación e información nutricional al paciente ambulatorio y hospitalizado.

6. Asegurar que el manejo dietético-nutricional es mantenido una vez el paciente ha sido dado de alta, lo que cual requiere nuevamente una estrecha coordinación con los servicios de salud extra-hospitalarios.

7. Evaluación de las prácticas relacionadas con la lactancia natural y establecimiento de un sistema que promueva la alimentación al pecho. Esto conlleva, entre otras actividades, la preparación de la mujer embarazada para la lactancia, las prácticas relacionadas con los primeros contactos de la madre con el recién nacido y la separación o no de ambos.

8. Asegurar que se ejecuten las prácticas aceptables y reconocidas científicamente de alimentación al niño desnutrido, con diarrea o con otros procesos infecciosos.

9. Vigilancia adecuada del crecimiento y desarrollo de los niños hospitalizados, particularmente por períodos de tiempo prolongados.

10. Vigilancia del estado nutricional del anciano, con particular atención, y evaluación de las necesidades de este grupo de la población hospitalizada frecuentemente ignorado.

Esperamos que estos pensamientos que hemos compartido con ustedes sirvan, hasta cierto punto, como un marco de referencia general que facilite las discusiones que llevaremos a cabo durante los próximos días.

CUADRO No. 1

PREVALENCIA DE DESNUTRICION ENERGETICO-PROTEICA

CENTRO AMERICA Y PANAMA

P A I S	PREVALENCIA DE DESNUTRICION 1/	
	1965-1967	1978-1982
COSTA RICA	16.3	6.1
EL SALVADOR	30.1	17.9
GUATEMALA	36.5	43.6
HONDURAS	28.5	--
NICARAGUA	17.1	27.1
PANAMA	13.5	15.8
	-----	-----
TOTAL	23.7	22.1

1/ Peso por edad (por debajo de -2 desviaciones estándar según valores de referencia OMS).

* FUENTE: DELGADO, H.L. "La Situación Alimentaria en Centro América y Panamá", INCAP, presentado en la Reunión Subregional "Papel del Sector Salud en Alimentación y Nutrición y su participación en el proceso de planificación multisectorial", Managua, Nicaragua, 11-15 Mayo 1987

CUADRO No. 2

PREVALENCIA DE DESNUTRICION ENERGETICO-PROTEICA

CARIBE HABLA ING. . A*

P A I S	AÑO	%
ANTIGUA	1984	7.7 (1)
BARBADOS	1981	8.8 (1)
BELIZE	1981	10.9 (2)
BRITISH VIRGIN ISLANDS	1984	5.9 (1)
CAYMAN ISLANDS	1979	2.2 (1)
DOMINICA	1984	5.0 (1)
GRENADA	1979	6.9 (2)
GUYANA	1984	28.5 (2)
JAMAICA	1985	24.8 (2)
ST. CHRISTOPHER, NEVIS	1984	13.3 (1)
ST LUCIA	1980	7.1 (2)
ST. VINCENT	1983	22.1 (2)

(1) Peso por edad (por debajo del 80% del estándar OMS)

(2) Ajustado de la clasificación de Gómez a Referencia OMS

* FUENTE "A food and nutrition profile of the English Speaking Caribbean", Mimeograph Document, Caribbean Food and Nutrition Institute, Kingston, Jamaica, 1986.

CUADRO No. 3

PREVALENCIA DE DESNUTRICION ENERGETICO-PROTEICA*

OTROS PAISES

P A I S	AÑO	%
BOLIVIA (1)	1981	13.5
CHILE (2)	1985	2.5
COLOMBIA (3)	1977-80	17.2
HAITI (4)	1978	41.5
REPUBLICA DOMINICANA (5)	1985	6.2

* Peso por edad (por debajo de -2 desviaciones estándar)
Valores de Referencia OMS

- FUENTES, (1) The National Institute of Food and Nutrition, Government of Bolivia and USAID. Bolivian National Nutritional Status Survey, 1981. Summary Report, USAID, Washington, D.C. and CDC, Atlanta, GA., 1982.
- (2) Ministerio de Salud, Rep de Chile, Depto de Control y Evaluación. Estado Nutricional de la Población en Control de Salud, 1986.
- (3) Mora, J.O. "Situación de la población colombiana en 1977-80", Estudio Nacional de Salud, Bogotá, Ministerio de Salud, 1986
- (4) Department of Public Health and Population, Republic of Haiti National Nutrition Survey, 1978, USAID, Washington, D.C., y CDC, Atlanta, Ga., 1979
- (5) Close G.C., P. Van Den Hazel, "Nutritional Status of young children in Dominica, West Indian Med J, 35 103-105, 1986

BIBLIOGRAFIA

1. American Society for Clinical Nutrition. "Guidelines for a Committee on institutional care of the Hospital Medical Board". Report of a Task Force. Am J Clin Nutr 42 906-908, 1985.
2. Bistrain, BR, et al.. "Prevalence of malnutrition in general patients" JAMA 235:1567-70, 1976.
3. Bove, T. "Prevalencia de obesidad en adultos pertenecientes a diferentes niveles socioeconómicos de Santiago". Tesis de Maestría, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos Universidad de Chile, 1985
4. Butterworth, CE y GL Blackburn. "Hospital malnutrition and how to assess the nutritional status of a patient" Nutrition Today Reader/april, 1976.
5. Díaz Amador, C. (Editor) "Información sobre los hallazgos antropométricos, lactancia materna y alimentación en el primer año de vida" Encuesta Nacional de Nutrición, 1982. Ministerio de Salud, Departamento de Nutrición, San José, Costa Rica, 1985.
6. Fox, K. "Health Status of Guyana". Mimeograph document, Caribbean Food and Nutrition Institute, 1986
7. Hagley, K "Nutrition and mortality trends in the Caribbean Region" CAJANUS, 20:86-93, 1987.
8. Hill EL, et al. "Malnutrition in surgical patients: An unrecognized problem" Lancet 1:689-92, 1977
9. Krazit, J. et al. "The nutrition support advisory committee A council of hospital services for nutrition support" J Am Diet Assoc 86 1067-68, 1986.
10. Marsham, R , et al "Nutricional status and postoperative complications in an Australian hospital" Aust NZJ Surg 50 516, 1980
11. Mc Clusky, KW, et al "Nutrition priority system a model for patient care" J Am Diet Assoc 87:200-203, 1987
12. OPS/INCAP/CFNI. "Reporte de la Reunión de Trabajo sobre Servicios de Alimentación Institucional" Nov 24-28, 1986, Guatemala Documento Mimeografiado, INCAP, 1986
13. Weinsier, RL, et al "Hospital malnutrition a prospective evaluation of general medical patients during the course of hospitalization" Am J Clin Nutr. 32:418-26, 1979
14. Wood, B., et al "Nutritional status in hospital inpatients implications for nutritional support services" Aust NZJ Med 15 435-441 1985

ATENCION NUTRICIONAL COMO COMPONENTE DE LAS ACTIVIDADES

DE ALIMENTACION Y NUTRICION EN EL HOSPITAL

Licda. Carmen Dárdano*

I. INTRODUCCION

La malnutrición, ya sea por exceso o por déficit, constituye en la actualidad, uno de los factores de mayor riesgo de la morbi-mortalidad, ya que un alto porcentaje de la población está afectada por uno o por otro.

La ejecución de ciertos programas de nutrición, tanto en el área comunitaria como hospitalaria, ha contribuido a solucionar algunos de estos problemas nutricionales propios de nuestro medio. En la actualidad, los hospitales atienden diferentes tipos de morbilidad; sin embargo, a la atención del paciente no se le integra el componente nutricional cuando la morbilidad así lo amerita. Esto se debe a la falta de claridad sobre este aspecto por parte del equipo de salud, lo que ha traído como consecuencia el que no se le dé un apoyo completo a esta actividad, desde el punto de vista técnico y administrativo.

Se hace entonces necesario definir qué es la atención nutricional, cuáles son los elementos que la integran y cuál debe ser su propósito fundamental.

* Nutricionista, M.Sc.
División de Nutrición y Salud
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
INCAP

II. ATENCION NUTRICIONAL

A. Definición

Atención Nutricional puede definirse como la aplicación de la ciencia de la nutrición al cuidado de la salud de las personas o como el cuidado nutricional que se ofrece a un individuo o grupos de personas para prevenir o curar una enfermedad aguda o crónica, que exige modificar su ingesta de alimentos. Estas modificaciones pueden ser cualitativas o cuantitativas, dependiendo del momento evolutivo de la misma (1).

Johnson (2), la define como un servicio de salud destinado a ayudar a las personas a conservar o reestablecer un estado positivo de bienestar.

B. Funciones

Como la atención nutricional es un servicio de salud que se proporciona a individuos y grupos tales como lactantes, pre-escolares, escolares, adolescentes, adultos o embarazadas, cuyas necesidades varían enormemente, tiene como función satisfacer estas necesidades:

1. Señalando fuentes de nutrientes a las personas que no tienen autodeterminación, ni son autosuficientes, en cuanto a la selección y consumo de alimentos ajustados a sus necesidades nutricionales.

2. Propiciando la participación del grupo objetivo a través de la educación nutricional, en la selección de alimentos de buena calidad, cuando el grupo tiene autodeterminación, pero no es suficiente.

3. Fomentando la independencia del grupo objetivo en cuanto a la selección y consumo de alimentos, a través cuando el grupo tiene autodeterminación y es autosuficiente.

En la Figura No. 1, se presentan en forma esquemática, estas funciones.

III. ELEMENTOS DE LA ATENCION NUTRICIONAL

Los elementos básicos y esenciales de la atención nutricional, comprenden cuatro actividades específicas: 1) Identificación de grupos prioritarios; 2) planificación o formulación de acciones; 3) Desarrollo o ejecución; y, 4) Monitoreo y evaluación. Cada uno de estos elementos están íntimamente relacionados, de tal forma que si se desea tener éxito, todos deben funcionar coordinadamente, pues el fracaso de uno de ellos llevará al fracaso de los otros; las dos primeras etapas están básicamente dirigidas hacia la estructura, la tercera se identifica con el funcionamiento y la última con el seguimiento y medición de los resultados. En la Figura No. 2, aparece la interrelación de estos elementos.

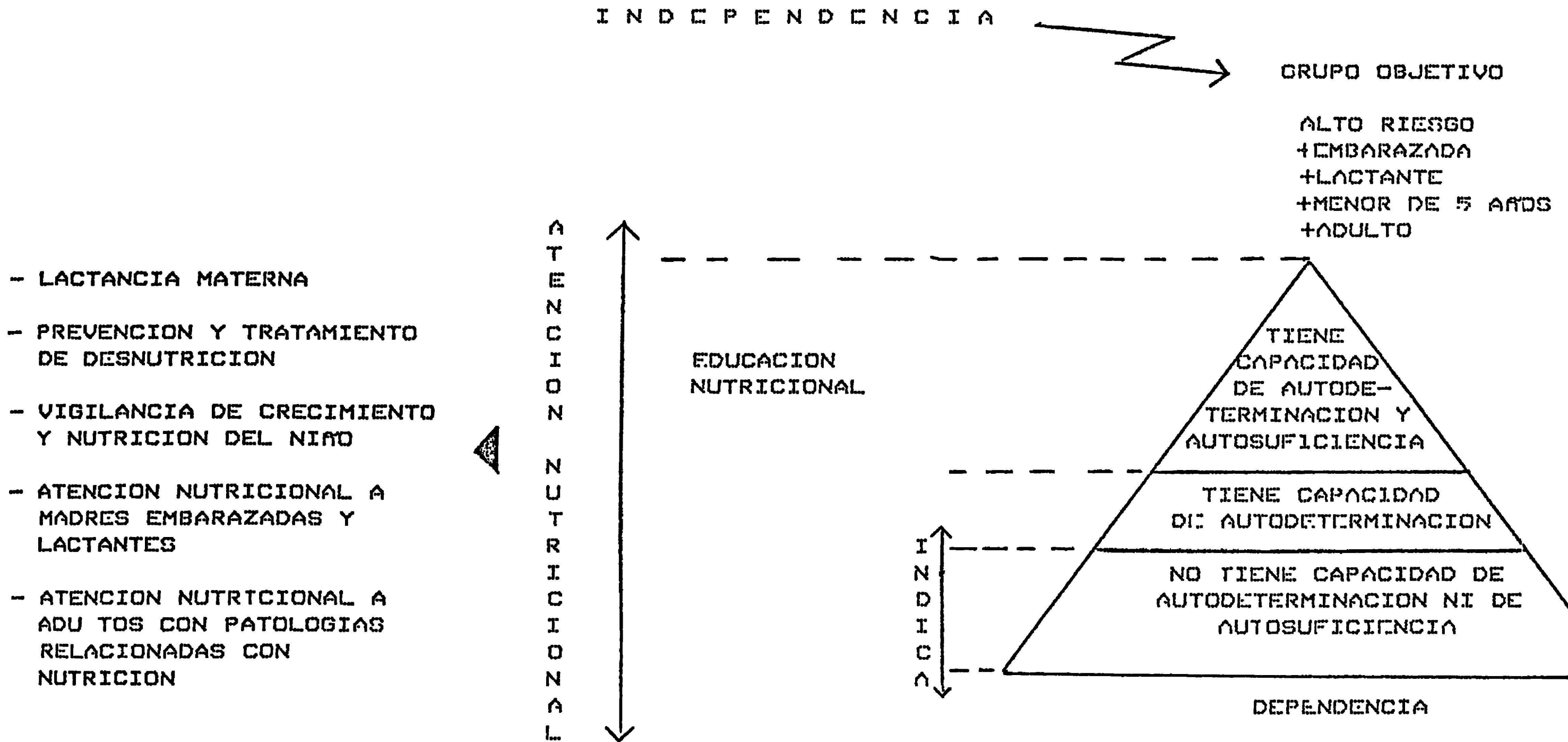
A. Identificación de Grupos Prioritarios

La identificación del grupo prioritario, comprende la obtención de datos relativos al grupo objetivo, proporcionados por el equipo de salud, por el grupo mismo y por las características de la comunidad. La información recabada, se analiza posteriormente y los resultados se aplican en la siguiente etapa de la atención nutricional o sea en la planificación.

El proceso de identificación incluye la obtención de datos relativos a las necesidades del grupo objetivo en relación con sus actitudes, conocimientos, costumbres en materia de alimentación y poder adquisitivo. en todos los casos, en el proceso de definición, debe participar el grupo objetivo, ya sea comunicándose directamente con los

FIGURA No. 1

FUNCION DE LA ATENCION NUTRICIONAL A NIVEL HOSPITALARIO



miembros del equipo de salud o que éstos recurran a fuentes secundarias de información, o que ocurran ambas cosas.

B. Planificación o Formulación de Acciones

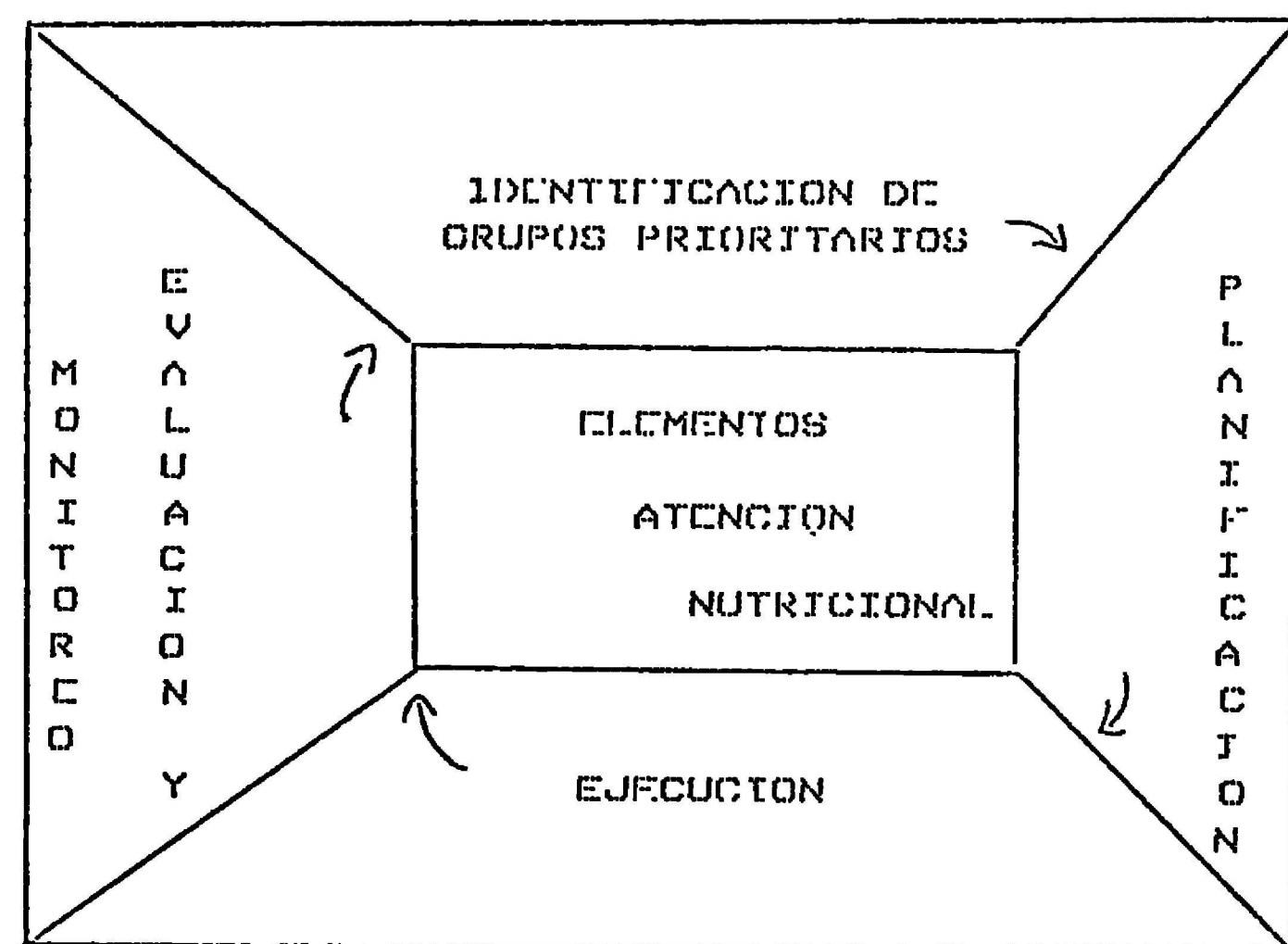
La planificación es el segundo componente de la atención nutricional; que lleva a satisfacer las necesidades nutricionales del grupo objetivo y comienza fijando metas en unión con éste, basándose en sus necesidades. En esta elaboración se deben organizar y establecer prioridades que sean coherentes, tanto para el grupo objetivo como para el equipo de salud. Las acciones de atención nutricional derivadas del análisis efectuado por el equipo de salud, deberán ser aceptadas por el grupo objetivo. A menudo, el grado de aceptación del plan de atención nutricional lo determina la medida en que el grupo intervenga en el desarrollo del mismo. El ayudar al grupo a establecer sus prioridades creará un clima de aceptación de nuevas actitudes y lo llevará a la autodeterminación en cuanto a las características específicas de su alimentación, que es el propósito básico de la atención nutricional.

El equipo de salud, no sólo debe ayudar al grupo objetivo a identificar sus objetivos capaces de satisfacer sus necesidades reales, sino que en esta etapa también debe consultarse sobre la conveniencia del plan de atención nutricional. Un plan mal concebido, independientemente de las buenas intenciones que animen a quienes lo elaboran, fracasará. Por lo tanto, todos lo que intervienen, grupo objetivo y equipo de salud por igual, deben darse cuenta de la importancia del logro de los objetivos propuestos.

La fase siguiente de la etapa de planificación es la selección de

FIGURA No. 2

ELEMENTOS DE LA ATENCION NUTRICIONAL A NIVEL HOSPITALARIO



estrategias y medios apropiados que faciliten la ejecución del plan centrado en el grupo objetivo y se deben seleccionar cuidadosamente, a fin de que se ajusten a las necesidades y posibilidades del mismo.

C. Ejecución

Una vez completada la fase de planificación, el paso siguiente es la ejecución del plan de atención nutricional. Ya sea que el plan se haya elaborado para lograr objetivos a corto plazo (como el tratamiento de la presión arterial) o para alcanzar metas a largo plazo (como cuando se trata de recuperar, conservar y promover la salud), en la fase de ejecución tienen lugar muchas actividades.

Una actividad es recolectar los datos básicos de todas las fases del plan de atención nutricional. El llevar registros para su uso inmediato y la consignación de notas específicas en el expediente médico, son dos tareas obligatorias. La información registrada en los expedientes médicos, sirve como un canal de comunicación con todos los demás miembros del equipo de salud.

Otra actividad, es la comunicación del plan de atención nutricional al servicio de alimentación para lograr la ejecución del plan, acorde con el mismo. Además, el equipo de salud, no solo es responsable del cumplimiento del plan de atención nutricional por parte del servicio, sino también de la aceptación y consumo de la alimentación por parte del paciente. Por último, debe responsabilizarse del efecto que la atención nutricional tenga en el mejoramiento y recuperación de dicho paciente.

La fase de ejecución incluye la educación nutricional a aquellas

personas que lo necesitan para efectos de la importancia de la alimentación para su recuperación.

D. Monitoreo y Evaluación

Como la palabra lo indica, monitoreo es el seguimiento, la vigilancia que el equipo de salud debe darle al grupo objetivo que ha recibido atención nutricional, para garantizar que avanza firmemente hacia el establecimiento o mantenimiento de la salud. Evaluación es medir la calidad del trabajo realizado por el equipo de salud, lo cual implica que este se involucre en actividades de vigilancia continua para tomar acciones oportunas con relación a la efectividad de la atención.

Tanto para el monitoreo como para la evaluación de la calidad de la atención nutricional, es necesario definir indicadores que permitan medir objetivamente el servicio prestado y los logros alcanzados.

IV. CONCLUSIONES

Con base en lo expuesto anteriormente, puede concluirse que la atención nutricional a nivel hospitalario debe ser parte integral del tratamiento preventivo y curativo del grupo objetivo. Esta atención debe integrarse en los diferentes servicios del hospital, a saber: pediatría, Gineco-obstetricia, medicina interna, cirugía y consulta externa. Asimismo, debe estar acorde con los factores condicionantes del nivel nutricional de la comunidad, para que el paciente pueda lograr su recuperación y mantenerla al salir del hospital.

V. BIBLIOGRAFIA

1. The American Dietetic Association. Position paper on the Nutrition Componente of Health Services. Delivery Systems, J. Am. Dietet. 58: 538, 1971.
2. Johnson, CA. The Need for better nutrition care Who's responsible? J. Am. Dietet. A. 67: 219, 1975.
3. Mason, Mario, Burness G. Wenberg y P. Ray Welsch Ma. Dietética Clínica. Editorial Limusa, 1a. Edición, 1981, pp. 351.

**FORMACION ACADEMICA, CAPACITACION EN SERVICIO Y
EDUCACION COMUNITARIA
INTEGRADA A LAS ACTIVIDADES DE ALIMENTACION Y NUTRICION
EN LA ATENCION HOSPITALARIA**

Licda. Alexandra Praun*

I. INTRODUCCION

Las actividades básicas de alimentación y nutrición en el hospital pueden agruparse en tres componentes:

- A. Atención Nutricional
- B. Servicios de Alimentación
- C. Educación alimentaria-nutricional e investigación

Dentro de su interrelación e interdependencia, la educación alimentaria-nutricional es un mecanismo de apoyo para que las intervenciones prioritarias de alimentación y nutrición, en el contexto de servicios de alimentación y atención nutricional, se desarrollen eficaz y eficientemente en el hospital y la comunidad.

A continuación se hacen algunas reflexiones sobre la formación académica, la capacitación en servicio y la educación comunitaria integradas a las actividades de alimentación y nutrición en la atención hospitalaria.

* Nutricionista, MSc
 Proyecto Subregional de Educación
 Alimentaria Nutricional, INCAP

II. RELACION ENTRE FORMACION ACADEMICA, CAPACITACION EN SERVICIO Y EDUCACION COMUNITARIA

Formación académica

Actividades de educación formal que persiguen la preparación de una persona para que pueda ejercer ciertas habilidades tendientes a lograr y mantener la salud de la población.

Capacitación en servicio

Acciones tendientes a la actualización y aplicación adecuadas de los conocimientos por parte del personal institucional o comunitario que ejecuta acciones de salud dirigidas al grupo objetivo.

Educación Comunitaria

Proceso que desarrolla la capacidad de la persona, familia y comunidad, para lograr y mantener un buen estado de salud.

Generalmente no existe una relación entre cada una de estas acciones, sino que las mismas se desarrollan en forma compartimentalizada. Los objetivos y contenidos educativos no parten del análisis de la problemática de salud y nutrición de la población o grupo objetivo, ni se relaciona con las funciones o acciones que el personal (formado o capacitado) y la comunidad deben realizar. Esto conlleva a que no exista una unificación de contenidos entre la formación del personal, su capacitación en servicio y los procesos de educación comunitaria.

Estas acciones deben partir de una planificación educativa que permita la identificación de objetivos y contenidos educativos que contribuyan a mejorar la situación de salud y nutrición actual del grupo objetivo. Esta planificación debe ser responsabilidad de un equipo multidisciplinario con

capacidad de análisis y creativo para decidir sobre qué educar y cómo hacerlo. Estas decisiones deben ser en función de los problemas prioritarios de salud y nutrición del grupo objetivo, de los factores que condicionan este problema y de las intervenciones o acciones que la Institución de salud realiza.

III. PARA QUE SE DEBE FORMAR, CAPACITAR O EDUCAR AL PERSONAL INSTITUCIONAL Y A LA COMUNIDAD

Todo proceso educativo conlleva a reforzar, desarrollar o modificar una acción, práctica o habilidad; persigue la aplicación del conocimiento dentro de un contexto. Este conocimiento puede provenir de la reflexión sobre la práctica/realidad o de la teoría que debe aplicarse a la realidad. La comprensión del conocimiento conlleva a desarrollar actitudes que permiten el adquirir compromisos por convencimiento. Estos compromisos pueden llegar a formar un hábito. El conocimiento no es estático, debe recrearse permanentemente mediante la reflexión sobre la práctica.

Es deseable que este proceso se aplique en la formación académica, la capacitación en servicio y la educación comunitaria.

Formación Académica

Persigue desarrollar habilidades que permitan conocer, entender, corregir y prevenir los problemas de salud.

Capacitación en Servicio

Persigue reforzar y desarrollar habilidades y prácticas para actualizar sus conocimientos, para conocer y entender la situación de salud del grupo objetivo específico y para aplicar su conocimiento en función de esta realidad.

Educación Comunitaria

Persigue desarrollar, modificar o reforzar habilidades y prácticas que permitan al grupo objetivo conocer y entender su situación de salud y tomar decisiones adecuadas frente a ella, seleccionando, produciendo y creando los bienes y servicios necesarios.

IV. SOBRE QUE SE DEBE FORMAR, CAPACITAR O EDUCAR AL PERSONAL INSTITUCIONAL Y A LA COMUNIDAD

El contexto de estos procesos educativos debe ser una visión y conocimiento integral de salud/alimentación/nutrición. Según el tipo de acción varía el nivel de profundización y detalle.

Estos procesos educativos son motivados por el nivel nutricional del grupo objetivo, el cual está afectado por factores de disponibilidad, consumo y utilización biológica de los alimentos. el nivel nutricional, a su vez, afecta el crecimiento físico y mantenimiento de la salud durante las diversas etapas de la vida. Todas estas interrelaciones deben desarrollarse en función de la realidad de la población o grupo objetivo.

El proceso educativo debe orientarse principalmente a lograr que el participante (educando):

- A. Conozca y comprenda la interrelación entre salud/alimentación/nutrición.
- B. Refuerce su conocimiento mediante el análisis de la realidad.
- C. Entienda la multicausalidad del problema y la necesidad de actuar en forma multidisciplinaria y multisectorial.
- D. Identifique su quehacer en ese proceso integrador.

El objetivo de la formación académica, de la capacitación en servicio

y de la educación comunitaria, es actuar sobre el problema de salud, alimentación y nutrición para contribuir a disminuirlo. Si a nivel comunitario hay acciones preventivas orientadas hacia los factores que condicionan el problema, entonces el daño que recibe el hospital sería menor.

El hospital tiene por objetivo curar el daño, salvar vidas y también contribuir a la prevención del daño; por eso, la importancia de que la capacitación en servicio y la educación al grupo objetivo, estén interrelacionados como un proceso educativo.

Este se debe orientar a que los miembros del equipo de salud tengan la capacidad para desarrollar, eficiente y eficazmente, las intervenciones prioritarias en el contexto de la Atención Nutricional y de los Servicios de Alimentación, dirigidas al grupo objetivo; y dar seguimiento a estas intervenciones, mediante la atención ambulatoria, en coordinación con el centro y puesto de salud para lograr

- A. Impacto en el grupo objetivo
- B. Apoyo del grupo familiar
- C. Desarrollar procesos comunitarios para lograr y mantener su salud

V. COMO PLANIFICAR EL PROCESO EDUCATIVO A NIVEL HOSPITALARIO

En la práctica, las acciones educativas se dan en forma aislada, esporádica, sin una sistematización y sin una unificación de criterios. Por lo tanto, la necesidad de la planificación, que es responsabilidad del equipo.

Los principales elementos de la planificación educativa son: diagnóstico, formulación del plan, ejecución y evaluación.

Para iniciar la planificación educativa es necesario contar con:

- A. La descripción de los problemas prioritarios y los factores causales
- B. Descripción de las intervenciones prioritarias que se están realizando
- C. Los recursos Institucionales y comunitarios con los que se cuenta

El Diagnóstico Educativo

Es el análisis e interpretación de la información existente para definir sobre qué prácticas deseamos que la acción educativa tenga impacto y con qué recursos o medios contamos para desarrollar estas acciones. con esta información, se definen los objetivos viables y factibles del proceso educativo.

Estos objetivos deben describir el tipo y magnitud del cambio que se quiere lograr en función del desarrollo, refuerzo o modificación de habilidades y prácticas del educando (equipo de salud y grupo objetivo).

La formulación del plan implica la selección de las estrategias y actividades mediante las cuales se pretende lograr los objetivos enunciados. Estrategia es la combinación de recursos para que, mediante las intervenciones, se proyecte la acción educativa. Las estrategias se operacionalizan mediante las actividades. Debe haber unificación de criterios entre las estrategias.

Como parte de la planificación se debe indicar la forma en la cual se van a operacionalizar las estrategias. Los elementos claves para la ejecución son:

- A. Organización de los recursos
- B. Capacitación del personal ejecutor
- C. Programación de las actividades
- D. Diseño, prueba y producción/desarrollo de técnicas y materiales educativos
- E. Coordinación
- F. Dotación de recursos
- G. Supervisión
- H. Reprogramación

Mediante la evaluación se persigue medir la forma en la cual se están operacionalizando las actividades y estrategias (proceso) y medir el logro de los objetivos (impacto).

Los indicadores para evaluar se generan de los objetivos educativos (impacto) y de los objetivos operacionales de cada actividad (proceso).

La validez y sensibilidad de los indicadores depende del grado de detalle que se logró en la definición de los objetivos.

La planificación educativa debe ser un instrumento de trabajo necesario para unificar criterios en relación a sobre qué educar y cómo educar; y para poder retroalimentar la planificación con base en los resultados de las evaluaciones.

LA INVESTIGACION EN ALIMENTACION Y NUTRICION

EN LOS HOSPITALES

Myriam Ruiz Maldonado*, Blanca Dolly Tejada**

I. CONCEPTO

De todos es sabido que la investigación es la búsqueda sistemática de nuevos conocimientos, para ser utilizados en la transformación de una realidad. Es un hecho entonces, que sin investigación científica y su consecuente aplicación, traducida en el desarrollo tecnológico y, fundamentalmente, en el bienestar de su población, los países no pueden progresar.

Por ser también un hecho reconocido el papel que desempeña la alimentación y la nutrición en la salud, la investigación en estos tópicos reviste una importancia particular en dicho campo y amerita que se hagan esfuerzos para que sea parte integral de las investigaciones en salud que se relacionen, directa o indirectamente, con el mejoramiento del estado alimentario y nutricional del ser humano, ya que éste es, a la vez, sujeto y objeto de dichas investigaciones.

La historia de las ciencias de la alimentación y nutrición, ha sido un proceso de búsqueda continua que, por ensayo y error y por el uso de conocimientos y técnicas que fueron desarrollándose en estas y en otras áreas, han colocado los conocimientos de alimentación y nutrición en el nivel de reconocimiento en que se encuentran actualmente.

* Nutricionista, MPH; Consultor OPS

** Nutricionista, MSc; Consultor OPS

No obstante el camino recorrido, es necesario reconocer que la actividad investigativa en general y la que nos ocupa, en particular, requiere ser analizada en cuanto a lo que ha sido y debe ser.

II. INVESTIGACION ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN LA SUBREGION

El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá -INCAP- ha sido la Institución que ha liderado y aportado las principales investigaciones en la subregión, lo cual se ve evidenciado en los numerosos artículos publicados y difundidos en todos los países y niveles, así como en los resultados de dichas investigaciones que, en su mayoría, son factibles de aplicarse para mejorar el nivel alimentario y nutricional de la población.

La situación de los países, en el campo de la investigación que se está analizando, es compleja y heterogénea, condicionada por el nivel de desarrollo y el reconocimiento de la importancia de investigar, en función de necesidades y de acuerdo con los recursos disponibles.

Esta situación se refleja también, en el poco seguimiento de los conocimientos generados por las investigaciones que han sido realizadas y que están relacionadas con las acciones prioritarias, que se han identificado para la subregión. Claro que no se puede olvidar que tal actividad y su seguimiento son difíciles por múltiples causas, entre las cuales se pueden mencionar:

A. El hecho de que la investigación no está efectivamente reconocida como una actividad, que hace parte integral de la responsabilidad del sector salud, como una estrategia para desarrollar el mismo sector y que esté enmarcada en las realidades nacionales y teniendo en cuenta la capacidad operativa del mismo sector.

B. La forma de organización y funcionamiento del sector salud, que da primacía a la entrega del servicio.

C. La falta de equilibrio entre la oferta y la demanda que ocasiona una escasez de recursos de todo tipo y lleva a considerar la actividad investigativa como una función no propia del equipo de salud.

D. La concepción de la investigación como una actividad compleja y separada de la práctica.

Contradictoriamente, el sector salud está sufriendo las consecuencias de esta situación, al profundizarse la brecha entre lo que se normatiza en el nivel central y lo que se ejecuta en los niveles operacionales. Este hecho hace más imperativo el que se utilice la actividad investigativa para estudiar aspectos tales como: calidad, equidad, eficiencia y eficacia de los servicios, lo cual implica que dicha investigación debe ser conjunta con la comunidad y emplear metodologías que faciliten esta participación, si se quiere lograr tales resultados.

III. INVESTIGACION ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN EL HOSPITAL

La poca investigación en el hospital es reflejo de la situación general del sector salud. Y lo poco que se realiza, le da mayor énfasis a los aspectos clínicos de la atención, se hace de manera especializada y, en algunas oportunidades, fuera del contexto real del país o región, lo cual hace que sean de muy baja aplicabilidad. En relación con la alimentación y nutrición, debido a que es un componente que se ha manejado aisladamente dentro del hospital, rara vez se integra a las investigaciones que se realizan en la institución hospitalaria.

Por otro lado, como no hay una proyección de este componente hacia la comunidad, hay mayor ausencia de investigaciones que tengan como propósito garantizar que el paciente atendido tenga posibilidades de continuar su recuperación y mantenerla, una vez se integre al grupo comunitario. Esto lleva a crear un círculo vicioso en el hospital (recurrencias del mismo paciente al hospital), aumentando los costos sociales y reduciendo el impacto del sector en relación a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

IV. ESTRATEGIAS PARA REALIZAR INVESTIGACIONES EN ALIMENTACION Y NUTRICION EN EL HOSPITAL

Dado que los programas formadores del equipo de salud realizan prácticas en las Instituciones hospitalarias, éstas pueden convertirse en un medio para que los estudiantes de las diferentes disciplinas, trabajando en equipo, realicen investigaciones durante su período de prácticas, que respondan a los lineamientos de investigación fijados por el sector salud, los cuales, a su vez, deben tener en cuenta las necesidades prioritarias y recursos disponibles en las instituciones y la comunidad. Al vincular así la docencia con la asistencia y la investigación, se obtendrá un equipo de salud con actitudes y habilidades investigativas; a la vez, el equipo de salud en servicio, se familiarizará con métodos y herramientas sencillas y básicas de investigación, que ayudarán a la desmitificación de la misma y la convertirán en parte de la actividad diaria.

El involucramiento en investigación de este equipo, que se origina en las preguntas que surgen de la práctica, eleva su conocimiento técnico, que es la base de la ciencia. La transmisión y aplicación de ese nuevo

conocimiento en diferentes niveles y situaciones, mejora la atención brindada, lleva a elevar el nivel de salud del paciente y, por lo tanto, de la comunidad

Esta actividad investigativa serviría también para integrar al hospital con las otras unidades operativas y niveles de atención del sector salud, de un lado; y por el otro, con los demás sectores que tienen que ver con la problemática alimentaria y nutricional.

Sería asimismo, una manera de articular al sector salud con los centros formadores, para que los recursos humanos se formen acordes con las realidades, necesidades y recursos de los países y se conviertan en verdaderos agentes de cambio de la situación alimentaria y nutricional de la subregión.

Esta es solo una de las muchas estrategias que se pueden emplear para formentar la investigación.

ANEXO No. 4

**SITUACION ACTUAL DE LAS ACTIVIDADES DE
NUTRICION Y ALIMENTACION EN LOS HOSPITALES**

*** COSTA RICA**

*** EL SALVADOR**

*** GUATEMALA**

*** HONDURAS**

*** NICARAGUA**

*** PANAMA**

*** REPUBLICA DOMINICANA**

GUIA PARA PRESENTACION DE LA SITUACION ACTUAL DE LAS ACTIVIDADES DE
ALIMENTACION Y NUTRICION EN LA ATENCION HOSPITALARIA DE LOS
PAISES DE LA SUBREGION

1. Qué impacto tienen actualmente las acciones de alimentación y nutrición en la atención integral del paciente hospitalizado y ambulatorio?
2. Cómo se vinculan las acciones de alimentación y nutrición con los diferentes servicios que da el Hospital y cuál es su relación con el nivel de atención primaria, para continuar y mantener la recuperación del paciente?
3. Cuáles son los logros y dificultades técnico-administrativas que tienen los hospitales para cumplir con los dos puntos anteriores?

INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

MINISTERIO DE SALUD

TALLER

"INTEGRACION DE ACTIVIDADES DE ALIMENTACION Y NUTRICION
EN LA ATENCION HOSPITALARIA"

DOCUMENTO - PAIS PRESENTADO POR LA DELEGACION COSTARRICENSE

GUATEMALA 7 AL 11 DE DICIEMBRE DE 1987

INTRODUCCION

El presente documento ha sido elaborado por la delegación costarricense para el Taller de "Integración de Actividades de Alimentación y Nutrición dentro de la Atención Hospitalaria" a celebrarse en la Ciudad de Guatemala del 7 al 11 de Diciembre de 1987.

El mismo servirá como material de referencia para la discusión de grupos y contiene una breve descripción del sistema hospitalario nacional así como de la organización y funcionamiento de los servicios de nutrición y su relación con los otros servicios a nivel hospitalario y con las entidades a nivel de atención primaria de diferentes instituciones gubernamentales.

Finalmente contempla los logros y dificultades técnicas-administrativas trascendentales en relación con el funcionamiento de los mismos.

A. Descripción

En Costa Rica, el Sistema Hospitalario Nacional se encuentra manejado básicamente por la Caja Costarricense del Seguro Social. Con la Ley 4750, del 16 de abril de 1971, se universaliza la Seguridad Social, lo que permite aumentar la cobertura a un 80% de la población para 1982. El Sistema Hospitalario se encuentra constituido por 28 hospitales alta y medianamente especializados y por 100 clínicas de consulta externa.

En cada uno de los centros hospitalarios se cuenta con servicio de nutrición, debidamente establecido estructural y funcionalmente el cual brinda apoyo al resto de las actividades del hospital con el objeto de dar una atención más integral tanto para el paciente hospitalizado como ambulatorio.

El servicio de nutrición a tiene como propósito:

- a) Contribuir a la recuperación de la salud del paciente, manteniendo y mejorando su estado nutricional.
- b) Brindar atención dietoterapéutica al paciente hospitalizado y ambulatorio.
- c) Promover, mediante educación nutricional, hábitos que conlleven a mantener un estado de salud adecuado a diferentes grupos hospitalarios y de la comunidad.
- d) Administrar eficientemente los recursos disponibles y mantener relaciones satisfactorias con los diferentes servicios del hospital.

Dichos objetivos se llevan a cabo a través del suministro de una alimentación balanceada en cuanto a calidad y cantidad, adaptada a los hábitos alimentarios y a las características del paciente. Además, se brinda educación y orientación nutricional tanto al paciente como al personal del hospital. Por otro lado, se mantiene una estrecha coordinación con los diferentes servicios que presta el hospital, con el fin de dar una atención integral al paciente.

El servicio de nutrición brinda alimentación a pacientes de todas las edades, tanto de sexo masculino como femenino y de diferente nivel socio-económico. Además brinda alimentación a la persona que labora en la institución.

Las dietas que se brindan, además de la normal, son: Dietas de líquidos claros, dieta líquida estricta, dieta de líquidos amplos, dieta blanda, dieta hipograsa, dieta hiposódica, dieta modificada en hidratos de carbono y

dieta hipocalorica entre otras. Además se brindan dietas especiales individualizadas que necesitan el cálculo hecho por nutricionista.

B. Impacto de las Actividades de Alimentación y Nutrición dentro de la Atención Integral al Paciente.

Para mayor compresion se va a estudiar primero la atención en el paciente hospitalizado y luego la atención al paciente ambulatorio.

a) Atención al Paciente Hospitalario.

A nivel de atención a paciente hospitalario se han realizado por parte de los estudiantes de la Carrera de Nutrición durante practica hospitalaria, pequeños estudios tendientes a evaluar cuantitativa y cualitativamente los Servicios de Nutrición a nivel de:

- Control de ingesta
- Tamaño de la porción
- Costo de la ración
- Estudios sobre el tratamiento dietetico del gasbrectonizado, del diabético, alimentación por sonda, entre otros, con el fin de mejorar el tratamiento dietetico a nivel de hospital.

A pesar de lo anterior, no existe ninguna evaluación sistemática que permita definir a ciencia cierta cual ha sido el impacto que tienen las acciones de alimentación y nutrición dentro de la recuperación del paciente. No obstante la atención al paciente hospitalario trata de:

- Brindar tratamiento terapeutico.
- Mantener o mejorar las condiciones nutricionales del paciente.
- Colaborar con la recuperacion del paciente.
- Disminuir su tiempo de estancia.
- Garantizar que al paciente se le prescriba la dieta acorde con sus necesidades nutricionales.
- Brindar orientacion nutricional al paciente y,
- Mantener buenas relaciones con el equipo de salud.

La atención al paciente hospitalario permite brindar atención

nutricional además de colaborar con el equipo de salud en la recuperación del paciente.

Dicha atención se controla a través de la evaluación del estado nutricional y a través del control de la ingesta. Esto permite determinar si la alimentación que se brinda cubre las necesidades nutricionales de acuerdo con la patología del paciente y si se adapta a sus hábitos alimentarios. Actualmente se está realizando una investigación a través de la UCR y CCSS sobre el estado nutricional de los pacientes hospitalarios la cual se encuentra en etapa de recolección de datos. Esta investigación servirá de base para establecer las acciones a seguir en la atención al paciente hospitalario a corto plazo.

El personal de nutrición especialista debería pasar visita por los salones junto con el equipo de salud y colaborar en la indicación de la prescripción dietética.

Sin embargo, por el escaso personal existente en la mayoría de hospitales, éste se dedica básicamente a las actividades administrativas del servicio. De tal forma de los 28 hospitales del país solo en tres existe nutricionista clínico.

b) Atención al Paciente Ambulatorio.

Al igual que la atención al paciente hospitalario, en este se han realizado pequeños estudios diagnósticos sobre la organización de la consulta externa pero tampoco existe una evaluación sistemática sobre el impacto de las acciones alimentaria nutricional en la atención al paciente ambulatorio. Sin embargo la atención a este tipo de paciente pretende:

- Brindar tratamiento dietético y educación nutricional a pacientes ambulatorios referidos por diferentes especialidades médicas.
- Adecuar la dieta indicada a las características socioeconómicas, fisiológicas y fisiopatológicas así como a los hábitos alimentarios al paciente.
- Dar seguimiento a los pacientes que lo requieran según su evolución.

Lo anterior se lleva a cabo a través de la consulta externa y a través de educación a grupos organizados.

En el primer caso se brinda tanto el tratamiento dietoterapéutico como asesoría en el manejo de la dieta y educación nutricional individualizada tendiente al mejoramiento de los hábitos alimentarios.

Además de la educación al paciente, también se brinda asesoría y educación alimentaria nutricional a la familia del paciente para facilitar su tratamiento dietoterapéutico a nivel del hogar.

C. Canales de Coordinación

Los servicios de nutrición, en términos generales, posee buena coordinación con los diferentes servicios que brindan los hospitales del país. La coordinación formal se lleva a cabo a través de interconsultas o sea por medio de referencia médica, tanto para establecer el tratamiento del paciente hospitalizado como del paciente ambulatorio. En el primer caso, la interconsulta es realizada por el médico de los diferentes servicios hacia el servicio de nutrición para el cálculo individualizado de la dieta de acuerdo con alguna patología especial.

En el caso del paciente ambulatorio, el servicio solicitante realiza la interconsulta para que el paciente sea atendido a nivel de consulta externa y se le de la orientación necesaria y seguimiento hasta finalizar el tratamiento.

Con relación a la coordinación con el nivel de atención primaria, este se lleva a cabo únicamente entre el Hospital Nacional de Niños (CHNN) y el INCIENSA con el Ministerio de Salud para el seguimiento de niños desnutridos severos egresados de dichos centros hospitalarios. La coordinación se lleva a cabo a través de referencias médicas.

En el momento en que un niño desnutrido severo egresa de cualquiera de estos centros hospitalarios, es referido a la Sección de Vigilancia Nutricional del Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud. Esta Sección envía la referencia al nutricionista ubicado a nivel de sector y este lo refiere al técnico de nutrición del nivel local. Este último realiza la visita domiciliar del niño desnutrido para determinar su condición socioeconómica y estado nutricional. La información recolectada es enviada al Nutricionista de Sector quien determina la inclusión del niño dentro de un tipo de complementación alimentaria denominado Distribución de Alimentos a Familias (DAF). El DAF brinda alimentos de alto valor calórico tales como arroz, frijoles, azúcar y harina de maíz tanto para el niño egresado como a los hermanos menores de seis años y a la madre. Este se realiza con el fin de evitar que el niño deteriore su estado nutricional al retornar al hogar. (Anexo 2).

Por otro lado se le lleva a cabo el seguimiento del estado nutricional del niño egresado, realizando visitas domiciliarias periódicas con el objeto de determinar la evolución del paciente.

El análisis de los datos antropométricos de niños durante su primer año de seguimiento, demuestra una mejoría del estado nutricional de los preescolares que están incluidos en el DAF. Sin embargo, no existen estudios, que determinen realmente el impacto que tienen este tipo de complementación alimentaria tanto a nivel del niño como de la familia.

D. Logros y Dificultades Técnicos-Administrativas

LOGROS

- 1.- El nivel hospitalario cuenta con los servicios de Nutrición organizados en casi todos los hospitales del país con el recurso humano: Nutricionistas Jefes, Nutricionistas clínicos y personal de apoyo como las técnicas de nutrición que brindan atención directa al paciente hospitalario y ambulatorio.
2. - Actualmente se está procediendo la descentralización administrativa de los hospitales, con su propio presupuesto, teniendo en cuenta cobertura total de pacientes hospitalizados y ambulatorios y un costo del menú establecido.
3. - Se cuenta con un Consejo Nacional de Educación encargado de capacitar al personal profesional y de apoyo que atiende directamente al paciente.
4. - Existe buena coordinación entre el Servicio de Nutrición con los diferentes servicios del hospital, personal médico, paramédico y administrativo lo que permite desarrollar un manejo integral en los pacientes.
5. - Los equipos interdisciplinarios encargados de coordinar la atención a grupos de pacientes con patologías especiales cuentan con la participación del profesional en nutrición del hospital brindando educación nutricional y a tratamiento dietoterapéutico a pacientes y familiares.
6. - En algunos hospitales el servicio de nutrición colabora con el de enfermería brindando educación y asesoría en aspectos de alimentación a familiares de pacientes hospitalizados.
7. - La creación de la Carrera de Nutrición en la UCR en el año de 1980, ha permitido aumentar en alguna forma la cobertura y mejorar la calidad de la atención directa al paciente y su recuperación.
8. - Los estudiantes de la Carrera de Nutrición, en su último año de estudios realizan la práctica hospitalaria, tanto en hospitales urbanos como rurales.

- 9.- El Departamento Técnico de Servicios de Salud de la CCSS elaboró como parte del proyecto Subregional de Formación de Recursos Humanos un plan de capacitación en servicio para personal misceláneo, técnico y profesional que empezará a ejecutarse en a partir de 1988.
- 10.- En los últimos años se ha observado, por parte del resto del equipo de salud, un mejoramiento en la percepción del personal profesional de nutrición como grupo paramédico y de apoyo que ha beneficiado la atención integral al paciente.
- 11.- Las autoridades tanto a nivel de la CCSS y Ministerio de Salud han tomado conciencia de contar en los servicios de nutrición con personal profesional en esta disciplina, lo que ha permitido la existencia de 15 profesionales en nutrición en 12 de los 28 hospitales del país.
- 12.- A corto plazo los servicios de nutrición contarán con un manual de Normas, Procedimientos y Sistemas lo que permitirá uniformar la estructura organizacional y funcional de dichos servicios.

DIFICULTADES

- 1.- El recurso humano no es suficiente para cubrir la necesidad de atención al paciente hospitalizado y ambulatorio, dadas las limitaciones de presupuesto existentes.
- 2.- La institución no cuenta con procedimientos administrativos ágiles y eficaces que permitan la adquisición de equipo requerido adaptado a las necesidades de los hospitales.
- 3.- El presupuesto, aunque se elabora según las necesidades anuales de los servicios, no es suficiente para cubrir los gastos que demanda una atención integral al paciente.
- 4.- No se cuenta con personal debidamente capacitado para desarrollar su labor como es el caso del personal auxiliar de cocina lo que afecta grandemente la atención al paciente hospitalario.

Dada la creciente necesidad de personal auxiliar de

cocina las instituciones hacen la contratación sin la debida capacitación para cumplir sus funciones.

- 5.- Actualmente no existen cursos de educación continua para el personal auxiliar de cocina y su deterioro por la calidad del trabajo que desarrollan causan elevado volumen de incapacidades lo que en alguna forma ocasiona recargo de trabajo y por consiguiente irregularidades en el servicio que se presta.
- 8.- En la mayoría de los hospitales el profesional en nutrición se desarrolla fundamentalmente en funciones administrativas dejando de lado las técnicas, debido básicamente a la escasez del recurso humano.

E. CONCLUSIÓN GENERAL

En los últimos años las instituciones de salud han fortalecido la integración de las actividades de alimentación y nutrición dentro de la atención integral del paciente hospitalario y ambulatorio. Sin embargo, por las limitaciones antes señaladas, es necesario incrementar la cobertura de estas actividades y fomentar el establecimiento de un Sistema de Información que permitan el monitoreo y evaluación a fin de apoyar la toma de decisiones en forma oportuna para retroalimentar el funcionamiento de los servicios de nutrición y por ende mejorar la atención integral al paciente hospitalario y ambulatorio.

I. POLÍTICAS

- A. Participará en los mecanismos institucionales conducentes al reclutamiento, selección y contratación de personal del Servicio de Nutrición.
- B. Será el responsable directo de la alimentación normal y especial de pacientes y personal que labora en la institución.
- C. Velará porque el personal del servicio reciba capacitación permanente en aspectos propios de su trabajo y relacionado a la institución.
- D. Producirá alimentación adecuada a las necesidades nutricionales y fisiopatológicas de la población atendida.
- E. Velará y participará en la definición del presupuesto propio del servicio.

II. FUNCIONES

A. Funciones Administrativas:

Las funciones administrativas son las que conducirán o guiarán al personal administrativo del Servicio de Nutrición a cumplir con los objetivos propuestos, a través de las actividades de planificación, organización, dirección, control y evaluación.

B. Funciones Técnicas:

- 1) Función dietoterapéutica a la cual le corresponde la evaluación del estado nutricional, cálculo de las necesidades energéticas y de nutrientes del paciente, transformación de estos nutrientes a alimentos, de acuerdo a la patología presente y al tratamiento prescrito.
- 2) Función docente: Incluye la capacitación del personal del servicio de Nutrición, fomentando el conocimiento del cargo, la habilidad manual, las relaciones humanas y la adaptabilidad del trabajo, así como la educación y orientación nutricional, dirigida tanto a pacientes como a todo el personal del centro hospitalario.
- 3) Función de investigación: Comprende todas las acciones de investigación tendientes a mejorar la atención dietoterapéutica del paciente y los aspectos administrativos del Servicio de Nutrición.

III. ACTIVIDADES

A . Administrativas

- i) Elaborar el programa anual de actividades del Servicio, ejecutivo y evaluario.
- 2) Elabora y presentar informes de las actividades realizadas en el Servicio de Nutricion a las autoridades del hospital.
- 3) Planificar el presupuesto del servicio en la partida de productos alimenticios, equipo, vajilla y utensilios.
- 4) Llevar e control de costos y de los gastos de los diferentes productos que se utilizan para preparar el menú planificado y el número de raciones servidas a pacientes y personal.
- 5) Adecuar las normas de procedimientos y los estándares para el funcionamiento técnico y administrativo del servicio.
- 6) Organizar el trabajo en el servicio, definir las funciones, actividades y tareas asignadas al personal
- 7) Supervisar y evaluar los procedimientos de trabajo, la utilización del equipo y la higiene en cadauna de las áreas de trabajo.
- 8) Supervisar y evaluar el funcionamiento técnico y administrativo del servicio, en relación a costo, eficacia y eficiencia del servicio prestado.
- 9) Participar en la selección del personal técnico y misceláneo para el Servicio de Nutrición.
- i0) Colaborar en el control de la puntualidad y asistencia, así como en el cumplimiento del reglamento interno y autorizar: permutas, traslados y permisos de salida, justificaciones en ausencias, llegadas tardías y cambios en día libre y horario.
- ii) Programar los horarios de trabajo del personal, las vacaciones y solicitar sustitutos.
- i2) Mantener actualizado el registro de personal en relación a datos personales y fichas de salud.
- i3) Supervisar y evaluar periódicamente al personal que labora en el servicio, y realizar reuniones periódicas.

- 14) Coordinar las actividades de Nutrición con otros departamentos de la institución y comunicarles a las autoridades del hospital y a los diferentes departamentos.
- 15) Participar en las reuniones del Consejo Técnico Administrativo y con los jefes de los servicios cuando el caso lo amerite.
- 16) Llevar un inventario del equipo y velar por el mantenimiento.

B. Técnicas

1) Operativas:

- a) Planificar el menú de dietas normales y terapéuticas con sus recetas estándares.
- b) Calcular y solicitar los viveres, el equipo, los artículos de oficina y de limpieza.
- c) Recibir y controlar la calidad y cantidad de los productos que llegan al servicio de nutrición.
- d) Almacenar y controlar la existencia y salida de productos almacenados.
- e) Determinar el número de dietas normales y terapéuticas a producir.
- f) Calcular y solicitar la cantidad de viveres necesarios para producir y servir el menú planificado.
- g) Controlar la cantidad y calidad en la producción de alimentos.
- h) Distribuir la alimentación a pacientes y personal.
- i) Mantener la higiene del equipo, utensilios y las áreas del servicio.

2) Educativas:

- a) Planificar, desarrollar y evaluar, programas de educación para pacientes ambulatorios y hospitalizados. Así como al personal del servicio.
- b) Brindar educación nutricional y orientación al personal médico y paramédico del hospital y de la comunidad.

- c) Elaborar y supervisar material educativo, relacionado con nutrición.
- d) Coordinar las diferentes actividades de educación en nutrición que se llevan a cabo en el hospital, con otros departamentos y con la Carrera de Nutrición.
- e) Colaborar con la supervisión de estudiantes de nutrición en práctica de Dietética Hospitalaria.

3) Dietoterapéuticas:

- a) Dirigir y organizar la atención nutricional de pacientes ambulatorios y hospitalizados.
- b) Evaluar nutricionalmente al paciente hospitalizado y ambulatorio, y brindarles tratamiento dietético.
- c) Colaborar con el médico para realizar una correcta prescripción dietética.
- d) Asegurar que el paciente reciba la atención prescrita.
- e) Supervisar la producción y distribución de la alimentación especial.
- f) Evaluar la aceptabilidad y la ingesta de alimentos por parte del paciente.

4) Investigación:

- a) Desarrollar investigaciones en el campo de nutrición clínica, atención nutricional de pacientes y prueba de diferentes tratamientos dietéticos.
- b) Realizar investigaciones relacionadas con el manejo técnico administrativo del servicio de nutrición.
- c) Realizar investigaciones en el campo de la educación y orientación nutricional, así como en los diferentes adiestramientos que se dan en el servicio de nutrición.
- d) Realizar estudios económicos sobre el aumento de los precios en el mercado y disponibilidad de productos.

V. OFERTA DEL SERVICIO DE NUTRICIÓN

A. Características del Comensal

El servicio de nutrición brinda alimentación a pacientes de todas las edades, de ambos sexos y de diferentes nivel socioeconómico, así como al personal que labora en dicha institución (que está autorizado).

B. Sistema y Tipo de Servicio

El sistema de preparación de alimentos es convencional, es decir se compran los alimentos en crudo, realizando la preparación final en el servicio; para ello los servicios cuentan con áreas de preparación previa y final, la distribución de alimentos a pacientes se realiza en forma centralizada y descentralizada, dependiendo de los recursos y del diseño de la planta física del servicio de nutrición.

V. ORGANIZACIÓN SERVICIO DE NUTRICIÓN

A. Carta de Organización:

En la figura No. 1, se presenta el esquema de organización actual del servicio de nutrición, como puede observarse este depende directamente de la Dirección del Hospital.

El servicio de nutrición debe ser constituido por un Nutricionista Jefe quien será el responsable del buen funcionamiento de éste y nutricionistas en el área administrativa y clínica.

Los profesionales en nutrición dependerán directamente del Jefe del servicio. El personal técnico de los profesionales en nutrición y los misceláneos 1 y 2 dependerán directamente de las técnicas en nutrición.

B. Horarios de Trabajo:

i) Personal profesional: Se trabaja 44 horas semanales en jornada continua de lunes a sábado, siendo el promedio de horas trabajadas 8 horas al día. La jornada de trabajo es diurna, aunque según las necesidades del servicio, esta puede variarse siempre y cuando no sobrepase las 8 horas.

Se tomara un día de descanso después de haber trabajado seis días consecutivos, el cual es señalado por el Nutricionista Jefe.

El horario del Nutricionista Jefe es diurno con jornada continua de lunes a sábado, tomando como día de descanso el día domingo. Esto puede estar sujeto a cambios de horario, ya sea porque su responsabilidad así lo exija o que se le requiera para ello en casos especiales.

Nota: 48 horas.

- 2) Personal Técnico y Misceláneo: Se trabajan 48 horas semanales en jornada continua de lunes a domingo. La jornada de trabajo es diurna y nocturna dividida en primer, segundo y tercer turno, según las necesidades del servicio.

Estos turnos deben ajustarse a una jornada laboral continua, de 8 horas diarias divididas en tres horarios rotativos, primer turno de 6 a.m. a 2 p.m., segundo turno de 2 p.m. a 8 p.m. y tercer turno de 8 p.m. a 4 a.m.. Estos turnos podrán variarse según las necesidades del servicio, siempre que la jornada, no sobrepase las 8 horas establecidas por la ley.

Los trabajadores tendrán derecho a disfrutar de un día de descanso absoluto después de seis días de trabajo continuo. Además de descansar un domingo, este descanso semanal será señalado por la jefatura en cualquier día de la semana.

En la tabla No. 3 se presenta, los horarios del personal, según el tipo de personal del servicio de nutrición.

FIGURA No. 1

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE NUTRICION A NIVEL HOSPITALARIO

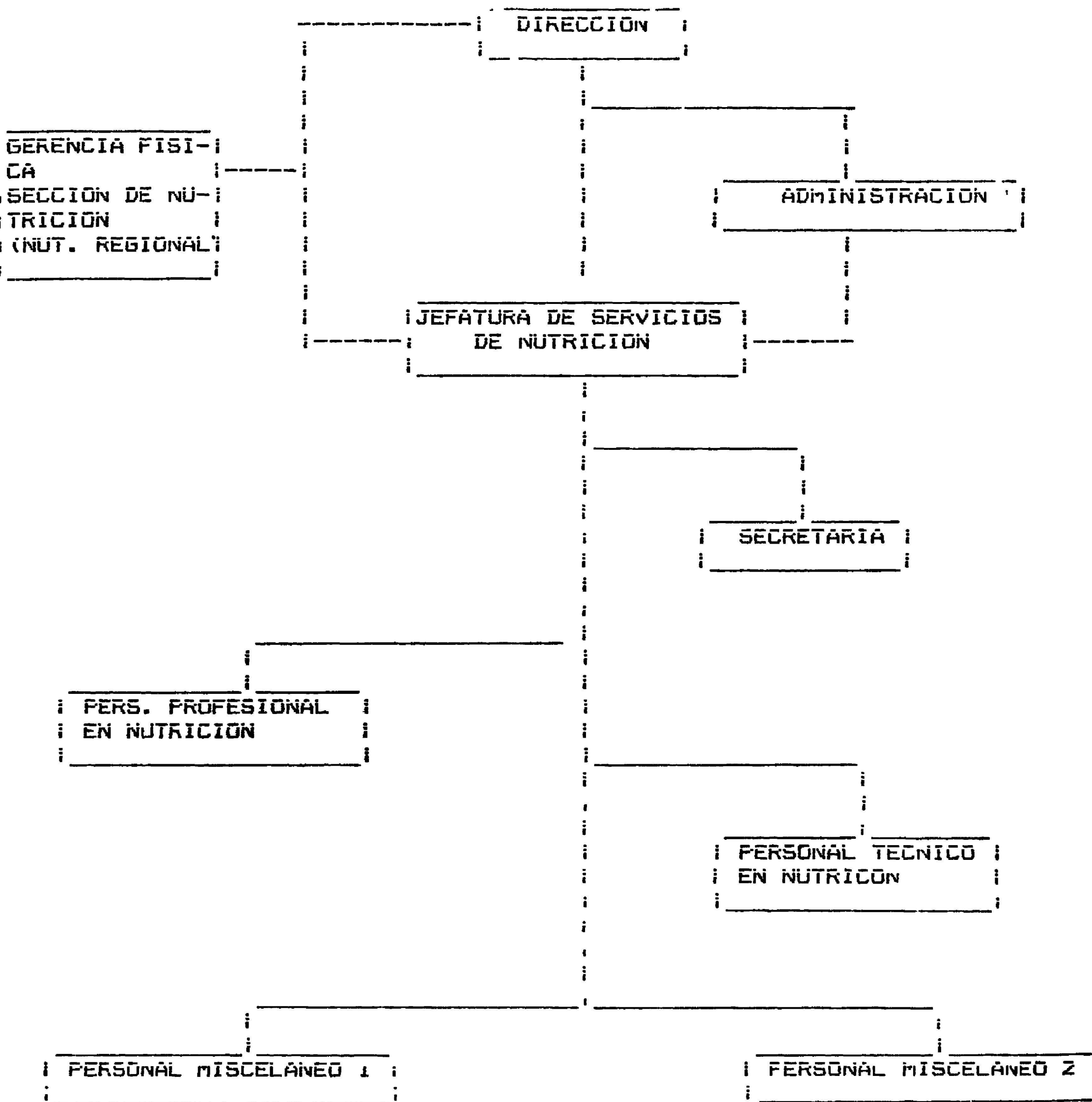


TABLA No. 2

HORARIO DE TRABAJO DEL PERSONAL DEL SERVICIO DE NUTRICION

CLASIFICACION	JORNADA	TURNO
NUTRICIONISTA JEFE	DIURNA *	1
PROFESIONALES EN NUTRICION	DIURNA	1
TECNICOS	DIURNA	1 Y 2
MISCELANEOS	DIURNA Y NOCTURNA **	1 Y 2

Horario: Según necesidades de cada servicio de nutrición

* Se entiende por jornada diurna de 6 a.m. a 7 p.m.

** Se entiende por jornada nocturna de 7 p.m. a 6 a.m.

C. Recursos Humanos

- 1) Recursos humanos actuales: El servicio de Nutrición está constituido por personal profesional, de mando intermedio y de servicio.

En la tabla No. 3 se presenta la clasificación, el tipo y número de personal con que cuenta el Hospital México.

TABLA No. 3

CLASIFICACION, TIPO Y NUMERO DE PERSONAL CON QUE CUENTAN

LOS SERVICIOS DE NUTRICION DEL HOSPITAL MEXICO

CLASIFICACION DE PERSONAL			
PROFESIONAL	LICENCIADOS EN NUTRICION 1 Y 2	2	15
MANDO INTERMEDIO	TECNICA EN NUTRICION	7	98
SERVICIO	MISCELANEO	1	828
ADMINISTRATIVO	SECRETARIAS	1	11

2) Recursos Humanos necesarios:

a) Nivel Hospitalario:

- 1) Personal profesional:** De acuerdo a las necesidades basadas en el número de camas, producción total, funciones del servicio de nutrición, planta física, etc., se determinaron las necesidades mínimas de personal profesional en el momento actual, para cada uno de los hospitales.

Como se puede observar en la tabla No. 3 los hospitales cuentan con un total de 15 profesionales de las cuales el 23% están clasificadas como profesional I y el resto como profesional 2, estos están localizadas en 10 hospitales, encontrándose 18 sin este profesional.

El total de profesionales que se recomienda es de 46, siendo 78% profesionales I y el resto profesionales 2.

Al relacionar el personal actual con el recomendado, se necesita un total de 31 profesionales de nutrición a nivel hospitalario, de los cuales 26 deberán ser profesional I y 5 profesional 2.

- ii) Personal técnico y misceláneo:** La determinación del número de personal de este tipo, estará a cargo del nutricionista jefe, quien lo deberá hacer en base a las necesidades del servicio, según procedimientos de trabajo.

- b) Nivel de clínicas tipo 4:** Para este tipo de servicio, se recomienda un profesional I, en cada clínica siendo un total de 5.

TABLA No. 4

PERSONAL PROFESIONAL NECESARIO EN LOS SERVICIOS DE NUTRICION
DE LOS 28 HOSPITALES

HOSPITAL	CANTIDAD					DIFERENCIA
	ACTUAL		RECOMENDADO			
	PROFESIONAL		PROFESIONAL			
	No. 1	No. 2	No. 1	No. 2		
DR. CALDERON GUARDIA	1 1/2	1	3	1	1 1/2	
DR. MAX TERAN VALLS	-	-	1	-	1	
DR. MAX PERALTA	1		1	1	-	
DR. SAENZ HERRERA	1/2	1	2	1	1 1/2	
DR. TOMAS CASAS	-	-	1/2	-	1/2	
DR. ESCALANTE PRADILLA	1	-	1	-	-	
DR. ENRIQUE BALDODANO	-	-	1	-	1	
DR. CHACON PAUT	-	-	1	-	1	
DR. BLANCO CERVANTES	1	-	1	1	1	
DR. TONY FACIO	-	-	1	-	1	
DR. WILLIAM ALLEN	1	-	1	-	-	
SAN RAFAEL, ALAJUELA	1	-	1	1	1	
SAN JUAN DE DIOS	2	1	4	1	2	
SAN CARLOS	1	-	1	-	-	
SAN VICENTE PAUL	-	-	1	-	1	
SAN VITO	-	-	1	-	1	
SAN FRANCISCO DE ASIS	-	-	1	-	1	
GUAPILES	-	-	1	-	1	
LA ANEXION	-	-	1	-	1	
GOLFITO	-	-	1	-	1	
CIUDAD NEILLY	-	-	1	-	1	

HOSPITAL	CANTIDAD				DIFERENCIA
	ACTUAL		RECOMENDADO		
	PROFESIONAL		PROFESIONAL		
	No. 1	No. 2	No. 1	No. 2	
UPALA	-	-	1/2	-	1/2
MEXICO	-	1	3	1	3
INSTITUTO M.I. CARIT.	-	-	1	-	1
NACIONAL SIQUIATRICO	-	1	2	1	2
REHABILITACION	-	-	1	-	1
MONSEÑOR SANABRIA	1	-	1	1	1
SAN RAMON	-	-	1	1	2
TOTAL	10	3	36	10	31

3) Descripción de Cargos y Funciones

Los cargos con que cuentan los servicios de nutrición son los siguientes:

- a) Jefe (I y Z): se entenderá con esta categoría al Nutricionista Jefe del Servicio de Nutrición.
- b) Profesional I: será el Nutricionista clínico del servicio, ubicado en diferentes áreas de trabajo (Dietoterapia, Educación, Investigación, Administración).
- c) Técnicos en nutrición I y Z: se entenderá en esta categoría al personal técnico Z y 3.
- d) Misceláneos Z: es el cocinero responsable de la preparación de los alimentos.
- e) Misceláneo I: es la persona encargada de colaborar en todo lo relacionado en preparación de los alimentos, la atención en el servicio a pacientes y personal de la Institución y colaboración en el aseo del servicio.
- f) Secretaria: es la persona encargada de brindar apoyo administrativo al servicio de nutrición.

En el anexo No. 5, se presenta la descripción de cada uno de los cargos del personal del servicio de nutrición y las funciones, así como los deberes generales que el personal de un servicio de nutrición debe cumplir. Además de los cargos y funciones del personal, es necesario que cada servicio cuente con "Hojas" de trabajo para cada uno del personal técnico y misceláneo especificando cada una de las tareas a realizar durante el día, en el anexo No. 5, se presenta un ejemplo de una hoja de trabajo.

4) Selección de Personal

El mecanismo para la selección de personal es el siguiente:

a) Personal profesional:

- i) Sacar plaza a concurso: El candidato deberá llenar los requisitos que establezca el concurso.

Se sacará la plaza a concurso interno por traslado para profesional en propiedad.

Si no se presentan candidatos, se hará concurso interno con el personal interino que está laborando en la Institución.

Agotados los puntos a y b se sacará a concurso interno.

ii) La oficina de Selección y Reclutamiento de personal recibirá las ofertas y seleccionará los candidatos elegibles, enviando la documentación a la Oficina de Personal del lugar que solicita la plaza.

iii) Profesional Nutricionista I, la Jefe del Servicio de Nutrición, previa entrevista y análisis de los documentos presentados elegirá al candidato.

b) Personal Técnico 2 y 3:

i) Sacar plaza a concurso: el candidato deberá llenar los requisitos que establezca el concurso.

En primer término la plaza se sacará a concurso interno con el personal en propiedad por traslado.

Si no se presentan candidatos, se hará concurso interno con el personal interino que esté laborando en la Institución.

Agotados los puntos a y b se sacará a concurso externo.

ii) La Sección de Selección y Reclutamiento recibirá las ofertas y seleccionará los candidatos elegibles enviando la documentación a la oficina de personal del lugar que solicita la plaza.

iii) El Nutricionista Jefe previa entrevista de los postulantes elegibles y análisis de los documentos presentados elegirá al candidato.

iv) Se hará nombramiento interino por tres meses, transcurrido este tiempo, se evaluará el desempeño en el cargo. Si la evaluación es satisfactoria, se procederá a hacer el nombramiento en propiedad. En caso contrario se llamará a otro de los candidatos ya elegibles.

c) Personal misceláneo I y 2

i) La persona interesada solicitará en la Oficina de Personal la forma de Oferta de Servicios, la cual llenará y entregará en la misma.

ii) El Nutricionista Jefe solicitará información a la Oficina de Personal del personal disponible.

iii) La Oficina de Personal enviará al Jefe del Servicio los candidatos elegibles.

- iv) El Nutricionista Jefe citará a los candidatos para ser entrevistados.
- v) De acuerdo a la entrevista realizada se elegirá la persona que se considere más apta para el puesto.
- vi) El Nutricionista Jefe enviará el movimiento de personal respectivo.

F. Recursos Físicos Financieros

i) Planta física y equipo:

a) Planta física:

Los servicios de nutrición cuentan con la planta física necesaria pero no siempre cumplen las condiciones óptimas requeridas para el buen funcionamiento de éstos.

De acuerdo a la forma de preparación y tipo de distribución en la Institución contamos con sistemas semiconvencionales y de tipo centralizado y descentralizado.

Cualquiera sea el sistema o tipo que se utiliza, el área física está dividida en las siguientes secciones.

- i) Recepción y almacenamiento.
- ii) Preparaciones preliminares.
- iii) Preparación final.
- iv) Reparto y parqueo de tarros termos.
- v) Lavado de utensilios y vajilla.
- vi) Disposición de desechos.
- vii) Oficinas.

Las características ideales de la planta física se presentan en el anexo No. 6.

b) Equipo:

Los hospitales cuentan en una u otra medida con equipo industrial de acuerdo al volumen de su producción, pero, no siempre este se encuentra en óptimas condiciones por falta de repuesto y/o mantenimiento adecuado.

En el anexo No. 7 se indican el equipo mínimo para cada sección.

2) Recursos Financieros:

Cada hospital cuenta con un presupuesto global del cual tiene asignado el servicio de nutrición dos partidas específicas:

Productos alimenticios y el de utensilios y vajilla. Algunos hospitales reciben donaciones de grupos organizados o de particulares. El servicio de nutrición tiene ingerencia en la formulación de presupuesto de estas dos partidas.

El presupuesto para el año 1987 fue de 37,000,000 de colones.

VII. SISTEMAS DE TRABAJO DEL SERVICIO DE NUTRICIÓN

Para el funcionamiento adecuado de los servicios de nutrición se establecieron de manera general los siguientes Sistemas de Trabajo, los que deberán ser adaptados a cada hospital según sus procedimientos de trabajo.

CODIGO	2.01:	Proceso de Planificación de Menus y Programación Anual de Viveres.
CODIGO	2.02:	Proceso de Programación Anual de Viveres y elaboración de Presupuesto de Productos Alimenticios.
CODIGO	2.03:	Proceso de Programación y Solicitud de Suministros.
CODIGO	2.04:	Proceso de Solicitud de Alimentos que se compran por Licitación.
CODIGO	2.05:	Proceso de Solicitud Externa y Recepción de Alimentos.
CODIGO	2.06:	Proceso de Almacenamiento de Productos.
CODIGO	2.07:	Proceso de Solicitud de Dietas Normales y Terapéuticas.
CODIGO	2.08:	Proceso de cálculo de viveres diarios, pedidos y despachos internos.

CODIGO	2.09:	Proceso de Preparación de Alimentos.
CODIGO	2.10:	Proceso de Distribucion de Alimentos.
CODIGO	2.11:	Proceso de Control de Gastos y Consumo.
CODIGO	2.12:	Proceso de Atención de Paciente Hospitalizado.
CODIGO	2.13:	Proceso de Consulta Externa.
CODIGO	2.14:	Proceso de Aseo de Planta Fisica.
CODIGO	2.15:	Proceso de Aseo de Equipo.
CODIGO	2.16:	Proceso de Lavado y Recolección de Vajilla.
CODIGO	2.17:	Proceso de Adiestramiento de Personal.

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social, Manual de Normas y Procedimientos, 1987, (Documentos inédito).

NORMAS DEL AREA DE VIGILANCIA NUTRICIONAL

ACTIVIDAD	NORMA	PROCEDIMIENTOS TECNICOS
a- Captación de casos de desnutrición.	El estado nutricional que presenta la población evaluada, deberá ser utilizada como base para la definición de acciones tendientes a mejorar la situación del niño, a nivel local y de sector.	<p data-bbox="1560 576 2087 1158">En nivel local, los niños que de acuerdo al indicador P\E, se clasifiquen con desnutrición moderada o severa deben ser incluidos en la actividad: "Comidas Servidas" o leche y sucedaneos.</p> <p data-bbox="1560 1217 2087 1974">Los niños con desnutrición severa de acuerdo al indicador P\E, deben ser referidos al medico, quien los valora según los los indicadores P\T y T\E y decide si requieren atención especializada (referencia a INCIENSA) o si pueden ser controlados por atención ambulatoria.</p> <p data-bbox="1560 2032 2087 2550">En este último caso, debe referir al nutricionista de Sector para su inclusión en la actividad de DAF y en la consulta de alimentación, actividad que se describe en el punto E. 10.</p>

ACTIVIDAD	NORMA	PROCEDIMIENTOS TECNICOS
b- Referencia y seguimiento de casos de desnutrición moderada y severa.	Todos los niños desnutridos severos y moderados, deben ser reportados al Departamento de Estadística, según lo establece el decreto de Enfermedades de Notificación Obligatoria. Este a su vez lo envía al Área de Vigilancia.	<p data-bbox="1558 343 2119 678">La referencia de niños desnutridos es responsabilidad de todos aquellos funcionarios que laboran en el campo de la salud.</p> <p data-bbox="1558 736 2119 1027">El procedimiento para la referencia se desarrolla a través de los siguientes mecanismos.</p> <p data-bbox="1558 1086 2119 2047">a- Si el caso es referido del INCIENSA o de algún Hospital de la CCSS, la boleta de referencia es enviada a la Sección de Vigilancia Nutricional. De aquí es enviada la comunicación al Nutricionista de Sector, quien la canaliza al Técnico de Nutrición para su captación y seguimiento.</p> <p data-bbox="1558 2105 2119 2740">b- Si el caso es detectado por el personal de salud del nivel local o regional, se hace la correspondiente notificación obligatoria. Simultáneamente se comunica al Técnico de Atención Primaria, quien llena la</p>

ACTIVIDAD

NORMA

PROCEDIMIENTO
TECNICO

formula "Referencia o Notificación" conjuntamente con el formulario socioeconómico, lo tramita al nutricionista de Sector.

Este analiza la información, decide si el caso se incluye en el DAF y posteriormente devuelve al técnico del nivel local la "Boleta Referencia y Notificación" con las respectivas indicaciones en el anverso, así como el Formulario socioeconómico. Por otra parte, el Nutricionista de Sector mantiene actualizados los datos de "seguimiento" por medio del tarjetero de control y notifica al Área de Vigilancia cada 3 meses, a través del "listado".

El seguimiento de los casos se realiza mediante la visita domiciliar, según la siguiente periodicidad:

ACTIVIDAD**NORMA****PROCEDIMIENTOS
TECNICOS**

-Cada 3 meses niños desnutridos severo o egresados del Hospital con desnutrición.

-Cada 6 meses niños desnutridos moderados.

-Cada año desnutridos leves.

Las acciones a desarrollar durante el seguimiento serán:

-Diagnóstico antropométrico y socioeconómico, en el que además se identificara la causa o causas básicas que condicionan la situación.

-Coordinar con el equipo de salud o con el personal de otras agencias para la atención del caso, según las "causas básicas" detectadas (Ej. saneamiento ambiental A.A, etc.).

-Visitas para la valoración de la evolución del estado nutricional del niño y para impartir educación nutricional de acuerdo a las 'causas alimentarias detectadas'.

ACTIVIDAD**NORMA****PROCEDIMIENTOS
TECNICOS**

-Visitas de evaluación del estado nutricional y de valoración de la situación global.

-Reuniones con el equipo de salud para informar los resultados y considerar las acciones a seguir.

-Informar y coordinar con el Nutricionista de Sector si el caso está siendo atendido en la Consulta de Malnutrición.

SEMINARIO TALLER
INTEGRACION DE ACTIVIDADES
DE ALIMENTACION EN ATENCION
HOSPITALARIA

Ministerio Salud Pública
Asistencia Social,
San Salvador, El Salvador
Lic. Margarita Berrios

SITUACION DE ALIMENTACION A NIVEL HOSPITALARIO

EN EL SALVADOR

I. ANTECEDENTES

A. El ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, cuenta con un departamento de Nutrición, creado en 1995, éste ha elaborado un Manual de Normas, el cual se ha implementado a nivel de los establecimientos de salud; con dos tipos de atención:

a) Atención preventivas

b) Atención curativa

Qué sucede a nivel de hospitales?

A la fecha el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, cuenta con 14 hospitales y 12 Centros de Salud, todos con su respectivo servicio de alimentación, dichos servicios no son dirigidos en un 100% por personal calificado, sino que en algunos casos son por auxiliares de dietista, las cuales once de estos recursos recibieron en 1969 una capacitación referente a éstos, por un periodo de once meses. No ha habido logros en este sector.

B. Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

En los ISSS de San Salvador, Santa Ana y Sonsonate, se cuenta con Recursos Nutricionistas, los cuales si dirigen los Servicios de Alimentación. Se ha logrado implementar una clínica dietética en el Seguro Social de San Salvador, esto es para pacientes ambulatorios y a nivel de pacientes hospitalizados hay una educación Nutricional y también atención de la dieta servida.

II. OBSTACULOS TECNICO-ADMINISTRATIVOS

1. Falta de apoyo del nivel de decisión en lo relativo a la atención nutricional del paciente hospitalizado.
2. El presupuesto destinado a la alimentación es bajo.
3. Escasez de equipo y materiales
4. No se cuenta con personal calificado
5. El personal de los Servicios de Alimentación es escaso
6. Deficiente o nula supervisión del nivel regional al local, y del nivel central.
7. No hay un programa de capacitación continua para el personal de los Servicios de Alimentación
8. No existe un sistema de evaluación del funcionamiento de los servicios, ni mucho menos evaluación del impacto.
9. No existe una sección a nivel central, dentro del Departamento de Nutrición, que brinde el apoyo técnico necesario para la continuidad de las acciones de alimentación y nutrición en los Servicios de Alimentación
10. Al no haber recurso humano calificado, la atención dietética a los pacientes es deficiente o nula.
11. Las agencias de financiamiento externo no tienen mucho interés en brindar su apoyo financiero para la atención nutricional del paciente hospitalizado.
12. Existe la Escuela de Técnicos en Preparación de Alimentos - tipo chef, y el mayor problema es que no se tiene el conocimiento del concepto de alimentación y nutrición, además se cree que este recurso puede sustituir al nutricionista.

13. En la actualidad haya alrededor de 35 nutricionistas graduados, y se espera aumentar estos recursos. La dificultad que hay es que no existen plazas y no hay conciencia sobre la importancia del recurso nutricionista.

III. PROYECCIONES

1. A raíz del terremoto del año pasado, la mayoría de establecimientos de Salud de la Región Metropolitana, quedaron deteriorados, y se está llevando a cabo un proyecto para mejorarlos, entre estos los hospitales, con el objetivo de incorporar las actividades que ameritan atención en los Centros de Salud o Unidades de Salud y que son realizados en estas instituciones y dejar casi exclusivamente servicios como cirugía mayor y otros, e incorporar la parte de dietoterapia a nivel de hospitalización, esto es una coordinación entre el Servicio de Alimentación y otros servicios brindados por el hospital, además Supervisión y Educación Nutricional al paciente.

2. Proyecto de Alimentación complementaria a enfermos hospitalizados. Se pretende con este proyecto mejorar la calidad de alimentación brindada al paciente hospitalizado, a través de la dotación a los Servicios de Alimentación de hospitales y Centros de Salud, de alimentos, como frijol, arroz, leche y aceite. Con esto se espera lograr un ahorro al no tener que comprar estos alimentos, y el cual se reinvierta en beneficio de los mismos servicios de alimentación. La compra de equipo y utensilios o bien la compra de otros alimentos indispensables, constituyen algunos beneficios que se podría obtener del ahorro mencionado.

El monto de lo ahorrado será estimado al aplicar el cuestionario para obtener información relacionada con el presupuesto destinado a la alimentación en hospitales y centro de salud.

Los alimentos mencionados serán proporcionados por el PMA, a través del proyecto PMA/ELS/2317, durante el período que este vigente el proyecto.

3. A nivel central, se tiene un proyecto de apoyo a los Servicios de Alimentación del nivel hospitalario, pero no se cuenta con financiamiento.

A N E X O

HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD

HOSPITALES

REGION OCCIDENTAL:

- Hospital "San Juan de Dios", Santa Ana, (Personal no calificado).
- Hospital "Francisco Menéndez", Ahuachapán, (Personal no calificado).
- Hospital "San Juan de Dios", Sonsonate, (Personal no calificado).

REGION CENTRAL:

- Hospital "Luis E. Vasquez", Chalatenango. (Personal no calificado).
- Hospital "San Rafael", Santa Tecla. (Nutricionista).

REGION METROPOLITANA: (San Salvador)

- Hospital "Rosales" (Ecónoma)
- Hospital "Benjamin Bloom" (Nutricionista)
- Hospital de Maternidad (Dietista)
- Hospital Neumológico (Personal no calificado)
- Hospital Siquiátrico (Personal no calificado)

REGION PARACENTRAL:

- Hospital "Santa Gertrudis", San Vicente (Personal no calificado).
- Hospital "Santa Teresa", Zacatecoluca (Personal no calificado).

REGION ORIENTAL:

- Hospital "San Juan de Dios", San Miguel (Estudiante de Nutrición).
- Hospital "San Pedro", Usulután (Técnico en preparación de alimentos).

HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD

(...Continuación)

CENTROS DE SALUD

REGION OCCIDENTAL:

- Centro de Salud de Metapán (Personal no calificado)
- Centro de Salud de Chalchuapa (Personal no calificado)

REGION CENTRAL

- Centro de Salud de Nueva Concepción (Personal no calificado)

REGION METROPOLITANA

- Centro de Salud de San Bartolo (Técnico en preparación de alimentos).

REGION PARACENTRAL

- Centro de Salud de Sensuntepeque.
- Centro de Salud de Conjuntepeque.
- Centro de Salud de Suchitoto.

REGION ORIENTAL

- Centro de Salud Santiago de María (Auxiliar de dietista)
- Centro de Salud Ciudad Barrios (Bachiller)
- Centro de Salud Gotera (Bachiller)
- Centro de Salud La Unión (Cocinera)
- Centro de Salud Santa Rosa de Lima (Bachiller)

TALLER SUB-REGIONAL SOBRE INTEGRACION DE LAS ACTIVIDADES
DE ALIMENTACION Y NUTRICION EN LA ATENCION HOSPITALARIA

Guatemala, Diciembre 7-11-1987

SITUACION ACTUAL DE LAS ACTIVIDADES DE ALIMENTACION
Y NUTRICION EN LA ATENCION HOSPITALARIA DE GUATEMALA

ELABORADO POR:

DR. CARLOS ROBERTO ALDANA V.

LIC. OLGA DE MAZARIEGOS

LIC. CLARA LUZ DE PEREDA

LIC. CELESTE AREVALO DE GUERRA

LIC. MILTON LENIN LEONARDO MONZON

T.N. ENMA NOHEMI QUEZADA

TALLER SUB-REGIONAL SOBRE LA INTEGRACION DE ACTIVIDADES DE ALIMENTACION EN LA ATENCION HOSPITALARIA

MARCO DE REFERENCIA

La población guatemalteca según datos obtenidos en la Secretaría de Planificación Económica actualmente oscila en los 8.000.000 millones de habitantes; distribuidos en un área de 108,900 Kilómetros cuadrados. Hay predominancia de la población rural, la cual corresponde al 60.02% y el 39.98% restante corresponde a la población urbana. Es importante indicar a la vez que la población que predomina en el territorio nacional es la población Indígena sobre la Ladina.

La tasa de mortalidad infantil para Guatemala en el año 1985 oscila alrededor del 64.90 por mil nacidos vivos.

A nivel de la república de Guatemala en lo referente a las causas de egreso hospitalario encontramos que la cuarta causa del mismo es la Desnutrición Proteico-calórica con 5% del total de egresos.

La situación nutricional guatemalteca según datos estadísticos disponibles indican que entre el 68 y el 72% de los niños menores de cinco años padecen de desnutrición en algún grado, y el 71% de las familias adolecen del déficit de energéticos. La población guatemalteca sufre una serie de deficiencias relacionadas directa o indirectamente con la nutrición, siendo las más importantes: Desnutrición proteico-energética (DPE), deficiencias de Vitamina "A", de Riboflavina, de hierro, caries dental y deficiencias de yodo.

Dentro de estas, la DPE es una de las más relevantes por su magnitud y las consecuencias que trae consigo no solo para el individuo, sino también para la Familia y la Comunidad.

Nuestra población se caracteriza por el consumo insuficiente de alimentos (cantidad) y el bajo contenido de nutrientes para un buen desarrollo físico y mental (calidad).

La disponibilidad de alimentos alcanza para atender las necesidades de la población, en el consumo se tiene la característica de no ser suficiente mucho menos equilibrado, no sólo debido a factores de tipo cultural, sino de índole económicos.

La disponibilidad ha disminuido por factores relacionados con el ambiente físico, social y económico. Entre ellos merece destacarse la tenencia de la tierra, los sistemas inadecuados de irrigación, el uso inadecuado de fertilizantes, la falta de una tecnología agrícola, la limitada capacidad de almacenamiento. No menos importantes que los anteriores son el crecimiento acelerado de la población y los fenómenos económicos de tipo inflacionario.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social bajo su filosofía presenta como gran objetivo "Brindar acciones de salud a toda la población del país." Dicho de otra forma, todo su personal debe realizar acciones o actividades que permitan a toda la población gozar de su derecho de conservar, proteger, recuperar y mejorar su salud.

Considerando lo anterior el Ministerio de Salud por medio del

Departamento de Nutrición y Alimentación dependiente de la División de Atención a las personas y está a la vez de la Dirección General de Servicios de Salud tiene la función de:

- a) Participar en investigaciones relacionadas con el diagnóstico de la situación de nutrición y alimentación de la población,
- b) Definir las prioridades para la atención de los problemas de nutrición y alimentación,
- c) Elaborar normas y procedimientos para el desarrollo de los programas de nutrición y alimentación,
- d) Promover y normar las acciones de nutrición en atención primaria así como las de alimentación,
- e) Normar lo relacionado a capacitación en los aspectos de nutrición y alimentación,
- f) Participar en la coordinación de las acciones de nutrición y alimentación intra y extrasectoriales,
- g) Promover la obtención de recursos nacionales e internacionales para mejorar los programas de nutrición y alimentación.

Las actividades de Nutrición y Alimentación a nivel hospitalario las podemos analizar de la forma siguiente:

1. El impacto que actualmente tienen las acciones de alimentación y nutrición en la atención integral del paciente hospitalizado y ambulatorio. Basándonos en los objetivos propuestos en los reglamentos de los hospitales, todas las actividades de alimentación y nutrición deben de contribuir a la recuperación de la salud del paciente hospitalizado y ambulatorio; sin embargo, dichos objetivos se cumplen parcialmente y solamente en los principales Hospitales de la Red

Nacional, por disponer en ellos de algún personal profesional en nutrición a cargo de los servicios de Alimentación.

En 90% de los hospitales restantes del país, se encuentran los servicios de alimentación bajo la jefatura de personas no calificadas.

La falta del recurso nutricionista en los diferentes niveles de atención de la salud, como el desarrollo insuficiente y su familia por parte de los diferentes profesionales de la salud, dan por resultado, lenta recuperación y poco cambio en los hábitos alimentarios.

2. La vinculación de las acciones de alimentación y nutrición con los diferentes servicios que da el hospital y su relación con el nivel de atención primaria, para continuar y mantener la recuperación del paciente; se encuentran debidamente reglamentados es importante señalar que entre los servicios generales y de encamamiento con el de alimentación debe existir una relación estrecha a efecto de lograr la eficiencia de atención.
3. Los hospitales tropiezan con algunas dificultades técnico-administrativas para poder cumplir con los dos puntos antes mencionados. Y podríamos señalar como factores responsables del rendimiento, capacidad y calidad de atención; las necesidades de adiestramiento de personal en el área de alimentación y nutrición, la dotación de recursos físicos, económicos para implementar en mejor forma las acciones y la concientización del personal de cuál es su rol en el sistema SALUD-ENFERMEDAD.

SEMINARIO-TALLER
INTEGRACION DE ACTIVIDADES DE ALIMENTACION
EN ATENCION HOSPITALARIA

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Tegucigalpa D.C. Diciembre 1987
Honduras C.A.

LIC. EDNA JUDITH TRONCONY C.
Responsable Programa
"Alimentación Institucional"

Dr. Luis Humberto Paz Zepeda
Médico Pediatra=Jefe UCIN.-
Hospital San Felipe

C O N T E N I D O

- I INTRODUCCION**
- II ANTECEDENTES**
- III ACCIONES DE ALIMENTACION Y NUTRICION**
- IV LOGROS**
- V PROBLEMAS Y DIFICULTADES**
- VI ANEXOS**

I.- INTRODUCCION

El Ministerio de Salud Pública en función de las prioridades establecidas en la política nacional de salud, ha organizado los recursos para el desarrollo de sus propios programas, los cuales se han categorizado en:

- Programas Básicos, los cuales conforman la base para el desarrollo del proceso de extensión de cobertura y, por lo tanto contarán en primer término con los recursos necesarios para lograr cubrir, cada año el mayor número de personas, dentro de esta categoría entre otras se enmarca el Programa de Alimentación y Nutrición.

- Programas Complementarios, estos programas serán ofrecidos a la población de acuerdo a los recursos disponibles y se intensificarán en grado menor a los anteriores en la medida que las circunstancias económicas y financieras de la institución lo permitan, en esta categoría se ubica el Programa de Atención Médica Hospitalaria.

- Programas de apoyo técnico y administrativo, se impulsarán para lograr su desarrollo con la celeridad que los requieren los programas de servicio directo a la comunidad.

La realización de programas de nutrición diseñados tanto en el área de Salud Pública como a nivel hospitalario contribuye a solucionar problemas nutricionales específicos propio de nuestro medio.

Los diferentes hospitales del país a través de Programas de Atención Médica completos, atienden diferentes tipos de morbilidad, sin embargo carecen de

programas de atención nutricional capaces de atender las patologías que afectan a un individuo y cuya recuperación requieren de tratamiento dietoterapéutico especial.

II.- ANTECEDENTES

Honduras cuenta con un total de 20 hospitales, los cuales se clasifican en nacionales, regionales y de área. (Anexo No. 1).

La atención integral que se debe dar a los pacientes hospitalizados debe de incluir una serie de servicios que les permiten cubrir sus necesidades biológicas, entre los cuales tenemos la Alimentación que es un coadyuvante en la pronta recuperación del paciente.

Para el cumplimiento de esta responsabilidad se requiere de la existencia de un Servicio de Alimentación y Dietética, que es el responsable de planificar el suministro de alimentos a los pacientes y personal del hospital, y desarrollar las recetas dietéticas que médicos y nutricionistas prescriben a los pacientes conforme a sus requerimientos clínicos nutricionales, además imparte la Educación Nutricional necesaria para que los pacientes al egresar confirmen con su tratamiento dietético en sus hogares.

Para la realización de este trabajo se debe hacer mención de las limitantes encontradas debido a que en la realidad no existen acciones definidas de alimentación y nutrición en la atención integral del paciente hospitalizado y ambulatorio en todos los hospitales del país, como marco de referencia tomamos como modelo el único hospital que cuenta con un grupo de profesionales nutricionistas en este Servicio como es el Hospital-Escuela que abarca el complejo Materno Infantil y el bloque Médico Quirúrgico; los demás hospitales nacionales, regionales y de área carecen de una organización igual a la existente en este complejo hospitalario.

El Hospital-Escuela entre otros Servicios cuenta con Servicio de Pediatría,

Servicio de Nutrición y Servicio de Alimentación y Dietética, sin embargo no cuenta con un Servicio de mucha utilidad como es una clínica dietética a través de la cual se brindaría atención dietoterapéutica a los pacientes que la soliciten y sean referidos por los médicos. En la mayoría de los hospitales modernos, se cuenta con este tipo de Servicio el cual junto con los demás servicios de atención médica, conducen al paciente a la recuperación de la salud.

III.-ACCIONES DE ALIMENTACION Y NUTRICION

Dentro de las pocas acciones de Alimentación y Nutrición que se realizan en la atención integral del paciente hospitalizado y ambulatorio se describen las siguientes:

1.- Equipo multidisciplinario integrado por Médicos, Trabajador Social y Nutricionista el cual mensualmente realizan reuniones con pacientes diabéticos con el propósito de realizar una anamnesis alimentaria, estudian la evolución del mismo, orientan y /u ofrecen Educación-Nutricional.

2.- Comité Técnico para recuperación del desnutrido.

Recientemente se ha formado este comité, el cual está integrado por el médico jefe de pediatría, médicos pediatras y nutricionistas cuyo propósito es dar un seguimiento al paciente desnutrido durante su hospitalización y posteriormente a través de un seguimiento ambulatorio.

3.- Se brinda una atención dietoterapéutica especial a pacientes con patologías tales como: obesidad, problemas renales, hipertensión, diabetes y quemaduras.

4.- Apoyo al Programa de Lactancia Materna como un hecho que no solo tiene implicaciones nutricionales sino que inmunológicas y afectivas para el niño.

5.- Asesoría, orientación y participación por parte del personal Profesional (nutricionistas) en cualquier actividad relacionada con el Programa de Alimentación y Nutrición.

Además de estas acciones citadas La División de Nutrición, recientemente decretada como Dirección de Alimentación y Nutrición dentro de sus áreas programáticas, tiene el Programa de Administración de Servicios de Alimentación Institucional con el propósito de brindar asesoría apoyo técnico a todos los Servicios de Alimentación y Nutrición de los diversos centros hospitalarios, como actividad principal este programa tiene la reorganización de estos Servicios, Programa éste que recientemente se le esta brindando apoyo en forma integrada.

También existe el área programática denominada:

Tratamiento de recuperación nutricional, dentro de esta área se enmarca el tratamiento a nivel ambulatorio y el tratamiento a nivel institucional (SERN, UCIN, Pediatras).

Los Servicios de Educación y Recuperación Nutricional (SERN), tienen una capacidad instalada para 30 niños menores de 5 años cuyo promedio de estancia es de 90 días. UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Nutricionales), cuyo total de niños a ser atendidos se determina por el número de camas existentes, el promedio de estancia es de 45 días.

El Servicio de Alimentación y Dietética del Hospital-Escuela esta estrechamente vinculado y relacionado con una serie de Servicios entre los cuales mantiene un estrecho vínculo con:

Salas de Medicina General

Salas de Pediatría

Trabajo Social

Programa de Crecimiento y Desarrollo

Administración

Compras

Mantenimiento

Obras civiles y vigilancia.

IV.- L O G R O S

Dentro de los pocos logros alcanzados en este Centro hospitalario se puede citar el de ser el único hospital que cuenta con un equipo técnico-administrativo, el cual tiene una participación relevante en todas las acciones que se realizan día a día, así mismo se cuenta con un grupo de personal denominado Auxiliares de Nutrición capacitados, además de la División de Nutrición del MSP, se elaboró un manual de Organización y Funciones, Normas y Procedimientos para el Servicio de Alimentación y Dietética del Centro Hospitalario de Progreso-Yoro. Logros estos que solamente se han conquistado en este complejo hospitalario, los demás centros hospitalarios del país carecen de este tipo de recurso y consecuentemente no se realizan todas las acciones antes descritas.

V.- PROBLEMAS Y DIFICULTADES

Los problemas y dificultades existentes en los Servicios de Alimentación y Dietética de todos los hospitales del país son similares, en algunos la situación se acentúa más a raíz de la falta de personal capacitado y a la poca importancia que se le ha dado a este tipo de Servicios, los cuales han venido funcionando sin o con muy poca integración en cuanto a actividades propias de alimentación y nutrición se refiere.

Estos problemas se pueden categorizar de la manera siguiente:

A.- Problemas de planta física y equipo. En esta categoría se reflejan las siguientes dificultades:

1.- Las áreas físicas que componen los Servicios de Alimentación y Dietética de todos los hospitales del país son bastante inadecuados e insuficientes en cuanto a espacio, debido a la mala planificación y falta de asesoría de personal profesional cuando fueron construidos.

Presentan en su mayoría:

- áreas reducidas
- ventilación inadecuada e insuficiente
- falta de desagües que permitan un adecuado drenaje para el lavado de pisos, paredes etc.

2.- El equipo y materiales existentes son bastante insuficientes lo que trae como consecuencia realizar y ejecutar sus actividades diarias en un tiempo mayor del necesario, consecuentemente interrumpiendo el seguimiento eficaz de todas las actividades dependientes de la misma.

3.- Las áreas destinadas para almacenamiento de productos perecederos en su

mayoría no poseen cuartos fríos como medio adecuado para conservar los alimentos, de igual manera cuando existen no se les da un adecuado mantenimiento.

4 - No existen áreas definidas de trabajo lo que ocasiona un flujo inadecuado de actividades.

5.- No existe calendarización, en su mayoría para la realización de actividades de limpieza, lavado, higienización, fumigación etc. de todos los Servicios de Alimentación y Dietética.

6.- No se le da a la basura un acondicionamiento adecuado, situación que contribuye a la creciente proliferación de insectos y roedores.

PROBLEMAS DE RECURSOS HUMANOS (PERSONAL)

1.- No existe personal profesional capacitado para dirigir, coordinar y ejecutar las actividades técnico-administrativas propias del servicio.

2.- No existe personal de mando intermedio y de servicio debidamente capacitado

3.- El personal que labora en los Servicios de Alimentación y Dietética es insuficiente para el desempeño de las actividades a realizar.

PROBLEMAS TECNICO-ADMINISTRATIVOS

1.- Actualmente, y en su mayoría a los Servicios de Alimentación y Dietética se les denomina "cocinas", no son considerados como dependencias técnico-administrativas como deberían de denominarseles por el tipo de

Servicio que prestan dentro del área hospitalaria.

2.- El tratamiento dietoterapéutico, Educación Nutricional ofrecido al paciente hospitalizado y ambulatorio es inadecuado debido a la inexistencia de personal capacitado para realizar esta actividad.

3.- No existen normas y procedimientos definidos, reglamentos internos para la organización de los Servicios de Alimentación y Dietética.

4.- En su mayoría el personal que trabaja en estos Servicios apenas han cursado el nivel primario, en algunos centros hospitalarios este tipo de personal desempeña el cargo de jefe de los Servicios de Alimentación y Dietética, (cocinas como son denominados).

5.- El presupuesto destinado a los Servicios de Alimentación y Dietética no es adecuadamente racionado, aspecto este muy importante para el cumplimiento adecuado de las actividades dependientes de este tipo de recurso.

MINISTERIO DE SALUD

NICARAGUA

DIRECCION DE NUTRICION

TALLER DE INTEGRACION DE ALIMENTACION Y NUTRICION

A HOSPITALES

INCAP/GUATEMALA, DIC. 1987

Lic. Indiana González Moys

Lic. Iván Kauffman Morales

I. ANTECEDENTES DEL PAIS:

Nicaragua es uno de los países más pequeños del continente americano a pesar de tener la mayor extensión de la región Centroamericana. Su superficie sólo alcanza a 120.349 kilómetros cuadrados y de densidad es de 27 habitantes por kilómetro cuadrado aproximadamente.

Limita al norte con Honduras, al sur con Costa Rica al este con el Océano Atlántico, y al oeste con el Océano Pacífico.

En función de su relieve y a la calidad de los suelos el país puede dividirse en una zona llamada del Pacífico, de tierras relativamente planas y fértiles aprovechables para prácticamente todo tipo de cultivos pero que se destinó fundamentalmente desde 1945 a la producción de algodón.

Una zona norte montañosa con gran capacidad de producción básicamente de café y madera.

Otras zonas; la zona central de tierras más pobres y áridas donde se ha cosechado una buena parte de la producción ganadera y una zona oriental hoy llamada también la región de la costa que es la de mayor extensión pero al mismo tiempo es la menos poblada del país, y donde hay menos posibilidad de diversificar el cultivo y donde los problemas de transporte e infraestructura adquieren la mayor gravedad.

II. SITUACION DEMOGRAFICA:

Según estimaciones de INEC-CELADE, el país tiene una población alrededor de 3.501.176 habitantes.

Algunos indicadores de salud expresan con toda claridad la grave situación

de salud que se heredó; la esperanza de vida al nacer se estima en 63 años, la tasa de mortalidad general anual es de 9.7 por 1,000 habitantes, la tasa de mortalidad infantil alcanzó a 76.4 por 1,000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad es de 44.2 por 1,000 habitantes.

III. SITUACION ALIMENTARIO NUTRICIONAL

Parecería innecesario señalar que las condiciones de nutrición en la época de la dictadura era paralelo a la anarquía del sector salud en general y que la desnutrición era particularmente relevante en los sectores más marginados y de menores ingresos y particularmente más grave en el grupo de menores de 6 años. En 1966 una encuesta de nutrición llevada a cabo por el INCAP mostró una incidencia de 57% de niños con una relación de peso y edad menor del 90% del esperado.

Otra investigación efectuada en el año 1987 indicó una prevalencia del 75% de niños por debajo del 90% de la relación peso/edad. Recientes estudios realizados entre los 80-81 por el MINSA-MIDINRA muestran que en un 56% de niños menores de 6 años presentan algún grado de desnutrición; y también una tasa muy alta de anemias ferropénicas que afectan en más alto grado a embarazadas como nodrizas y menores de 3 años, además otras carencias significativas como hipovitaminosis A y Bocio endémico.

Una investigación realizada por el Ministerio de Educación (MED) en 1980 en 3 provincias del norte del país mostró que en un 22% de los escolares de las zonas urbanas y el 34% de las zonas rurales tienen menos promedio del talla por edad. También en el mismo grupo de escolares se observó que sólo un 1% tenía una dieta que pudo considerarse excelente, en consecuencia que el resto de los niños consuman una dieta muy pobre tanto en las zonas urbanas como rurales. El estudio más reciente es el 1er. Censo Nacional de Talla de escolares de 1er. grado de primaria efectuado en 1986 por los

Ministerios de Salud, Educación, coordinados con el Programa Alimentario Nicaraguense dando como resultados que el 22% de los alumnos presentaron diversos grados de desnutrición siendo el sexo masculino el más afectado.

IV.- LAS TRANSFORMACIONES EN EL PERIODO REVOLUCIONARIO EN EL SECTOR SALUD:

El Programa inicial del FSLN contemplaba como uno de los aspectos de mayor prioridad elevar los niveles de salud de la población en general y, en particular de los grupos de menores ingresos; en segundo lugar se tuvo muy claro la idea de, que la medicina debía ser desprovista de su carácter mercantil y transformarla en una función social de la mayor relevancia, que contemplaba la acción estrictamente curativa con una muy fuerte tendencia a la prevención de las enfermedades y la creación de condiciones básicas que impidieran su aparición, y es por eso que a menos de un mes del triunfo de la revolución, la Junta de Gobierno, emitió un Decreto de creación del Sistema Nacional Unico de Salud (SNUS), en donde se destacan como fundamentales los siguientes principios:

- a) La salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad que compete tanto al estado como al pueblo organizado.
- b) Los servicios de salud deben ser accesibles para toda la población del país independientemente del lugar en donde viven, de su nivel económico, de su cultura, y de su origen étnico.
- c) Los servicios de salud deben tener un carácter integral y por lo tanto el trabajo debe de ser realizado en equipos interdisciplinarios y no en forma individual.
- d) Las actividades de salud deben ser planificadas de manera coherente con la planificación global económica y social; esto significa entender que

la planificación es el instrumento más idóneo para la proposición de políticas unificadas, para la mejor coordinación en las funciones de dirección y para la más óptima utilización de los recursos disponibles.

e) Por último, la ley, señala la necesidad de que la comunidad participe amplia y espontáneamente en todas las actividades del SNUS. Respecto a este último punto es destacable que sea el Sistema de Salud el único organismo que tiene un consejo popular nacional que ha estado funcionando con gran efectividad en los últimos años.

Con la estructuración del SNUS se dió una organización capaz de llevar adelante tanto en la planificación como la dirección, la organización, la supervisión y el control de las actividades sectoriales. Esta organización se lleva a cabo en tres niveles de gestión:

a.) El Nivel Central donde se encuentra la Dirección Superior del Ministerio de Salud, donde se definen las políticas, planes y programas y donde se establecen las estructuras normativas generales para todo el país; asume la responsabilidad global de la eficiencia en la gestión y el cumplimiento de las metas.

b.) Un segundo nivel que es el Regional y que está bajo la responsabilidad de un Director General que adecúa las políticas, planes y programas a las características particulares del grado de desarrollo alcanzado por la región; es la parte coordinadora del Sistema en una determinada parte del país y asume su responsabilidad en el cumplimiento de las metas regionales.

c.) Y un tercer nivel local, operativo constituido por los equipos de

trabajo de cada unidad operativa, ya sea área de salud, hospitales, unidades docentes u otros que son responsables de la ejecución de las políticas, planes y programas definidos para cada situación.

V SITUACION ACTUAL

Desde 1979 se construye o reacondicionan 392 Puestos de Salud, 81 Centros de Salud S/Camas, 21 Centros de Salud C/Camas, 30 Hospitales, 18 Aulas Docentes, 18 unidades de almacenamiento, 29 Farmacias populares y 5 Talleres de Mantenimiento Hospitalario.

En este contexto se impulsa el desarrollo de los servicios de alimentación en los 30 hospitales del país con un total de 4,488 Camas, los cuales tienen un promedio índice ocupacional de 68%, un promedio de estancia de 5.8, un giro de camas de 21.8% y un intervalo de substitución de 2.6%. Concebidos estos servicios para proporcionar alimentación a los pacientes exclusivamente, los trabajadores del sector salud conquistan con la revolución el derecho a la alimentación en sus lugares de trabajo de acuerdo al horario y en forma absolutamente gratis; Sin embargo este importante avance ha afectado la capacidad de respuesta de los servicios por la sobre explotación de los recursos materiales al tener que producir grandes volúmenes de alimentos con la misma capacidad instalada.

Existen seis hospitales de nueva creación y por ende el mismo número de servicios de alimentación todos los cuales cumplen con las normas de conducción y disposición de las diferentes áreas de servicios. Otros han sido remodelados adaptándolos a las necesidades de la población; esto ha

sido posible en parte con la utilización de los fondos generados por el proyecto NIC/2537 del programa mundial de alimentos y en algunos casos con presupuesto estatal.

El presupuesto asignado para este servicio se ha visto limitado a satisfacer la demanda de abastecimiento para la producción de alimentos postergándose las tareas de reconstrucción, adquisición, y mantenimiento de equipo y utensilios, reflejándose en las carencias en un desgaste de los recursos humanos disponibles.

A este respecto debemos mencionar que se cuenta con escaso personal calificado y de base lo que ha obstaculizado la ejecución de las actividades técnicas y administrativas, sin embargo, pese a las dificultades se logra diariamente la respuesta a necesidades de alimentación de pacientes y personal.

Es a partir de 1982 que se conforma el primer departamento de nutrición hospitalario con la participación de tres nutricionistas las cuales están abocadas a los componentes de: Atención Clínica, Educación Alimentario Nutricional y Servicios de Alimentos; esto se ha hecho posible en todos los hospitales de la capital, mientras que a nivel regional ha sido un proceso más lento a raíz de la escasa formación de recursos en estas localidades. De las seis regiones y tres zonas especiales exceptuando Managua, ninguna cuenta con nutricionistas regionales que atiendan a proyectos y programas de la dirección de nutrición y además apoyen con asesoría periódica a los servicios de alimentación hospitalaria que no tienen este recurso, siendo atendidos directamente por la administración regional.

La conformación de los departamentos de nutrición ha significado un salto cualitativo en la atención integrada a pacientes hospitalizados y ambulatorios, al reconocerse la importancia del tratamiento dietético en la recuperación del paciente sumado al tratamiento médico.

En Nicaragua hay una multiplicidad de políticas y acciones que se ejecutan con el objeto de mejorar el nivel nutricional de la población y por lo tanto, el estado de salud lo cual motiva un importante efecto en el desarrollo económico y social, es por esto que se impulsa programas y proyectos que atiende como grupo prioritario al binomio madre-niño.

Dentro de estas acciones se ha hecho un esfuerzo en conceptualizar el GVAN del país, el cual hasta el presente año se inició en algunas áreas de salud integrar a la consulta de crecimiento y desarrollo del niño. Esta vigilancia no sólo contempla la consecución de un dato para establecer un sistema de información sino que incluye dentro de la norma la atención nutricional que debe realizar el personal auxiliar con el niño desnutrido.

En tres regiones del país, (I,II,IV Región), el Programa de Alimentación a Grupos priorizados PMA 2536 está inmerso dentro de las actividades antes mencionadas.

A nivel central y regional (I,II,IV Región) se han hecho notables esfuerzos para la creación y mantenimiento de una Comisión Intersectorial de Educación Alimentaria Nutricional para todas las acciones educativas que inciden positivamente en los hábitos alimentarios de la población.

Los aspectos de mayor relevancia en estas acciones son los relacionados con

la madre y el niño y la producción alimentaria en pequeña y mediana escala para el logro del auto-abastecimiento.

Aunque no existe el recurso profesional en Nutrición, el personal auxiliar de los Centros de Salud y Hospitales son los responsables de brindar orientaciones de carácter alimentario nutricional al binomio madre-niño y en el caso de los adultos, a algunos pacientes hospitalizados que al egresar son referidos a su Centro de Salud dentro del Programa de Dispensarización donde la educación es impartida por el equipo de salud.

Los servicios de alimentación de todo el país se ven complementados con el Proyecto PMA 2537 y con las actividades de educación que a nivel Central imparte en cada región, como asimismo en los aspectos administrativos y asistenciales.

VI. LOGROS:

A partir de 1979 el techo presupuestario de los servicios de alimentación era administrado por una oficina centralizada de alimentación hospitalaria, a nivel nacional, lo que no permitía la flexibilidad de la ejecución del presupuesto entre los diferentes rubros, ni la adquisición local de sus insumos; a partir de 1982 cada región comienza a adquirirlos.

Partiendo del fortalecimiento de la descentralización político administrativa del país y en particular del Ministerio de Salud, en 1986 se inicia un proyecto de descentralización presupuestaria del órgano rector de las finanzas del Gobierno hacia las tres regiones del Pacífico Central incluida la capital. Este proyecto ha permitido a las Direcciones Regionales utili-

zar más eficazmente sus recursos financieros, dando atención especial a la Alimentación hospitalaria.

En ese proceso, se descentralizaron dos hospitales alcanzando los beneficios esperados en cuanto a que se ha acercado al nivel operativo la toma de decisiones en la administración de sus recursos financieros, pudiendo hacer las readecuaciones presupuestarias oportunamente.

Para 1988 se ampliará al resto de los hospitales.

Tradicionalmente las actividades de nutrición en los hospitales se han limitado a garantizar alimentación para pacientes y personal dependiendo este servicio de la Administración; En la actualidad el Dpto. de Nutrición de todos los hospitales de Managua está bajo la dependencia directa de la sub-dirección de Atención Médica asegurando las actividades que redundarán en una atención de un más alto nivel al paciente. En el resto de los hospitales del país debido a la carencia de recursos calificados la administración continúa ejerciendo la dirección y control de este servicio.

En la región III (Managua), la Oficina de Nutrición ha logrado ubicar .3 nutricionistas en cada uno de los 6 hospitales más grandes de la capital, lo cual consideramos será de gran impacto en la atención integral al paciente. Así mismo nos llena de optimismo la claridad que nuestros directores tienen sobre las funciones de este profesional que ya están apoyando sus actividades.

Se debe destacar el fortalecimiento del sector salud con la, formación de recursos humanos calificados, formándose nutricionistas en la Escuela de Nutrición de la Universidad Centroamericana y como personal de apoyo la

formación de recursos técnicos en Alimentación Institucional, en el Politécnico de la Salud, entidad docente creada tras el triunfo revolucionario para dar respuesta a la necesidades más apremiantes del sector.

La participación de los estudiantes de último año de la Escuela de Nutrición y los alumnos de Alimentación Institucional en los servicios de salud, han facilitado la integración docente asistencial para la consecución de los objetivos del servicio.

La integración de Nutrición del Programa Materno Infantil en la parte normativa ha sido una realidad y se tiene previsto que el recurso formado existente a nivel central y regional forme parte activa del grupo interdisciplinario que desarrollará, supervisará y evaluará la aplicación de las normas.

VII. DIFICULTADES:

La agresión a nuestro país la que nos ha llevado a una guerra que se prolonga por 6 años, es la causa fundamental de nuestras dificultades. Los servicios de Alimentación se han visto afectados principalmente por la carencia de equipos y deterioro del mismo, ya que estos fueron concebidos para atender a una cuarta parte de la demanda actual. Esto se ve agravado por las dificultades económicas por las que atraviesa el país, las que no permiten la adquisición de repuestos y nuevo equipo, como tampoco el mejoramiento de la infraestructura.

Otra importante dificultad para el desempeño de las funciones es la falta de personal auxiliar, como también, la baja escolaridad, la falta de capacitación, la avanzada edad y los bajos salarios inciden en una alta rotación del mismo.

Paralelo a esto, tenemos las dificultades de personal calificado en todos los departamentos de nutrición del país que ha obstaculizado y atrasado el desarrollo de los mismos.

Tal vez, la más importante dificultad son los presupuestos para el rubro de alimentación lo que se está reflejando en una dieta cuali y cuantitativamente poco apta.

Una limitación que afecta el desempeño de las funciones del nutricionista, el técnico y otro personal es lograr llegar a las áreas de salud por la falta de transporte o porque éstas están localizadas en zonas de guerra.

VIII. PROYECCIONES DEL PROGRAMA DE ALIMENTACION Y NUTRICION EN NICARAGUA
PARA 1988.:

En este programa participan diversos sectores tales como:

MED, INSSBI, PAN, MIDINRA, MINSA y Organismos de Masas y en él, se contemplan acciones de: Prestación de servicios, Vigilancia, Educación, Producción, Monitoreo y Evaluación de las acciones relacionadas con alimentación y nutrición que fortalecerán y reestructurarán al componente.

Los programas en los que participan los sectores son:

1.- Programa Materno Infantil: Se plantea la reestructuración del mismo, el mejoramiento, conducción y gerencia de los PAG así como la extensión del sistema de Vigilancia en todo el país.

2.- Programa de Fortificación de Alimentos: Se continuará la validación y control de la yodización y fluorización de los alimentos.

3.- Programa de Educación y Formación Permanente: Se plantea la elaboración y revisión de un plan de Educación Permanente en donde las actividades educativas no se desarrollen en forma aislada sino que respondan a un Programa Integral para lo que se priorizará la formación de recursos humanos vinculados a los sistemas locales de salud y fortalecer así la docencia en servicios.

4.- Programa de Servicios de Alimentación: Se mejorará el área administrativa, gerencia y la proyección de las actividades hospitalarias a la comunidad. Estas acciones están insertas dentro de la Educación Continua.

5.- Programa de Disponibilidad y Calidad de los Alimentos: Se ha planteado

el establecimiento de una canasta alimentaria básica única y el desarrollo de pequeñas agroindustrias a nivel comunitario.

El desarrollo de investigaciones operacionales se contempla para todas las áreas antes mencionadas.

SIGLAS UTILIZADAS:

SNUS	SISTEMA NACIONAL DE SALUD
MINSA	MINISTERIO DE SALUD
MED	MINISTERIO DE EDUCACION
FSLN	FRENTE SANDINISTA DE LIBERACION NACIONAL
PAN	PROGRAMA ALIMENTARIO NICARAGUENSE
INCAP	INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA
MIDINRA	MINISTERIO DE DESARROLLO Y REFORMA AGRARIA
INSSBI	INSTITUTO NICARAGUENSE DE SEGURIDAD Y BIENESTAR SOCIAL
SVAN	SISTEMA DE VIGILANCIA ALIMENTARIO NUTRICIONAL
CEAN	COMISION DE EDUCACION ALIMENTARIA NUTRICIONAL
PAG	PROGRAMA ALIMENTARIO DE GRUPOS
PMA	PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS

ACCIONES DE ALIMENTACION Y NUTRICION

A NIVEL DE HOSPITALES DE PANAMA

**Lic. Mayra de Caballero
Sub-Jefe Departamento de
Nutrición y Dietética
Caja Seguro Social**

**Lic. Mabel B. de Mas
Jefe, Prog. Servicios
Dietéticos Institucionales
Ministerio de Salud**

CONTENIDO

- I GENERALIDADES
- II ANTECEDENTES
- III SITUACION ACTUAL DE LOS DEPARTAMENTOS DE NUTRICION Y DIETETICA
EN LOS HOSPITALES DEL PAIS
- IV ACCIONES DE ALIMENTACION Y NUTRICION A NIVEL HOSPITALARIO:
 - A- Paciente hospitalizado
 - B- Paciente ambulatorio
 - C- Relación con otros servicios del hospital
 - D- Relación con el nivel primario de atención
- V IMPACTO DE LAS ACCIONES DE ALIMENTACION Y NUTRICION EN LA ATENCION
INTEGRAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO Y AMBULATORIO
- VI DIFICULTADES TECNICO-ADMINISTRATIVAS

I GENERALIDADES

La República de Panamá es geográficamente la parte más angosta y menos elevada del Istmo Centroamericano, que une la América del Norte con la América del Sur.

La población panameña de 2,227,254 habitantes, es el principal recurso del país para la planificación integral del desarrollo nacional y constituye el sujeto de todo plan o programa de salud

La atención directa al paciente hospitalizado y ambulatorio se brinda en instituciones públicas y privadas. De estas 616 son del Sector Salud (Cuadro No. 1).

El hospital es el organismo más complejo dentro de los servicios de salud y le corresponde brindar una atención integral con proyección a la comunidad. Además es un centro docente y de investigación.

A través de la consulta externa, el hospital atiende a la población en forma ambulatoria, brindándole atención médico-social con actividades de medicina preventiva y curativa en la cual se incluye atención en nutrición.

En los servicios de hospitalización se atienden pacientes internos, brindándoles atención médica, de enfermería, de laboratorio, de Rx, alimentación, educación, etc.

Para fines de esta presentación, se describirán las acciones de alimentación y nutrición que se llevan a cabo en los Departamentos de Nutrición y Dietética a nivel hospitalario y su relación con el nivel

primario de atención. Estos departamentos, a través del tiempo, han ido evolucionando, de tal forma que en la actualidad, no sólo ofrecen alimentos a los pacientes y personal como una actividad aislada, sino también incluyen el desarrollo de acciones de nutrición clínica y docencia e investigación.

II ANTECEDENTES

En Panamá el primer hospital que se fundó fue el hospital Santo Tomás en el año de 1924, simultáneamente se estableció el servicio de alimentación al que se denominó "cocina". Posteriormente en el año de 1939, se ubica por primera vez un Dietista a cargo de este servicio.

Desde 1951 cuando se crea la Sección de Nutrición a nivel del Ministerio de Trabajo y Salud Pública, bajo la jefatura de un Nutricionista se ha establecido como política el que cada servicio de alimentación cuente por lo menos con un nutricionista.

En 1972, la Caja del Seguro Social crea el Departamento de Nutrición y Dietética como Unidad Técnico Normativo encargado de organizar y coordinar las acciones a nivel de los Servicios de Alimentación en los hospitales del País, dependientes de esta institución.

En 1983, se establece como tal, a nivel del Departamento de Salud Nutricional del Ministerio de Salud, el Programa de Atención de los Servicios Dietéticos Institucionales.

En Panamá en los años de 1973, 1980 y 1985, se realizaron tres estudios representativos de la situación de los Servicios de Alimentación hospitalaria a nivel del país, los que han permitido contar con un diagnóstico

III SITUACION ACTUAL DE LOS DEPARTAMENTOS DE NUTRICION Y DIETETICA A NIVEL HOSPITALARIO

A continuación se presentan resultados de los estudios mencionados anteriormente los cuales permiten conocer la situación actual de los Departamentos de Nutrición y Dietética a nivel de los hospitales del país:

Organización: En un 95% de los hospitales, el Departamento de Nutrición y Dietética depende técnicamente de la Dirección Médica, en estrecha coordinación con la Dirección Administrativa.

- El departamento cuenta con tres dependencias que son: El Servicio de Alimentación, Servicio de Nutrición Clínica y el Servicio de Investigación.

Recurso Humano: El 100% (19) de los hospitales que tiene más de 75 camas, cuentan por lo menos con un profesional nutricionista.

El último estudio reveló que los Departamentos de Nutrición y Dietética en 23 hospitales del país cuentan con 688 funcionarios no profesionales (Cuadro No. 2) de los cuales el 10% es personal de mando intermedio (Asistente de Dietistas, Supervisor y Economas), el 41% corresponde a camareros o saloneros, 19.5% a cocineros y el 29.5% otros.

En el cuadro No. 3 se observa el salario y el nivel de escolaridad del personal no profesional que labora en estos servicios, destacándose que el salario oscila entre B/ 100.00 a B/ 300.00 y que el 50.6% cursó del cuarto al sexto grado del nivel primario.

Planta Física: Según estudio realizado con la colaboración del INCAP, en 25 hospitales del país en 1980, se encontró que en 20 de éstos, el Servicio de Alimentación está debidamente ubicado, solo en 6 se contaba con una buena ventilación, por consiguiente el resto se registran temperaturas sofocantes.

Recurso Financiero: El presupuesto de los Departamentos de Nutrición y Dietética es elaborado por el Nutricionista Jefe y/o Nutricionista Regional en colaboración con el resto de los nutricionistas y de acuerdo a la política interna de la institución.

Los presupuestos asignados para la compra de alimentos según el número de raciones servidas es diferente para cada hospital. Existen variaciones que oscilan del B/ 0.39 en el Hospital de Chepo hasta B/ 1.31 en el Hospital de Changuinola saliendo el día de comida a un costo de B/ 1.17 y B/ 3.95 respectivamente.

Dietas Servidas: Para cumplir con la atención dietética a los pacientes hospitalizados y personal se preparan dos tipos de alimentación, las dietas regulares o normales, que se les sirve a pacientes sin indicación especial y las dietas especiales para los pacientes que tienen indicación dietética, entre éstas las más usadas son: hiposódicas, blandas,

suaves, líquidas, para diabéticos; además se preparan dietas que se calculan individualmente por prescripción médica.

IV ACCIONES DE ALIMENTACION Y NUTRICION A NIVEL HOSPITALARIO

Siguiendo la política de Salud del gobierno panameño, los programas tienen como norma brindar una atención integral a la población a todos los niveles. A nivel hospitalario la atención incluye una serie de acciones, entre las cuales, las de alimentación y nutrición son de particular importancia. Dichas actividades se realizan teniendo como base el Manual de Normas Técnico-Administrativas que permitirán que éstas se ejecuten bajo criterios uniformes a nivel de todas las instituciones del estado.

Con fines de ordenar la presentación, a continuación se enuncian las principales acciones de alimentación y nutrición dirigidas a pacientes hospitalizados y ambulatorios.

A. Pacientes Hospitalizados

Con este grupo de pacientes se desarrollan las siguientes acciones:

1. Terapéutica alimentaria: Se refiere a aquellas relacionadas con la interpretación de la prescripción dietética, evaluación nutricional, cálculo dietético, supervisión de la producción de la dieta y evaluación de efecto del tratamiento al paciente. Además, al egreso del paciente, se calcula la dieta y se le brinda la orientación nutricional.

En la realización de esta actividad, el nutricionista es el funcionario responsable de su ejecución.

2. Educación Alimentaria Nutricional: Estas acciones se realizan con mayor frecuencia en forma individual y a nivel de grupo en forma esporádica.

Sin embargo en el proyecto de promoción de Lactancia Materna, en aquellos hospitales donde funcionan bancos de leche, esta actividad ha tenido un marcado incremento y se ha observado la participación coordinada del equipo multidisciplinario.

Con la implementación del Plan de Educación Alimentaria Nutricional, dirigido a funcionarios de nivel institucional, se espera capacitar a este personal en el uso de métodos y técnicas de enseñanza y material didáctico; lo que facilitará el desarrollo de la educación alimentaria nutricional, así como también, actualizar al personal en prevención, tratamiento y control de enfermedades que se relacionan con la nutrición.

3. Investigación: En la actualidad, esta actividad no se ha desarrollado en forma científica y sistemática, ya que los mayores esfuerzos se dedican a las actividades anteriormente señaladas.

Sin embargo, en algunos hospitales se han realizado estudios operativos tales como:

- Estudio de la aceptabilidad de la dieta
- Costo de la dieta servida
- Costo y resultado de tratamientos dietéticos enterales con

productos especializados

- Investigación sobre hábitos alimentarios de madres hospitalizadas
- Manejo dietético del Síndrome Diarreico en el Hospital del Niño.

B. Paciente ambulatorio

Con relación a la atención de pacientes ambulatorios, vale al pena señalar que actualmente se cuenta con Clínicas de Nutrición a nivel de Consulta Externa Hospitalaria, a tiempo completo, en dos de los hospitales nacionales del país. En el resto de los hospitales la atención del paciente ambulatorio la realiza el nutricionista a cargo del Departamento de Nutrición y Dietética según egresos.

La atención de estos pacientes, se realiza a través de la consulta individual, durante la cual se interpreta la prescripción dietética, se calcula la dieta y se le ofrece la educación alimentaria nutricional. A través de estas subsiguientes, se la da seguimiento.

C. Relación con otros Servicios del Hospital

A continuación se describen algunas acciones de alimentación y nutrición y su relación con otros servicios del hospital las cuales se realizan a través de reuniones de coordinación de persona a persona, memorandum y trabajo de equipo, dependiendo del grado de complejidad de la unidad ejecutora.

Servicios médicos: La prescripción dietética la realiza el mé-

dico. En casos especiales el nutricionista coordina con el médico los ajustes en el tratamiento a través de una interconsulta.

Enfermería: Con este servicio la relación se establece básicamente a través de la orden de dieta.

Docencia: El nutricionista forma parte del equipo de docencia intrahospitalaria, donde participa en la presentación y discusión de casos con patologías relacionadas con la nutrición.

Laboratorio y Rx: La relación que existe con estos departamentos se basa especialmente en el suministro de dietas para pruebas diagnósticas, así como también para los exámenes periódicos al personal que labora en el Servicio de Alimentación y en las pruebas bacteriológicas de fórmulas.

D. Relación con el Nivel Primario de Atención:

Las acciones de alimentación y nutrición a nivel hospitalario, se vinculan ocasionalmente con el nivel primario de atención a través de la referencia de pacientes que ameriten seguimiento. Esta relación se establece con aquellas instituciones donde se cuenta con nutricionista (Policlinicas, Centros de Salud, Hospitales Rurales) mediante los formularios correspondientes.

Vale la pena señalar que en las normas de los programas de salud se han definido los mecanismos de referencia de un nivel a otro, pero en la actualidad no se les da cumplimiento en la mayoría de los casos. En el diagrama siguiente se presentan como ejemplo, los pasos a seguir de la referencia de pacientes con problemas en el crecimiento físico.

V IMPACTO DE LAS ACCIONES DE ALIMENTACION Y NUTRICION EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO Y AMBULATORIO

Con la integración del nutricionista al equipo de salud, las acciones de alimentación y nutrición con los pacientes hospitalizados y ambulatorios se ha incrementado, específicamente en lo que se relaciona a, aumentos en consultas de primera vez y subsecuentes, mayor referencia de pacientes a las Clínicas de Nutrición, mayor número de visitas a pacientes hospitalizados.

Es importante señalar que actualmente se cuenta con un Manual de Normas Técnico-Administrativo para los Servicios de Alimentación, así como también se han diseñado normas nacionales para atención clínico nutricional de pacientes obesos, hipertensos y diabéticos, elaboradas por una Comisión Multidisciplinaria. Se cuenta además con un Manual de Dietas para hospitales.

Todas estas acciones contribuyen a que cada vez se afinen los procedimientos de trabajo en lo que atención nutricional se refiere.

A pesar de que no se cuenta con datos estadísticos precisos sobre el impacto de las acciones de alimentación y nutrición en la atención integral del paciente hospitalizado y ambulatorio, hay evidencias de que las acciones educativas han producido cambios de actitud en algunos grupos específicos: diabéticos, obesos y madres lactantes.

Cabe señalar que a nivel de la Consulta Externa del Hospital Santo

Tomás y otros hospitales, se ha organizado el programa de atención integral al paciente diabético, donde las acciones de alimentación y nutrición ocupan un lugar prioritario, como se observa en el esquema siguiente.

VI DIFICULTADES TECNICO-ADMINISTRATIVAS

A continuación, se enumeran las principales limitaciones que en una u otra forma han condicionado la situación de las actividades de alimentación y nutrición en los hospitales del país.

1. Ausencia de programas de docencia en servicio para personal no profesional que lo capacite como agente multiplicador de las acciones en lo alimentario nutricional.
2. Falta de un sistema de información que permita contar con datos estadísticos actualizados de las actividades realizadas.
3. Los recursos humanos como físicos son insuficientes.
4. No se ha establecido un mecanismo eficiente de supervisión y evaluación periódica a todos los niveles por lo que no se da seguimiento a las actividades.
5. No se han establecido los indicadores que permitan evaluar el impacto de las acciones de alimentación y nutrición a nivel hospitalario.
6. Ausencia de recursos y asesoría para llevar a cabo investigaciones operativas a nivel de los hospitales del país.

**TALLER SUB-REGIONAL SOBRE INTEGRACION DE PRACTICAS DE NUTRICION Y
ALIMENTACION EN LA ATENCION HOSPITALARIA**

PRESENTACION DE LA REPUBLICA DOMINICANA

EXPOSITORES:

DR. NELSON DIDIEZ NADAL
Director General de Nutrición

DR. MAGIN DOMINGO PUELLO
Asistente Médico de la Direc-
ción General de Hospitales.

La República Dominicana, país situado en la región del Caribe, que comparte con la República de Haití la isla de la Hispaniola, cuenta con una superficie de unos 48,070 kilómetros cuadrados y con una población de 6,525,000 habitantes, presenta actualmente una inversión de la proporción en habitantes entre el campo y la ciudad, siendo ésta de un 52% en el área urbana y un 48% en la rural. El proceso inflacionario reciente, iniciado durante la administración pasada, ha llevado a la moneda nacional, el Peso Dominicano, a una devaluación frente al dólar de 4.70.

La esperanza de vida al nacer es de 68.06 años en las mujeres, 66.06 en los hombres en el 1986. la densidad demográfica es de 120 habitantes por kilómetro cuadrado. La tasa de fecundidad de 3.75 hijos...El PNB Per Capita para 1986 es de 1,600 pesos, con una tasa de crecimiento de 18.6.

La deuda externa en 1987 era de 4.000.000.000 de dólares. La población económicamente activa en las tres regiones del país en 1981 era de: REGION SURESTE 50.6%; SUROESTE 12% y, REGION DEL CIBAO 37%. Asimismo, la tasa de desempleo de la población económicamente activa, en el año de 1985 fue de 27.2%.

En lo referente a la calidad del suelo, la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) reportó en el año 1982, en cuanto al uso del mismo, la siguiente estructura: Terreno Agrícola Bueno 39.8%; Bosques de hojas anchas y pinos 14.4%; Pastos y Praderas 42.8%; Zonas Áridas y Pantanosas y Agua 2.4%; Uso Urbano 0.6%.

Entre los indicadores de Salud, la tasa de mortalidad infantil en el quinquenio 85-90 es de 64.95.

En cuanto a lo referente a recursos humanos en salud, para el año de 1982, se contaba con la siguiente distribución:

RECURSO	NUMERO	RELACION POR 10,000 hab.
Médicos	2,518	5.3
Odontólogos	104	0.2
Enfermeras	413	0.9
Aux. de Enfermería	3,922	8.2
Aux. de Dietista	52	0.1

El Gasto Anual per Cápita en Salud fue en 1985 de RD\$ 14.55, representando esta cifra, el 9.3% del porcentaje del gasto público.

En cuanto a los centros de salud, dependientes de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SEPAS), sin incluir los del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), el Estado cuenta con 44 hospitales y 50 subcentros de salud (5 a 20 camas). A parte de los centros de salud con internamiento, el país cuenta actualmente con 508 clínicas rurales y 32 dispensarios médicos.

El número de camas es de 6,509 entre hospitales y subcentros de salud.

En lo referente a la disponibilidad de agua potable y alimentos, en el año de 1981, el 12.5% de las viviendas urbanas carecía de agua potable y el 67.8% de las viviendas rurales carecía de la misma. El consumo proyectado de los principales productos agropecuarios, según la tendencia

histórica, en el periodo 1985-2000, en miles de quintales es (ver cuadro No.1 Anexo).

El porcentaje de personas en situación de pobreza en el año de 1986 fue el siguiente:

AÑO	HOGARES BAJO LINEA DE POBREZA	PROMEDIO DE PERSONAS POR HOGARES	TOTAL PERSONAS BAJO LINEA DE POBREZA
1986	27.38%	4.93	1,771,304

El estado nutricional de la población se refleja en los datos del SISVAN para 1986, el cual se practica anualmente entre la población menor de 5 años en la zona rural del país. El mismo revela que el 39.9% de los 135,581 niños monitoreados en peso por edad presentan algún grado de desnutrición, mediante el control por la Gráfica de Gómez (Ver cuadro No. 2 anexo).

Otros dos problemas de salud relacionados con la nutrición son en la actualidad el bocio endémico, a pesar de que somos un país insular con enormidad de costas, y el problema de la tuberculosis. En el primer caso, existen regiones mediterráneas como Santiago Rodríguez, San Juan de la Maguana, Monseñor Nouel y Sánchez Ramírez en que el porcentaje de bocio entre una muestra amplia, tomada al azar, dio superior al 30%, siendo esto demasiado elevado, y el último estudio en la Provincia de San Francisco de Macorís dio un porcentaje mayor al 12%. En cuanto a la tuberculosis, el Departamento de Epidemiología ha señalado la identificación de unos 8,000 casos, habiendo 3,000 en tratamiento ambulatorio.

Los hábitos alimentarios del pueblo, dominicano no están cimentados en un patrón autóctono del país tomando en cuenta el origen aborigen de la hispaniola cuando llegaron los primeros españoles al Caribe. Del patrón alimentario de los indígenas caribeños de aquellos tiempos sólo quedan platos bien definidos, como el casabe y la arepa, los cuales no representan por sí solos un patrón alimentario. Para la República Dominicana, en virtud de que la raza aborigen fuera prácticamente exterminada en los tiempos de la colonia, y substituida en el tiempo por un patrón mixto proveniente de diferentes culturas sólidas y arraigadas de otras latitudes. Así, nosotros decimos que en cuanto al patrón alimentario, el dominicano es:

1- EUROPEO EN LA MAÑANA. En el sentido de que la mayoría de la población, y sobretudo la urbana, que ahora sobrepasa a la rural en porcentaje, se desayuna principalmente con PAN, que es la base de la cultura europea del TRIGO. Esto principalmente entre la clase humilde del país en virtud de que resulta más barato adquirir temprano del día el típico "pan de agua".

2- ORIENTAL AL MEDIODÍA. En virtud de que el alimento fundamental en dicha comida es el ARROZ (risa sativa), alimento tradicional y sustento de los pueblos de China, Indonesia, Indochina, Filipinas y Ceilán.

3- AFROANTIILLANO EN LA NOCHE. Debido a que en la noche somos dados preferentemente a degustar platos en base a viveres (viandas) salchados, como son musáceas (plátano y guineos verdes), tubérculos, como son la yuca, el ñame, la yutía y la batata, acompañados de guisos o frituras de carnes, embutidos, huevos y otros, usualmente elaborados en mucha grasa.

Este patrón, que no es autóctono, como si es el caso de los

pueblos de Centroamerica y Panamá, que poseen uno establecido solidamente y proveniente de sus antepasados, merece el reconocimiento de las actuales autoridades de nutrición de la República Dominicana y se busca, dentro de las características del mismo, reforzar sus aspectos nutritivos, ya sea a nivel comunitario, como a nivel de nutrición hospitalaria en el actual proceso de reorganización de los Servicios de Alimentación de los hospitales.

IMPACTO ACTUAL QUE TIENE LAS ACCIONES DE ALIMENTACION Y NUTRICION EN ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO Y AMBULATORIO. (LOGROS Y DIFICULTADES EN LA CONSECUCION DEL PROPOSITO)

En República Dominicana, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social SESPAS lleva a cabo permanentemente cuatro (4) programas horizontales de Nutrición. Estos son:

- 1- PROGRAMA DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA MATERNO INFANTIL (SEPAS-CARE)
- 2- EL SISTEMA DE VIGILANCIA ALIMENTARIO Y NUTRICIONAL (SISVAN)
- 3- LOS CENTRO DE EDUCACION Y RECUPERACION NUTRICIONAL (CERN)
- 4- PROGRAMA DE NUTRICION HOSPITALARIA

Desde el inicio de la actual administración, el Programa de Nutrición Hospitalaria ha recibido, al igual que los tres otros, un REALCE en todos sus componentes. El objetivo general planteado es la organización de los Servicios de Alimentación de los 44 hospitales de SESPAS, así como la organización de las cocinas especializadas de los 50 subcentros de salud (5 a 20 camas) con que se cuenta, en los cuales nunca se ha llevado a cabo alguna labor de tecnificación u organización.

La situación encontrada, a parte de lo que ya antes expuesto, en lo relativo a los Servicios de Alimentación es que los mismos, y aún no en todos, sólo cuentan con un Auxiliar de Dietista como Encargada y para todo el hospital, mucho de los cuales son de 200 camas o más.

Debido a esto, la ausencia de los recursos humanos necesarios en personal calificado en Nutrición, la estrategia adoptada ha consistido básicamente en tratar de apuntalar primero, en una primera fase, de los tres componentes de la atención nutricional hospitalaria, como son:

1- SERVICIO DE ALIMENTACION, 2- ATENCION NUTRICIONAL, 3- EDUCACION NUTRICIONAL E INVESTIGACION, el primero, o sea, el servicio de alimentación. Esto así, para que en una fase siguiente, y ya con la disponibilidad del recurso nutricionista, añadir los dos componentes siguientes.

Para lograr el segundo paso, la consecución de los otro dos componentes sobre la base de la organización previa del componente del servicio de alimentación, ya hemos dado algunos pasos previos para lograr aquella segunda fase. Esto así, El Departamento de Nutrición y el Departamento de Hospitales de SESPAS, han establecido contactos fructíferos con OPS y el INCAP para el apoyo en la capacitación del recurso nutricionista, así como con las universidades UASD y CDEP, en Santo Domingo, la última de las cuales, aunque en forma precaria, ha establecido carrera de la Licenciatura en Nutrición y la primera, la UASD, tiene interés en establecer la carrera nutricionista, aunque contemplamos la posibilidad de capacitar recursos en salud ya graduados, y lograr esto a corto plazo, para que cumplan la función nutricionista.

El Departamento de Nutrición, en un año, a integrado a sus cuadros

técnicos, a 5 Técnicos Medios (TM), egresados de la UCE, a 2 Licenciadas en Educación con estudios posteriores en alimentación y, además, a 1 Médico con Post Grado en Nutrición en Venezuela.

Además celebró en septiembre, con apoyo y financiamiento de OPS un curso de formación para 35 nuevas Auxiliares de Dietistas.

Una actividad que desde hace un año ha venido desarrollando el Departamento de Nutrición, es la introducción del componente educativo en el Programa de Alimentación Complementaria, Sespas-Care, mediante la substitución de las encargadas de los puestos comunitarios, en casas particulares de los barrios y comunidades suburbanas marginales, por nuevas Encargadas con grado de bachiller y su adiestramiento subsiguiente en Educación Nutricional, Administración de Programa, control de crecimiento (peso por edad), Nutrición Básica y otros conocimientos. Esta labor ha dado por resultado el logro de un impacto positivo en la eficacia del programa en el área implementando, el Distrito Nacional.

En el área del Distrito Nacional se cambió y se adiestró ya en este año a 55 Encargadas bachilleres nuevas y, además, se crearon 15 nuevos puestos comunitarios de Alimentación Complementaria y se les dotó de Encargadas bachilleres y se las adiestró en el modo antes indicado.

Actualmente, se está en proceso de escogencia de las nuevas Encargadas bachilleres para los 22 puestos que existen en el área metropolitana de la segunda ciudad del país, Santiago, para ser capacitadas los días 17, 18 y 19 de diciembre.

En la última escalada inflacionaria de este año, debida al poco respaldo de la producción agropecuaria dispensado por la administración recientemente pasada, los departamentos de nutrición y alimentación hospitalaria han recibido el impacto negativo de la misma, lo cual se refleja en los cuadros y gráficas anexos (ver anexo 3), del hospital Dr. Luis E. Aybar, con 233 camas y una asignación de 75,000 pesos mensuales, en base a la asignación convencional para servicios de alimentación de un 30% de la subvención total para cada hospital.

En dichas gráficas computarizadas en los ordenadores de dicho hospital, se muestra que en el mes de febrero hubo un disparamiento del porcentaje de gastos para alimentación, y que en el mes de agosto, hubo otro disparamiento que llevaría el gasto de alimentación en dicho hospital hasta un 51% de la subvención total del hospital, tendencia que se ha mantenido en los meses de septiembre y octubre, según se aprecia en dicha gráfica.

En cuanto al estado nutricional de la población, el Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN), reporta que en 1986 el 39.9%, de la población infantil menor de 5 años, en el área rural presentaba algún grado de desnutrición, dentro de los 135 mil niños monitoreados en peso por edad (ver cuadro No. 2).

ANEXO No. 5

GUIA DE DISCUSION No. 1

GRUPO DE TRABAJO

I. OBJETIVO

Analizar las actividades de alimentación y nutrición hospitalarias en la subregión.

II. GUIA DE DISCUSION

A. De acuerdo con los objetivos que debe tener el hospital en alimentación y nutrición, consideran que el nivel central, a través de las divisiones hospitalarias y de nutrición, está trabajando en forma efectiva para lograr que este componente sea parte fundamental de la atención integral del paciente hospitalizado?

B. Identificar cuáles han sido las limitaciones y logros con relación a:

1. Conceptualización de las actividades de alimentación y nutrición en el sector salud.

2. Responsabilidad y compromiso de las instituciones hospitalarias en la integración de las actividades de alimentación y nutrición a la atención del paciente.

3. Interrelaciones fundamentales para planificar, ejecutar y evaluar estas acciones, trabajando conjuntamente con los otros servicios del hospital y con la comunidad.

C. Cuáles son las dificultades que están limitando la ejecución de actividades de alimentación y nutrición en el hospital?

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ANALISIS

Los participantes del Taller, se subdividieron en cuatro grupos de trabajo, constituidos por representantes de los diferentes países, para analizar las actividades de alimentación y nutrición hospitalarias, teniendo en cuenta la Guía. Las conclusiones y recomendaciones de cada uno de los grupos, se discutieron en sesión plenaria y por consenso se llegó a las siguientes conclusiones y recomendaciones:

Conclusiones

A. El nivel central, a través de las divisiones hospitalarias y de nutrición, no está trabajando en forma efectiva para lograr los objetivos que debe tener el hospital en alimentación y nutrición.

B. No hay criterio uniforme, en el equipo de salud, con relación a la conceptualización y enfoque de las actividades de alimentación y nutrición.

C. Actualmente, la mayoría de los hospitales no está integrada con la comunidad a través de las otras unidades operativas (centros, policlínicas y puestos de salud), limitándose al aspecto clínico. Este hecho se refleja también en las actividades de alimentación y nutrición.

D. Además, como consecuencia de lo anterior, el servicio de alimentación se ha constituido en el único componente de dichas actividades y se ha convertido en un fin en sí mismo y no en un medio para mejorar el estado de salud.

E. Tampoco hay definición clara de objetivos, en las instituciones hospitalarias, de las actividades de alimentación y nutrición, exceptuando en algunas de ellas, los específicos del componente de servicios de alimentación.

F. Esto ocasiona que no haya identificación de las actividades prioritarias de alimentación y nutrición, necesarias para lograr el cumplimiento de los objetivos que debe tener el hospital en lo relacionado con dichas actividades.

G. Tampoco hay una definición de las responsabilidades que cada miembro del equipo de salud debe desarrollar en las actividades de alimentación y nutrición.

H. En la mayoría de las veces la formación del equipo de salud como la capacitación en servicio, no es coherente con la problemática, prioridades, necesidades y recursos disponibles de la comunidad en alimentación y nutrición.

I. Aunque existen indicadores para evaluar el impacto de las acciones en salud, no se toman en cuenta en qué medida las intervenciones prioritarias de alimentación y nutrición, inciden en la modificación de los mismos.

Como resultado de lo anterior, se evidencia:

1. Que las acciones de alimentación y nutrición, tal como se realizan actualmente, no contribuyen realmente a mejorar el estado de salud del paciente hospitalizado.

2. En la mayoría de las patologías donde el componente de alimentación y nutrición es importante, el hospital no está abordando el problema en forma integral, lo que trae como consecuencia aumento en el periodo de recuperación y recurrencia de los pacientes y, en consecuencia,

un aumento del costo de atención.

Recomendaciones

A. Conformar, en el nivel central del sistema de salud, un equipo multidisciplinario -constituido por representantes de materno-infantil, recursos humanos, educación en salud, nutrición, hospitales y otros que tengan relación con los programas básicos de salud- que formule y divulgue los objetivos de las actividades de alimentación y nutrición, con base en las intervenciones nutricionales prioritarias identificadas para el área hospitalaria. Todo esto con proyección a la comunidad, a través de la red de servicios.

B. Capacitar al equipo de salud con el propósito de que integre las acciones de alimentación y nutrición a sus actividades.

C. Promover y aplicar la evaluación del impacto de estas actividades, utilizando los indicadores existentes en el sistema de salud.

ANEXO No. 6

**PROPUESTAS PARA EL FORTALECIMIENTO Y/O REESTRUCTURACION DE
LAS ACTIVIDADES DE ALIMENTACION Y NUTRICION EN LOS HOSPITALES**

- * COSTA RICA**
- * EL SALVADOR**
- * GUATEMALA**
- * HONDURAS**
- * NICARAGUA**
- * PANAMA**
- * REPUBLICA DOMINICANA**

GUIA DE DISCUSION No. 2

GRUPO DE TRABAJO

I. OBJETIVO

Elaborar la propuesta de fortalecimiento o reestructuración de las actividades de alimentación y nutrición en la atención hospitalaria, para presentársela a los Ministros de Salud de cada país

II. GUIA DE DISCUSION

A De acuerdo con las conclusiones y recomendaciones formuladas en el análisis de la guía de discusión No. 1, formulen y diseñen una propuesta de fortalecimiento o reestructuración de las actividades de alimentación y nutrición en la atención hospitalaria de su país, de acuerdo con

1. Las características del sistema de salud
- 2 Los recursos disponibles, enfatizando especialmente las capacidades operativas en cada nivel
3. Fijándose metas de acuerdo con el período de planeación existente

La propuesta debe tener en cuenta la triple racionalidad. política, técnica y administrativa, para que sea realizable.

Tener presente que no se trata de crear nuevas estructuras, sino de fortalecer y reorientar las acciones que se están realizando actualmente, para lograr el impacto que deben tener dichas actividades. En resumen, se trata de mejorar, aumentar la eficiencia y la eficacia de lo existente

**PROPUESTA DE FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE ALIMENTACION Y NUTRICION
EN LA ATENCION HOSPITALARIA**

(RESUMEN)

COSTA RICA

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	META	RECURSOS
1 Integración de una comisión multidisciplinaria e interinstitucional	- Caja Costarricense de Seguro Social Enfermería, Nutrición, Trabajo Social, Gerencia Médica	- Integración de la comisión multidisciplinaria e interinstitucional para I Semestre de 1988	- Profesionales responsables de las disciplinas a nivel central.
2. Dicha comisión debe conceptualizar las actividades de alimentación y nutrición para su integración en los diferentes servicios hospitalarios y niveles de atención	- Ministerio de Salud Materno infantil Educación para la salud Nutrición	- Realización del documento, tomando en cuenta la conceptualización, los objetivos y los lineamientos de las actividades de alimentación y nutrición para el II Semestre de 1988	- Personal capacitado en Taller de Integración de Actividades de Alimentación y Nutrición dentro de la Atención Hospitalaria
3. Establecer los objetivos de las actividades de alimentación y nutrición y su relación con los diferentes niveles de atención.			
4. Con base en los objetivos debe establecer los lineamientos de las acciones que deben llevarse a cabo.			
5. Presentación del documento a las instancias superiores para su aprobación y a la SEPAN (Secretaría Ejecutiva de la Política de Alimentación y Nutrición)			
6 Capacitar al nivel operativo con el propósito de integrar las acciones de alimentación y nutrición a las actividades propias del hospital con proyección a la comunidad.	- Comisión interinstitucional y multidisciplinaria. - Personal asistente al Taller de Integración de Actividades de Alimentación y Nutrición a nivel hospitalario	- Capacitar en el I Semestre de 1989, al personal involucrado para que elabore el plan de trabajo de integración de actividades de alimentación y nutrición dentro de la atención hospitalaria y su proyección a la comunidad	- <u>Financieros</u> Solicitud de fondos a) Por medio del Proyecto Subregional de Formación y Capacitación de Recursos Humanos en Alimentación y Nutrición b) CENDEISS - Caja Costarricense de Seguro Social Ministerio de Salud

(RESULTS)

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	META	RECURSOS
7. Desarrollar el plan de trabajo resultante de la capacitación de integración de actividades de alimentación y nutrición dentro de la atención hospitalaria con proyecciones a la comunidad.	- Personal del equipo de salud	- Ejecutar a partir del II Semestre de 1989, las actividades de alimentación y nutrición en forma integrada.	
8. Promoción y sistematización de evaluaciones para determinar el impacto y el proceso de las actividades de alimentación y nutrición dentro de la atención hospitalaria.	- Responsables de los programas en los diferentes niveles	- Para el II Semestre de 1989 iniciar el proceso de control y evaluación, no sólo del impacto sino también del proceso que se llevo a cabo.	

**PROPUESTA DE FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE ALIMENTACION Y NUTRICION
EN LA ATENCION HOSPITALARIA**

(RESUMEN)

EL SALVADOR

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	META	RECURSOS
1. Formar una comisión para presentar la propuesta a nivel decisorio.	1. Comisión interdisciplinaria Ministerio de Salud.	1 Integración de la comisión y presentación de la propuesta a nivel decisorio	- Para desarrollar las siete actividades enunciadas, además de los recursos humanos, físicos y financieros del país, se solicitará apoyo técnico y financiero a OPS e INCAP
2 Actualizar la información sobre los componentes de alimentación y nutrición en el área hospitalaria, a fin de identificar problemas prioritarios.	Personal de atención médica y nutrición. Nivel central y regional. Equipo de salud de atención médica y nutrición.	2 Realizar un diagnóstico sobre los componentes alimentario y nutricional, incluyendo conocimientos, actitudes y práctica del personal que trabaja en el hospital. Presentar los resultados a nivel decisorio.	
3 Proponer un plan de acción de acuerdo a los problemas prioritarios y acorde a la realidad existente en los centros de salud y hospitales.		3 Diseñar el plan de atención alimentaria-nutricional y presentarlo a los niveles decisorios para su discusión y aprobación	
4 Estructurar y desarrollar un plan de atención alimentaria-nutricional integrado a los otros programas hospitalarios		4 Presentar y analizar el plan a nivel regional y ejecutarlo en un hospital con proyección a la comunidad a través de un centro de salud	
5. Elevar el nivel de conocimientos en materia de alimentación y nutrición del equipo de salud que trabaja en el hospital	Area de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, nivel central, regional y local	5. De acuerdo a las responsabilidades del equipo de salud, capacitar al personal en servicio de 12 centros de salud y 3 hospitales, sobre las prioridades de alimentación y nutrición	
6. Realizar dos estudios sobre cómo establecer y desarrollar educación alimentaria-nutricional del paciente hospitalizado, de acuerdo con las diferentes patologías y sobre el manejo nutricional del niño desnutrido hospitalizado	Personal de atención médica y nutrición Nivel regional y local	6 Desarrollar al menos dos investigaciones en el término de un año	
7 Diseñar el sistema de evaluación	Personal de atención médica y nutrición. Nivel central, regional y local	7. Probar el sistema y aplicarlo	

**PROPUESTA DE FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE ALIMENTACION Y NUTRICION
EN LA ATENCION HOSPITALARIA**

(RESUMEN)

GUATEMALA

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	META	RECURSOS
1. Conformación de un equipo interdisciplinario, con representantes de Materno Infantil, Recursos Humanos, Educación en Salud, Nutrición, Hospitalarios y otros, que tengan relación con los programas básicos de salud	1. Directivos de atención médica, hospitales y nutrición de nivel central y regional.	- Conceptualización de las actividades de alimentación y nutrición hospitalaria. - Definición del rol que cada miembro del equipo de salud debe tener en relación con los mismos - Elaboración e inclusión de objetivos del hospital en lo referente al componente de alimentación y nutrición.	- Recurso Nacional. - Solicitar apoyo técnico a la OPS e INCAP
2. Crear, con el apoyo del nivel central, el equipo interdisciplinario (Medicina, Enfermería, Nutrición) en el Hospital General San Juan de Dios y Amatitlán.	2. Directores y equipo de salud que trabaja en los dos hospitales.	- Que el equipo de salud tenga como prioridad la integración y articulación del componente de alimentación y nutrición en los servicios o áreas del hospital	- Recurso Nacional
3. Implementar, en el Hospital General San Juan de Dios y Amatitlán, las actividades prioritarias de alimentación y nutrición así: - Lactancia Materna	3. Director y equipo de salud que trabaja en las áreas de Pediatría y Maternidad, en cada uno de los hospitales seleccionados.	- Que el 100% de los niños menores de un año, en el hospital, durante su estancia, reciban como único alimento, leche materna - Elevar un 50% la existencia de leche materna, en el banco de leche.	- Recurso Nacional - Recurso Nacional.
* Investigar a las madres que demandan el servicio obstétrico sobre los conocimientos, actitudes y prácticas, que tienen acerca de la lactancia y la prevención y tratamiento del niño con diarrea	4. Equipo de salud que trabaja en el servicio obstétrico	- Análisis, interpretación, conclusiones y recomendaciones de los dos estudios	- Recurso Nacional
* A través de EAN (Educación Alimentaria Nutricional) capacitar a las madres en el tratamiento y prevención de la diarrea.		- Fomentar las prácticas adecuadas de las madres, en el tratamiento y prevención de la diarrea	- Recurso Nacional

[illegible]

**PROPUESTA DE FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA**

(RESUMEN)

INDICADORES

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	META	RECURSOS
1. Reunión con las autoridades del nivel central		1. Formular los objetivos de las actividades de alimentación y nutrición, a nivel hospitalario, y divulgación a las diferentes autoridades nacionales del sistema de salud	- Se solicitará el apoyo y asesoría OPS e INCAP, para la elaboración del plan I Semestre de 1988.
- Elaboración de un plan de acción para la formulación y divulgación de las actividades de alimentación y nutrición a nivel hospitalario.	- Equipo interdisciplinario de atención médica y nutrición de nivel central y regional.		
- Taller sobre Integración de actividades de alimentación y nutrición a nivel hospitalario	- Directores de hospitales y responsables de alimentación y nutrición, nivel regional.		- Recursos Nacionales.
2. Reunión con las autoridades responsables de los hospitales nacional y regional seleccionados	- Personal de atención médica y nutrición a nivel central, regional y el equipo de salud de los dos hospitales	2. Integrar las actividades de alimentación en un hospital nacional y uno regional. II Semestre de 1988	- Recursos Nacionales.
- Realización de seminarios-taller sobre la integración de las actividades de alimentación y nutrición con el grupo interdisciplinario involucrado en los servicios hospitalarios.			- Recursos Nacionales.
- Elaboración de un plan de acción para la integración de las actividades			
- Ejecución y evaluación del plan de acción formulado y aprobado		I Semestre de 1989	
- Reuniones de la comisión interdisciplinaria con el equipo de salud de los hospitales seleccionados, para ofrecer orientación y apoyo	- Comisión interdisciplinaria, Ministerio de Salud, Nivel central.	Según solicitud y necesidades, durante el período de ejecución del plan	- Recursos Nacionales
- Evaluación del impacto de las actividades de alimentación y nutrición utilizando los indicadores existentes en el sector salud	- Equipo de salud, de los hospitales seleccionados.		- Recursos Nacionales.

(RESUMEN)

[illegible]

PROPUESTA DE FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE ALIMENTACION Y NUTRICION
EN LA ATENCION HOSPITALARIA

(RESUMEN)

NICARAGUA

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	META	RECURSOS
1. Formar una comisión regional en Managua que revise y reoriente los objetivos de alimentación y nutrición ya definidos y en ejecución, para la atención primaria, de tal forma que se integren y articulen con el hospital.	1. Dirección de atención médica y responsables de. - Nutrición - Maternoinfantil - Hospitales - Educación en salud	1. Definir los objetivos de las actividades de alimentación y nutrición que se deben desarrollar a nivel hospitalario, incluyendo la articulación con atención primaria y su proyección a la comunidad I Trimestre de 1988	- La región Managua, por su desarrollo ha servido en casos anteriores como área demostrativa para definir e impulsar nuevos programas o innovación de los existentes
2. Sensibilizar al equipo de salud, sobre la necesidad del componente de nutrición en la atención integral del paciente - Brindar educación continua a través de charlas, talleres, etc., sobre el componente alimentario nutricional a todo el personal de salud - Definir las responsabilidades de cada uno de los integrantes del equipo y designarle actividades específicas - Dar seguimiento y apoyo a las actividades realizadas - Integrar a los estudiantes y profesionales de la medicina y la nutrición a través de las investigaciones operativas dentro del componente de alimentación y nutrición	2. Directores de hospitales. - Nutricionistas de la región. - Subdirección de atención médica y docente de la Región de Salud III - Subdirección docente de los hospitales - Universidades	2. Integrar el equipo de salud a la atención nutricional del paciente hospitalizado y ambulatorio II Trimestre de 1988	- Participación de los estudiantes de nutrición y técnicos en alimentación institucional, en los servicios de salud - Captación en 1988 de los egresados de la carrera de Nutrición. - Integración de más técnicos en alimentación institucional en los hospitales de la región
3. Introducir a los programas de educación en servicio los temas prioritarios de alimentación y nutrición.	3. Subdirector regional, coordinador de la Comisión de Educación Alimentaria Nutricional (CEAN)	3. Integrar y desarrollar hospitales de la Región III, las actividades de la Comisión de Educación de Alimentación y	- Apoyo técnico de la OPS e INCAP, en el desarrollo de las actividades

**PROPUESTA DE FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE ALIMENTACION Y NUTRICION
EN LA ATENCION HOSPITALARIA**

(RESUMEN)

NICARAGUA

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	META	RECURSOS
		Nutrición (CEAN) que existe en el país	
		II Trimestre de 1988	
- Que el personal de salud participe activamente en la educación a los pacientes y familiares del mismo			
4 Que se revisen los planes de las carreras de Medicina, Nutrición y Enfermería, con el fin de introducir los contenidos de nutrición orientados hacia el cumplimiento de los nuevos objetivos.	4 Dirección de docencia regional, nacional y Consejo de Educación Superior	4 Que el componente nutricional sea parte del contenido educativo en la educación formal del profesional de la salud I y II Semestre de 1989	

PROPUESTA DE FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE ALIMENTACION Y NUTRICION
EN LA ATENCION HOSPITALARIA

(RESUMEN)

~~PAGINA~~

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	META	RECURSOS
1. Reunión de trabajo con los jefes de los departamentos del Ministerio de Salud y de la Caja del Seguro Social, que están involucrados en la atención hospitalaria, para presentarles la propuesta y definir las responsabilidades en la ejecución de la misma.	- Equipo de salud directivo, de atención médica y Caja del Seguro Social Nivel nacional y regional	- Lograr que al finalizar el segundo semestre de 1988, se reformulen las acciones de alimentación y nutrición en cada uno de los componentes del programa de atención a los servicios dietéticos institucionales	- Recurso Nacional. - Solicitud de apoyo técnico a OPS e INCAP.
2. Reuniones para la revisión del programa de atención a los Servicios Dietéticos Institucionales con el equipo multidisciplinario del nivel central.			
3 Realizar un seminario taller en las nueve regiones de salud del país, para presentar y discutir con el equipo de salud, dicho programa			
4 Seleccionar los hospitales conjuntamente con el equipo interdisciplinario del nivel central	- Personal de atención hospitalaria y nutrición de nivel central y regional	- Lograr que en las salas de medicina interna en tres hospitales del país, se integren al componente de alimentación y nutrición en la atención del paciente hospitalizado y ambulatorio	- Recursos nacionales - Solicitud de apoyo técnico a OPS e INCAP
5. Reuniones de presentación y discusión, con los directivos y equipo interdisciplinario	- Directores y equipo de salud de los hospitales seleccionados y personal del rea de nutrición y atención médica de nivel central y regional		
6 Investigación operativa de la situación de educación alimentaria y nutricional, para determinar prioridades			

(RESUMEN)

[illegible]

**PROPUESTA DE FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE ALIMENTACION Y NUTRICION
EN LA ATENCION HOSPITALARIA**

(RESUMEN)

REPÚBLICA DOMINICANA

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	META	RECURSOS
1. Obtener aprobación, en niveles decisorios, de la propuesta.	- Directivos de hospitales, nutrición, materno infantil, recursos humanos y educación para la salud, a nivel central, regional y del hospital seleccionado como área demostrativa	- Promoción de la lactancia materna - Prevención y tratamiento de desnutrición y deficiencias nutricionales	- Recursos nacionales - Se solicita apoyo técnico de OPS e INCAP
2. Realizar un taller para integrar el equipo interdisciplinario a nivel central, conformado por los departamentos de nutrición, hospitales, materno infantil, recursos humanos y educación para la salud, y apoyen la realización de las metas propuestas.		- Atención nutricional del niño con diarrea y otras enfermedades infecciosas - Vigilancia del crecimiento y nutrición del niño	
3. Realizar un taller para integrar a los directivos regionales, directores de área y el equipo de salud que trabaja en los cuatro servicios básicos de atención (medicina, pediatría, gineco-obstetricia y cirugía).		- Atención nutricional de la madre embarazada y lactante - Atención nutricional del adulto con patologías relacionadas con nutrición	
4. Definir la política de capacitación de los recursos humanos en nutrición para el sector salud		- Estas seis prioridades, planearlas, integrarlas y desarrollarlas en un hospital de Santo Domingo - Adiestrar recursos humanos en nutrición a corto plazo, de acuerdo a las prioridades	
5. Revisar los objetivos y funciones de los departamentos de nutrición y alimentación de hospitales. Formulación de nuevo organigrama		- Integrar equipos de salud a nivel central y hospitalaria para la aplicación de las intervenciones prioritarias de nutrición y alimentación	
6. De acuerdo a lo anterior, elaborar un manual de organización y funcionamiento			
7. Seleccionar un hospital como área demostrativa y desarrollar el plan de acción			

**PROPUESTA DE FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE ALIMENTACION Y NUTRICION
EN LA ATENCION HOSPITALARIA**

(RESUMEN)

REPUBLICA CENTINCARA

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	META	RECURSOS
8. Evaluación del plan.			- Se solicita apoyo técnico de OPS e INCAP
9 Aplicación del plan piloto revisado a nivel nacional.			

ANEXO No. 7

LISTA DE PARTICIPANTES

Dr. Carlos Hernán Daza
Coordinador
Programa Regional de Alimentación y Nutrición (HPN)
OPS

Dr. Luis Octavio Angel
Director
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, INCAP

Dr. Arnulfo Noguera Zelaya
Coordinador de Cooperación Técnica
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, INCAP

Dr. Miguel Gueri
Asesor Regional de Nutrición (HPN)
OPS

Licda. Myriam Ruiz Maldonado, Nutricionista M.P.H.
Consultor OPS

Licda. Blanca Dolly Tejada, Nutricionista, M.Sc.
Consultor OPS

Licda. Carmen Dárdano-Newman, Nutricionista, M.Sc.
INCAP

Licda. Alexandra Praun, Nutricionista, M.Sc.
INCAP

Licda. Julia María de Husa, Nutricionista
INCAP

COSTA RICA

Licda. Norma Cecilia Meza Rojas
Jefe Area Alimentación Complementaria
Ministerio de Salud

Licda. Jeannette Zúñiga Quesada
Nutricionista, Jefe del Servicio de Nutrición
Hospital Doctor Calderón Guardia

Dr. Javier Bejarano Orozco
Sub-Director del Departamento de Nutrición, Ministerio de Salud
Apdo. Postal 10123-1000 San José

Licda. Luisa Fernanda Del Río Olivera
 Jefe del Servicio de Nutrición, Hospital Mexico
 Caja Costarricense del Seguro Social

EL SALVADOR

Licda. Angélica Margarita Berríos Siguenza
 Dietista-Nutricionista Supervisora, Hospital San Juan de Dios de San Miguel
 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Licda. Maribel Fabián de Tobar
 Jefe del Departamento de Nutrición
 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
 Calle Arce No. 827, San Salvador

GUATEMALA

Srita. Emma Nohemy Quezada Morán
 Técnico en Nutrición y Dietética
 Hospital Nacional de Amatitlán
 7a. Calle y 10a. Avenida esquina, Amatitlán

Dr. Carlos Roberto Aldana Velásquez
 Director General
 Hospital Nacional de Amatitlán
 7a. Calle y 10a. Avenida esquina, Amatitlán

Licda. Clara Luz Godínez de Pereda
 Jefe del Departamento de Nutrición y Dietética
 Hospital General San Juan de Dios, Guatemala

Licda. Ligia Celeste Arévalo de Guerra
 Nutricionista encargada de Educación Alimentaria y Nutricional
 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
 9a. Avenida 14-65, Zona 1, Guatemala

Licda. Olga Fernández de Mazariegos
 Supervisora Asesora de Hospitales a nivel nacional
 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
 9a. Avenida 14-65, Zona 1, Guatemala

HONDURAS

Dr. Luis Humberto Paz Zepeda
 Jefe de Sala de Recuperación Nutricional
 Hospital San Felipe
 Tegucigalpa

Licda. Edna Judith Tronconi C.
 Nutricionista Dietista
 Responsable Programa Alimentación Institucional
 Ministerio de Salud Pública
 Tegucigalpa

NICARAGUA

Licda. Jeanette Indiana González Moys
Responsable de Nutrición
Regional III
Ministerio de Salud
Managua

Lic. Iván Kauffmann Morales
Director Económico
Regional III
Ministerio de Salud
Managua

PANAMA

Licda. Mayra Morcillo de Caballero
Sub-Jefe del Departamento de Nutrición y Dietética
Caja de Seguro Social
Apdo Postal 1301, Panamá

Licda. Mabel Bernal de Mas
Nutricionista Jefe Programa Servicios Dietéticos Institucionales
Ministerio de Salud
Panamá

REPUBLICA DOMINICANA

Dr. Nelson Didiez Nadal
Director General de Nutrición
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo

Dr. Magin Antonio Domingo Puello
Asistente Médico
Director General de Hospitales
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo