

Modelo de atención a la malnutrición crónica infantil en la región de Upper River, Gambia, según el marco Innovative Care for Chronic Conditions*

Attention Model to chronic child malnutrition in the region of Upper River, Gambia, according to the Innovative framework Care for Chronic Conditions

Modelo de atenção à malnutrição crônica infantil na região de Upper River, Gâmbia, segundo o quadro Innovative Care for Chronic Conditions

Fecha de recepción: 02-03-12 Fecha de aceptación: 22-02-13
SICI: 1657-7027(201301)12:24<130:MAMCIN>2.0.TX;2-4

Guillermo Martínez-Pérez**

* Informe de investigación, artículo de reflexión, derivado del proyecto de investigación 'Efecto de las TIC en la salud de las mujeres en países en vías de desarrollo', Departamento Fisiatría y Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, España. Fecha de realización de la investigación: 01-10-10 a 30-01-12. El autor agradece a los trabajadores de la ONG Nutrición Sin Fronteras, National Nutrition Agency y Regional Health Team Upper River Region por su inestimable ayuda al facilitarle la información indispensable para la redacción de este trabajo de investigación.

** Máster en Telemedicina, licenciado en Historia, diplomado en Enfermería y en Podología. Investigador colaborador del Departamento de Fisiatría y Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, España. La correspondencia se debe dirigir al correo electrónico: gmartinezgabas@gmail.com



Resumen

La malnutrición es uno de los principales problemas de salud pública en la República de Gambia, con un 18% de la población menor de cinco años afectada. El objetivo de este trabajo es ofrecer una descripción y un análisis del conjunto de actores e instituciones y de sus políticas e intervenciones involucradas en el abordaje de la malnutrición crónica infantil en la región de Upper River, Gambia. El mapa de atención a la malnutrición infantil se ha realizado a partir de una evaluación del modelo de atención vigente, siguiendo la herramienta Innovative Care for Chronic Conditions Framework Situation Assessment de la Organización Mundial de la Salud, guiando el análisis por la experiencia profesional en este contexto del autor, y con el apoyo de la bibliografía consultada. Basado en los resultados, a modo de discusión se ofrece una serie de intervenciones y estrategias de mejora del modelo en sus tres niveles de atención a la malnutrición infantil.

Palabras clave: desnutrición proteico-calórica, programas y políticas de nutrición y alimentación, política nutricional, enfermedad crónica, Gambia

Palabras clave descriptor: marasmo, desnutrición infantil, aspectos sociales, programas de nutrición, política nutricional, nutrición infantil, salud pública, Gambia

Abstract

Malnutrition is a major public health problem in the Republic of Gambia, with 18% of the population under five affected. The purpose of this paper is to provide a description and analysis of the set of actors and institutions, their policies and interventions involved in tackling child chronic malnutrition in the region of Upper River, Gambia. The map of attention to child malnutrition has been made from an assessment of the current care model, following the tool Innovative Care for Chronic Conditions Framework Situation Assessment of the World Health Organization, guiding the analysis by professional experience in this context of the author, and with the support of the consulted bibliography. Based on the results, a series of interventions and strategies for improvement of the model in its three levels of care to child malnutrition is discussed.

Keywords: protein-calorie malnutrition, programs and policies of nutrition and feeding, nutrition policy, chronic disease, Gambia

Keywords plus: marasmus, malnutrition in children, social aspects, nutrition programs, nutrition policy, children nutrition, public health, Gambia

Resumo

A malnutrição é um dos principais problemas de saúde pública na República de Gâmbia, com um 18% da população menor de cinco anos afetada. O objetivo deste trabalho é oferecer descrição e análise do conjunto de atores e instituições e das suas políticas e intervenções envolvidas na abordagem da malnutrição crônica infantil na região de Upper River, Gâmbia. O mapa de atenção à malnutrição infantil realizou-se a partir de uma avaliação do modelo de atenção vigente, seguindo a ferramenta Innovative Care for Chronic Conditions Framework Situation Assessment da Organização Mundial da Saúde, guiando a análise pela experiência profissional neste contexto do autor, e com apoio da bibliografia consultada. Baseado nos resultados, a modo de discussão oferece-se uma série de intervenções e estratégias de melhoramento do modelo em seus três níveis de atenção à malnutrição infantil.

Palavras chave: desnutrição proteico-calórica, programas e políticas de nutrição e alimentação, política nutricional, doença crônica, Gâmbia

Palavras chave descritores: marasmo, desnutrição infantil, social, programas de nutrição, política de nutrição, nutrição infantil, saúde pública, Gâmbia

Introducción

La República de Gambia es el país más pequeño de la costa oeste africana, con una extensión de solo 11 295 km². Recorriendo las dos orillas del río Gambia desde el océano Atlántico hasta 400 km en dirección este, Gambia comparte frontera al norte y al sur con Senegal. Su población total es de 1,3 millones según el último censo realizado en 2003 (1). Según las estimaciones actuales, en 2012 contaría con 1 840 000 habitantes (2). Administrativamente, Gambia se divide en cinco regiones. Upper River Region (URR), la región más oriental y objeto de estudio de este artículo, contaba con 182 568 habitantes en 2003 (1).

Gambia es uno de los países más pobres del mundo. Ocupa el puesto 168 de 189 en el Índice de Desarrollo Humano de United Nations Development Program (UNDP) (3). Ofrece además algunos de los peores indicadores de salud del planeta. Según el UNDP (3), la esperanza de vida en Gambia es de 58,5 años, la mortalidad de niños menores de cinco años de 103 por cada 1000 nacidos vivos, y la tasa de mortalidad maternal de 400 por cada 100 000 nacidos vivos. El porcentaje de niños con malnutrición, según United Nations Children's Fund (Unicef), es de un 18% (2006-2010) (4).

La malnutrición se puede definir como una enfermedad crónica provocada por una disminución prolongada en el tiempo en la ingesta de nutrientes esenciales. Las causas de la malnutrición son multifactoriales. Pobreza, desempleo, tabúes y creencias culturales, falta de estructuras sanitarias, y catástrofes naturales son solo algunos de los muchos factores que pueden conducir a la elevada prevalencia de malnutrición infantil en una región. Puesto que la naturaleza de la malnutrición es variada, su abordaje debe ser, asimismo, interorganizacional, multidisciplinar, holístico y fundamentado

en la evidencia científica.

El objetivo de este artículo fue el de describir, analizar y discutir el abordaje de la malnutrición infantil vigente en URR, teniendo como marco conceptual el modelo Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (5-8), para sobre esta base proponer un modelo tendiente a superar los problemas identificados. Como se señala más adelante, el modelo fue validado a fin de analizar su viabilidad.

El ICCC fue desarrollado por la OMS a partir del Chronic Care Model, propuesta de modelo de atención a pacientes crónicos del Group Health Cooperative de Ed Wagner del McColl Institute de Seattle (9-11). El ICCC es un marco conceptual que permite describir, estructurar y hacer propuestas de desarrollo de los modelos de abordaje de las patologías crónicas en los tres niveles de atención: micro, meso y macro. En un nivel micro el ICCC sitúa al enfermo, sus familiares y cuidadores sociosanitarios, que deben estar motivados, informados, tener acceso a los recursos necesarios y ser responsables de autogestionar sus propios procesos de enfermedades crónicas. En un nivel meso hallamos la organización sociosanitaria y la comunidad más cercana al paciente, que debe ofrecer estructuras, recursos, actores e intervenciones de apoyo y soporte a los actores del nivel micro. En un nivel macro se sitúa el contexto político de la región o país, que debe ejercer una influencia a través de sus políticas sobre las organizaciones de salud para favorecer el manejo a un nivel micro de los procesos crónicos (7, 8). La OMS aboga a través del ICCC por un fortalecimiento de las habilidades, competencias, motivaciones y recursos de los actores del nivel micro de atención de las patologías crónicas.

Con el estudio se validó el ICCC como



modelo conceptual y marco teórico que deviene en una herramienta de trabajo útil para poder presentar, de forma organizada, el tema que en este artículo nos ocupa: el abordaje de la malnutrición infantil en URR, Gambia, según se desprende del análisis de los tres niveles de actuación del ICCC. Del mismo modo, el análisis nos permitió indicar qué debería cambiar en el modelo vigente para que se ajuste al paradigma del modelo ICCC, especialmente en cuanto a impulsar el empoderamiento del paciente y otros actores del nivel micro, con el fin último de mejorar la atención a la población infantil que sufre malnutrición crónica en URR, Gambia (12,13).

Métodos

Para la redacción de este artículo de reflexión se han empleado dos herramientas de investigación. Por un lado, una revisión bibliográfica del estado de la cuestión en el contexto específico de estudio. Tras una búsqueda de fuentes realizada en PubMed, Cochrane y African Index Medicus, y luego de comprobar que no hay análisis previos del modelo de abordaje de la malnutrición en URR, Gambia según el modelo ICCC, el énfasis de la revisión se ha centrado en las organizaciones que prestan su labor en esta área y en las intervenciones que implementan; en concreto, la Gambia National Policy 2010-2020 como guía esencial para comprender las políticas, estrategias, intervenciones y objetivos en nutrición del Gobierno de Gambia (14).

Por otro lado, para la realización del análisis se ha empleado la técnica etnográfica de observación participante, fruto de los diecisiete meses de experiencia profesional del autor como director de un centro de rehabilitación nutricional en Basse, Upper River Region. La observación participante, a diferencia de la observación convencional, es

un acercamiento a un contexto sociocultural distinto del investigador, por el cual este se gana el acceso físico y social a la información gracias a un proceso dinámico de interacción e interrelación constante con los actores e instituciones de estudio (15).

La información obtenida a través de ambas herramientas de trabajo, pero especialmente de la observación participante, se ha procesado siguiendo los componentes del modelo ICCC de la OMS descrito previamente.

El presente artículo se estructura en tres partes. En una primera, como resultados propios de la investigación, se describen los agentes del modelo de abordaje de la malnutrición infantil en URR en los niveles macro, meso y micro descritos por el ICCC. En una segunda parte, de resultados, se analiza cómo los agentes descritos afrontan la malnutrición atendiendo a seis criterios que según el ICCC se deberían perseguir y lograr en todos los niveles. En una última y tercera parte, se discuten las barreras y fortalezas encontradas y se realizan propuestas de mejora del modelo vigente en URR en los tres niveles de actuación.

Resultados

Actores en los tres niveles del modelo de abordaje de la malnutrición infantil en URR

La malnutrición infantil se afronta desde distintos niveles de atención, con la participación de los actores e instituciones en Gambia que son representados en el diagrama de la figura 1.

Nivel macro. Las políticas de salud emanan del Ministry of Health and Social Welfare (MoHWS). La organización de los sistemas sanitarios públicos y el currículo académico de los profesionales de salud dependen del

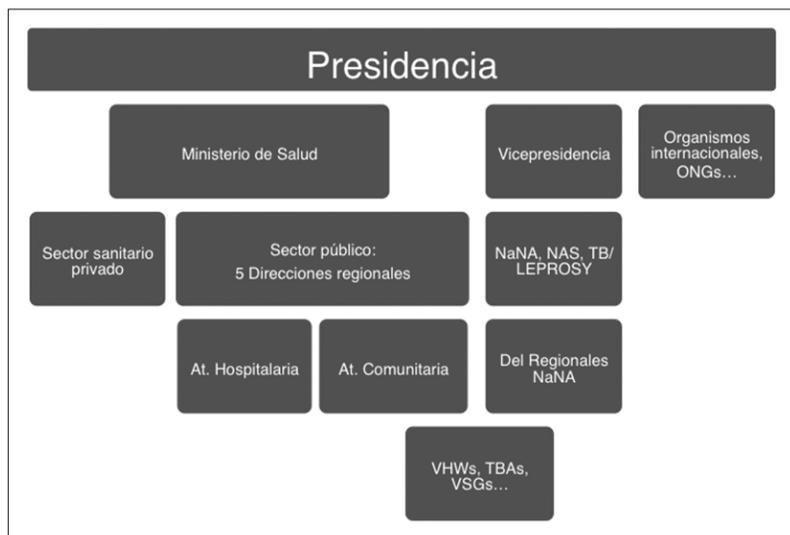


FIGURA 1. ESQUEMA DE AGENTES E INSTITUCIONES DE SALUD QUE TRATAN LA MALNUTRICIÓN EN GAMBIA (NANA (NATIONAL NUTRITION AGENCY), NAS (NATIONAL AIDS SECRETARIAT), TB (TUBERCULOSIS), ONG (ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES), VHW (VILLAGE HEALTH WORKERS), TBA (TRADITIONAL BIRTH ATTENDANTS), VSG (VOLUNTARY SUPPORT GROUPS))

MoHSW y de la University of The Gambia, adscrita a la Western Africa University.

Las agencias de salud que dependen de Vicepresidencia del Gobierno —National Nutrition Agency (NaNA), National AIDS Secretariat, o The TB/Leprosy Secretariat— siguen las políticas del MoHWS, pero adaptadas a sus áreas de trabajo específicas: la nutrición, el VIH/SIDA y la tuberculosis/lepra, respectivamente. La Nutrition Policy 2010-2020 emana de NaNA (14), y está fuertemente determinada por las directrices de organismos internacionales como Unicef, el World Bank o el World Food Program, de los que procede gran parte de la ayuda financiera, técnica y alimenticia que los organismos gubernamentales van a gestionar.

Nivel meso. Se encuentran en este nivel las delegaciones regionales de las agencias gubernamentales y otras instituciones independientes encargadas de implementar las intervenciones ligadas a los programas

y políticas de salud: los Regional Health Team (RHT) del MoHSW, los delegados regionales de NaNA y las organizaciones no gubernamentales (ONG).

En URR, la ONG Nutrición Sin Fronteras (NSF) ha inaugurado en 2010 un centro de rehabilitación y educación nutricional (CREN) en la ciudad de Basse para el tratamiento de la malnutrición severa en niños menores de cinco años. Única institución de este tipo en toda la región, el CREN está adscrito al Basse Major Health Centre (BMHC). Este último es el único hospital regional de URR y está gestionado por el RHT de URR. La organización de investigación Medical Research Council (MRC) también está presente en URR, pero no desarrolla ningún programa de malnutrición, mientras que en Keneba, en Lower River Region, sí gestiona una unidad de tratamiento de la malnutrición (16, 17). WEC Internacional, ONG que gestiona un centro de rehabilitación nutricional en



Chamen, Central River Region, no trabaja en URR.

Nivel micro. En este nivel se encuentran los pacientes en sus comunidades, sus familias y cuidadores informales, los líderes y agentes comunitarios (parteras tradicionales, comunicadoras tradicionales, agentes de salud comunitarios, médicos tradicionales o *marabouts*, líderes de la juventud y grupos de apoyo de las comunidades) y las enfermeras comunitarias del RHT URR y el personal del BMHC y del MRC que se desplaza a los poblados a realizar exámenes rutinarios de salud a la población materno-infantil. Estos exámenes, enmarcados en la intervención denominada Reproductive and Children Health, incluyen actualización del calendario vacunal y cribado nutricional a los menores de cinco años.

No existen médicos en URR que trabajen directamente con niños con malnutrición. Los médicos de la Misión Cubana, principales sostenedores de la atención médica en el país, no atienden a niños menores de cinco años. La atención pediátrica está a cargo de los pediatras del Medical Research Council (MRC). Sus médicos atienden a niños a los cuales los enfermeros del MRC han enrolado en los programas de salud que están implementando en URR (neumonía, meningitis y malaria). Si no hay complicaciones sobreañadidas, los niños con malnutrición son atendidos en la consulta de enfermería del MRC en el BMHC o por la enfermera comunitaria en los poblados. Si son admitidos en el BMHC, las enfermeras del hospital, trabajadores del MoHSW entrenadas por NaNA en el manejo de niños con malnutrición, inician el tratamiento y seguimiento nutricional de estos pacientes bajo la supervisión de los pediatras del MRC.

Análisis del modelo de abordaje de la malnutrición infantil en URR según los

componentes esenciales del Innovative Care for Chronic Conditions

Evidencia científica. La gestión de pacientes con malnutrición se basa en las recomendaciones realizadas por organismos internacionales (Unicef y la OMS), que han publicado guías de práctica clínica (GPC) basadas en la evidencia para el manejo hospitalario de niños con malnutrición (18). Estas guías han sido adaptadas a la realidad del país por NaNA, organismo encargado de formar a los profesionales sanitarios del MoHSW. La adaptación de estas GPC (19), no obstante, adolece de falta de evidencia en cuanto a la efectividad de las intervenciones recomendadas por la OMS en la población infantil local. NaNA ofrece una adaptación de las GPC de la OMS a la realidad institucional y a los recursos de Gambia, teniendo en cuenta los actores involucrados en el proceso de atención (agentes comunitarios de salud, enfermeras comunitarias y enfermeras hospitalarias, principalmente) y los recursos farmacológicos disponibles.

Foco de interés. Por parte del MoHSW, el enfoque es predominantemente individual, orientado al manejo de casos concretos en situación aguda o severa, antes que poblacional. Hay más recursos financieros o humanos para los niños con malnutrición agravada por una neumonía, tuberculosis o SIDA —para estos casos se cuenta con la asistencia del MRC o los recursos financieros del Global Fund— que para los casos moderados o crónicos sin complicaciones añadidas y que se manejan en la comunidad. El National AIDS Secretariat o el TB/Leprosy Secretariat distribuyen alimentos a casos concretos de pacientes malnutridos enrolados en sus propios programas.

Unicef o la ONG Tostan, que realizan campañas en la comunidad promocionando la lactancia materna exclusiva, capacitando a agentes comunitarios de salud en nutrición

infantil, o distribuyendo vitamina A en los poblados, tienen un enfoque más poblacional que individual (20). Lo mismo ocurre con el World Food Program, que intenta paliar la elevada prevalencia de malnutrición en edad escolar mediante la provisión de alimentos para los comedores de las escuelas públicas. La ONG NSF aboga por un enfoque mixto, en el que casos individuales de malnutrición severa son tratados en el CREN, y al mismo tiempo, con la colaboración de las enfermeras comunitarias del MoHSW, se aborda a la población general mediante campañas de sensibilización, cribados de detección precoz de casos de malnutrición, y manejo de la enfermedad en sus propias comunidades.

Énfasis en la prevención. El modelo del MoHSW no pone énfasis en la prevención, pues se centra especialmente en el tratamiento clínico de casos individuales de malnutrición en un entorno hospitalario. Unicef, Tostan, o NSF sí ponen énfasis en la prevención mediante sus programas educativos en las comunidades (20). NaNA, por su parte, ha desarrollado el programa Baby-Friendly Community Initiative, inspirado en el Baby-Friendly Hospital Initiative, en el que promueve hábitos de nutrición infantil saludables y enseña a las comunidades las ventajas de la lactancia materna y cómo preparar alimentos infantiles completos y saludables a partir de recursos alimenticios de acceso local (21). NaNA forma a personal del MoHSW (enfermeras comunitarias y del BMHC), y a marabouts, usuarias de huertos comunitarios, miembros de los grupos de apoyo comunitario, parteras tradicionales y agentes comunitarios de salud, en los fundamentos del Baby-Friendly Community Initiative.

Garantía de calidad. No existen organismos de control o monitorización del proceso de asistencia a la malnutrición en las instituciones del MoHSW. El BMHC, donde existe una unidad hospitalaria de malnutrición de seis

camas, adolece de falta de un plan de monitoreo y evaluación de calidad. Un recurso cuyo consumo se controla es el Ready-To-Use Therapeutic Food (RUTF), adquirido por NaNA a través de Unicef o del World Bank, y repartido a las madres de niños malnutridos en el BMHC o en las comunidades por las enfermeras comunitarias del RHT URR. Plumpy-Nut y BP100 son los RUTF más distribuidos. Los registros de NaNA permiten conocer el número de casos moderados y severos en tratamiento con RUTF y el número de casos que han alcanzado el peso ideal mediante su consumo, pero se desconoce si el proceso de distribución, enseñanza y consumo de RUTF ha seguido estándares de calidad. La ONG NSF ha entrenado a su personal en el CREN, adscrito al BMHC, para basar sus actuaciones en las guías de la OMS, y persigue poner énfasis en la calidad de prestación de los cuidados nutricionales. NSF ha creado un software de historias clínicas electrónicas llamado Aminata (22), para la entrada de las historias de todos los niños atendidos en el CREN. El acceso a esta aplicación online ha sido ofrecido a NaNA para que esta institución pueda realizar un control de la prestación de cuidados nutricionales que se está ofreciendo en este centro a la población infantil en URR.

Relaciones entre los diferentes actores. Debido a que la atención está desagregada entre diferentes organismos e instituciones, y los actores implicados proceden de distintos entornos de formación, la relación entre ellos debería caracterizarse por una coordinación y comunicación fluida. En la práctica no lo es, por distintos motivos. Uno de ellos es la disparidad de rangos entre los profesionales enfermeros —lo que conlleva discrepancias sobre sus competencias entre ellos— y el sistema de per diems establecido como incentivo para aquellos que trabajen con casos de malnutrición o se formen en el manejo de estos casos. El no percibir unos incentivos pecuniarios conlleva que



algunos profesionales opten por no seguir la evolución de determinados grupos de enfermos o no formarse en el manejo clínico de estos, y dirigir su esfuerzo al seguimiento de casos –de neumonía o TB, por ejemplo– para los cuales están recibiendo una compensación económica de agencias externas al MoHSW como el MRC, NaNA o Global Fund.

Flexibilidad y capacidad de adaptación.

La flexibilidad está condicionada por las limitaciones de presupuesto, infraestructuras y formación de los profesionales. No obstante, las instituciones públicas y sus responsables demuestran ser flexibles en cuanto a la incorporación a su modelo de atención a nuevas iniciativas procedentes de ONG como Tostan o NSF. El CREN, los cribados nutricionales implementados en la comunidad por las enfermeras comunitarias y el seguimiento de casos por los agentes comunitarios impulsado por NSF se han integrado, desde el año 2010, dentro del abanico de prestaciones del MoHSW y están siendo realizados por personal sanitario del RHT URR y con apoyo técnico de NaNA.

Discusión

En esta sección se realizará un análisis del modelo en función de las características propias explicadas en la sección de resultados y se propondrá, guiándose por el modelo conceptual ICCC, intervenciones para poder obtener un mejor control de la malnutrición crónica infantil en URR. El análisis y las propuestas de mejora se realizarán siguiendo los tres niveles: macro, meso y micro.

Nivel macro

La situación es compleja en Gambia. Debido a la necesidad de gestionar de forma más eficiente recursos multimillonarios aportados por la comunidad internacional (Naciones

Unidas, Global Fund, UNICEF, etc.), se han creado agencias de gestión independientes del Ministerio de Salud, pero dependientes directamente de Presidencia. Estas agencias están especializadas en el abordaje de patologías concretas: malaria, tuberculosis, VIH/SIDA, malnutrición y otras deficiencias nutricionales. El mapa de organismos e instituciones ha devenido en una complicada red de intereses contrapuestos, donde no hay ni eficientes canales de comunicación ni iniciativas para poner en común criterios, esfuerzos y recursos.

Un cambio de actitud en los responsables de las políticas sociosanitarias debiera ser el primer paso para mejorar el modelo de atención a pacientes con malnutrición crónica en el país. Soluciones como la creación de un consejo interterritorial (parecido al de España, que reúne a los responsables máximos de los sistemas regionales de salud) permitirían mejorar el diálogo entre los líderes y facilitarían la toma de decisiones orientadas a un cambio en el modelo existente.

Gran parte del modelo de atención a la salud actual está avalado por las ingentes cantidades de recursos financieros procedentes de la ayuda exterior enfocadas en la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas. Estas enfermedades se cobran miles de vidas cada año en Gambia, pero también lo hacen otras enfermedades crónicas prevalentes como la anemia de células falciformes y la malnutrición infantil. El modelo epidemiológico en Gambia, al igual que ocurre en muchos otros países en vías de desarrollo, está evolucionando de un modelo en el que impera la mortalidad asociada a las enfermedades infecciosas a un modelo en el que van cobrando más peso las enfermedades crónicas—entre ellas la malnutrición— y los procesos infecciosos que se han cronificado gracias a los avances de las últimas terapias farmacológicas. Caso del VIH/SIDA o la tuberculosis. Con los datos epidemiológicos en la mano, se

debería abogar por que la atención a la salud no fuese parcelada o sectorializada en patologías concretas, promoviendo un modelo de atención integral y holístico que fomente la prevención de las enfermedades infecciosas a la par que las crónicas, la promoción de hábitos saludables y la atención integral ante la enfermedad, independientemente de que los procesos patológicos entren o no entren dentro del abanico de procesos cuya atención está financiada por los organismos internacionales. Otras soluciones que podrían tomarse desde un nivel macro serían:

- Mejorar la legislación sobre la producción, preservación y venta de alimentos. Por ejemplo: legislar para que la única sal que se venda en el país sea sal yodada.
- Incrementar la lucha contra los incendios provocados por el hombre, que están destruyendo hábitats de donde la población obtiene recursos ricos en nutrientes (p. ej., el baobab o los facóceros) y facilitan el avance de la desertización, con el consiguiente efecto devastador sobre los campos de cultivo.
- Unificar la formación académica de los enfermeros. Actualmente existen auxiliares de enfermería, enfermeras comunitarias, enroladas y registradas, y matronas. Cada tipo de enfermera recibe una formación distinta en un periodo de tiempo distinto, y además obtiene distintas retribuciones. Esto complica la atención a los pacientes crónicos, así como la comunicación y la colaboración interprofesional.
- En un país donde no se dispone de recursos financieros para crear grandes hospitales, las políticas sanitarias deberían estar encaminadas al reforzamiento de la atención primaria, apostando por la prevención y promoción de la salud, a un sistema de atención a la salud cen-

trado en la comunidad, y a la creación y contratación de más figuras profesionales destinadas a la detección, manejo y control de casos en la comunidad.

Nivel meso

Las delegaciones regionales del MoHSW y NaNA deben favorecer un marco de trabajo en el que la formación y las relaciones entre los actores del nivel micro se potencien. Desde estas instituciones se debería garantizar la accesibilidad a los recursos comunitarios por parte de la población afectada. La falta de recursos humanos y materiales dificulta estas labores de integración. Pero en URR existe un impedimento mayor: la centralización de estas funciones a nivel ministerial. Funciones de monitorización de la calidad de la asistencia prestada por los profesionales del nivel micro, reubicación de los profesionales según sus capacidades, empleo de más recursos humanos, por ejemplo, no dependen de las delegaciones regionales. La falta de competencias de los delegados regionales y de los miembros de su equipo impide que se fomente un marco de trabajo de estrecha colaboración y comunicación eficaz entre todas las instituciones, organizaciones y profesionales que se dedican al tratamiento de la malnutrición. Algunas intervenciones que se podrían implementar son las siguientes:

- Delegación y capacitación a actores no profesionales (en este caso, agentes comunitarios de salud, parteras tradicionales o *marabouts*) de funciones de promoción de hábitos saludables, cribaje del estado nutricional de los menores de cinco años, y monitoreo de casos establecidos para mejorar el seguimiento y el éxito en el tratamiento de casos en la comunidad.
- Potenciar la figura de un coordinador regional con funciones de garantizar la calidad de gestión de casos y procesos.



La figura de un coordinador en este área de hecho existe; se trata del delegado regional de NaNA. El problema es que solo hay un empleado de NaNA para todo URR. Al estar empleado por una institución diferente al MoHSW y no tener autoridad directa sobre los trabajadores sanitarios del MoHSW (que solo responden ante el RHT URR), la función de coordinación del proceso de asistencia nutricional se ve dificultada. Al no recibir los trabajadores del RHT URR ningún *per diem* directo de NaNA —salvo cuando NaNA implementa alguna intervención financiada por Unicef o el World Bank; por ejemplo las actividades del Baby Friendly Community Initiative— su desempeño se ve afectado y no hay énfasis en la calidad.

- Incentivar pecuniariamente a los trabajadores en función de los resultados (niños con peso ideal, hospitalizaciones evitadas, etc.) y no en función del número de procesos (pacientes atendidos, RUTF distribuido, etc.) promoviendo así que los actores persigan obtener mejores indicadores de salud y de calidad de la asistencia.
- Desarrollar en los profesionales de la salud habilidades de comunicación, educación para la salud y movilización de recursos comunitarios que los capaciten como formadores y líderes en la promoción de cambios de comportamiento nutricionales.
- Generar un sistema de información clínico de casos de malnutrición compartido por todos los actores. En la actualidad, solo el CREN ha desarrollado un software en línea de historias clínicas electrónicas especializado en casos de niños con malnutrición, al cual se ha ofrecido acceso a NaNA y al RHT URR (22). Una apuesta desde el nivel meso por

desarrollar herramientas de *knowledge management* y de identificación de las necesidades de información de los distintos actores del nivel micro, evitaría redundancias en el proceso de atención, garantizaría la continuidad de provisión de los servicios y permitiría mejorar la capacitación de los profesionales y los pacientes en su autocuidado (23).

- Generar sensibilidad social haciendo uso de los medios de comunicación en manos del gobierno (p. ej. Radio Basse, Gambia Radio Television Association). Reducir el estigma que a menudo se asocia a la malnutrición. En los poblados, por ejemplo, hay madres que no llevan a sus niños malnutridos a revisión o a los cribados nutricionales de NaNA/NSF por temor a ser blanco de las miradas de los demás.
- Influir en los líderes de la comunidad, especialmente en los *alkalos*, o líderes tradicionales de los poblados, habitualmente las personas más mayores y más respetadas de cada población y con poder de influir en las conductas y creencias de los miembros de su comunidad.
- Reforzar la participación de organizaciones de la región y de las regiones vecinas, como Wassu Kafo, Aldeas Infantiles, WEC, MRC, NSF o los ayuntamientos de muchos municipios de Cataluña, España, presentes en la región y que deberían ser convocados para aunar esfuerzos en pro de crear un efecto sinérgico que pueda conllevar una mejora en la salud nutricional de la población infantil de la zona.

Nivel micro

El principio esencial del ICCO no se cumple, es decir, los pacientes o cuidadores no tienen un papel activo en el manejo de su proceso de malnutrición. Habitualmente no se les

ofrecen explicaciones sobre su patología ni un abanico de opciones terapéuticas para escoger. Se ha observado que los trabajadores sanitarios en Gambia tienden a adoptar una actitud paternalista; acusando en ocasiones a las madres de los niños con malnutrición de no cuidar a sus hijos pese a que, debido a la pobreza en la que viven, no tienen recursos económicos ni los conocimientos adecuados para adquirir o emplear los recursos disponibles de la mejor forma. Pese a este papel pasivo del paciente individual, el entorno social comunitario más próximo actúa de soporte solidario, facilitando en ocasiones al acceso al transporte entre las localidades de origen y los centros de salud, o compartiendo sus alimentos con aquellos que no tienen capacidad económica suficiente para autoabastecerse. Este rol solidario de la comunidad se ve dinamizado por la religión islámica, confesión de un 90% de los gambianos (2).

La comunicación entre profesional sanitario, soporte comunitario y paciente no es efectiva. Esto es más acuciante cuando profesionales y pacientes pertenecen a distintas tribus y se objetivan barreras de comunicación lingüística y cultural. Muchos pacientes prefieren acudir en primer lugar a los *marabouts* porque son miembros de su comunidad y, por tradición cultural, depositan más confianza en ellos que en los profesionales de salud de las instituciones públicas.

En el proceso de atención existen déficits asociados a la falta de recursos, comunicación de poca calidad entre los actores involucrados, y protocolos de actuación no estandarizados y cuyo cumplimiento las organizaciones de salud no evalúan. También existen redundancias en la continuidad de provisión de los cuidados y servicios de salud. Por ejemplo, puesto que los registros de las campañas de distribución de vitamina A de Unicef/NaNA son independientes de los registros realizados por las enfermeras co-

munitarias del MoHSW o de los enfermeros del MRC o del CREN, un mismo niño menor de cinco años puede estar recibiendo por triplicado la dosis recomendada de Vit A en el mismo periodo de tiempo.

Como aspecto positivo que destacar, progresivamente se van incrementando las habilidades del paciente y de su entorno mediante la actuación de distintas ONG y organismos gubernamentales e internacionales que promocionan la capacitación individual y poblacional mediante la organización de campañas, talleres y charlas de salud nutricional fuera de las instituciones hospitalarias. El abordaje de la malnutrición en el seno de la comunidad es un modelo que defienden tanto el MoHSW como NaNA, Unicef, el World Bank, World Food Program, Tostan o NSF.

En cuanto al soporte de la comunidad, en la actualidad se están implementando acciones formativas que intentan incorporar agentes comunitarios de salud, parteras tradicionales, *marabouts*, usuarios de los huertos comunitarios, comunicadoras tradicionales y líderes de la juventud al modelo de atención a la malnutrición. Su papel como soporte es imprescindible para mejorar la atención en la comunidad de una población de 182000 mil habitantes para cuya atención de salud en el medio rural el RHT URR solo contaba con doce enfermeras comunitarias en el año 2011. Según el modelo ICC, en Gambia sería necesario, en este nivel:

- Aportar información a la población general sobre la malnutrición, sus causas, manejo, detección temprana y formas de prevenirla mediante recursos locales, accesibles y sostenibles.
- Mantener la motivación para que se genere un cambio de actitud; por ejemplo, mostrando casos individuales de niños



que han sobrevivido a la malnutrición y haciendo ver a las familias el efecto que el ahorro en costes de tratamientos que la prevención de la malnutrición y sus complicaciones asociadas puede tener en la economía familiar.

- Incorporar habilidades personales de control de la malnutrición en las madres y cuidadores de los niños afectados; preparación de papillas enriquecidas y de RUTF casero, lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, optimización de los recursos que se obtienen en los huertos comunitarios, etc.
- Incorporar estructuras de gestión no hospitalarias. Las enfermeras comunitarias manejan los casos de malnutrición moderada mediante el reparto de RUTF, pero adolecen de falta de recursos (fuel y sistemas de registro informáticos, especialmente) para realizar un seguimiento efectivo de los casos.
- Adaptar la estructura a las características locales y geográficas. Las localidades de URR se clasifican entre *primary-health care* (PHC) y *non primary-health-care*. Los PHC se caracterizan por que en ellos existen agentes comunitarios de salud, voluntarios entrenados por NaNA y NSF en la detección y manejo de casos de malnutrición en la comunidad. Una estrategia adecuada sería ampliar la red de agentes comunitarios de salud para evitar desplazamientos a los pacientes y mejorar la atención a los niños malnutridos. Los agentes comunitarios de salud tienen un papel importante como mediadores lingüístico-culturales entre los profesionales de la salud y las poblaciones y se ha demostrado su efectividad como soporte en el manejo de las patologías crónicas (24).

Conclusión

En el presente artículo, partiendo de una revisión bibliográfica y de la observación participante realizada por el autor en un periodo de diecisiete meses entre 2010 y 2011 en Basse, Upper River Region, Gambia, se ha realizado una descripción del modelo de abordaje de la malnutrición crónica infantil vigente. Para realizar esta descripción se han seguido los componentes esenciales y el marco de análisis del modelo conceptual Innovative Care for Chronic Conditions desarrollado por la OMS a partir del Chronic Care Model. Este modelo postula que para realizar un abordaje más efectivo de las enfermedades crónicas, entre las cuales la malnutrición infantil se encuentra entre las más prevalentes en este contexto geográfico, se debe potenciar la capacitación de los actores del nivel micro de actuación en la autogestión de sus procesos de salud. Tras la descripción realizada de las intervenciones y actuaciones de lucha contra la malnutrición implementadas por los actores de los niveles micro, meso y macro, se han realizado unas propuestas de intervenciones, actitudes y actividades que, de acuerdo con la filosofía del modelo ICC, podrían colaborar en la mejora del modelo vigente y facilitarían el manejo de casos de malnutrición crónica infantil por los agentes del nivel micro en el seno de la comunidad de origen de los pacientes y familias afectadas.

Referencias bibliográficas

1. Gambia Bureau of Statistics [Internet]. Gambia population and housing survey. 2003 [acceso: 25 de enero de 2012]. [aprox. 1 pantalla] Disponible en <http://www.gbos.gm/nada/survey.php?id=3>
2. Central Intelligence Agency (CIA) [internet]. The World Factbook; Gambia [acceso: 12 de enero de 2012]. [aprox. 1 pantalla] Disponible en <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ga.html>
3. United Nations Development Program (UNDP) [internet]. Country profile: Gambia [acceso: 12

- de enero de 2012]. [aprox. 1 pantalla] Disponible en: <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/GMB.html>
4. United Nations Children's Fund (Unicef) [internet]. At a glance: Gambia. Statistics [acceso: 5 de abril de 2012] [aprox. 1 pantalla]. Disponible en http://www.unicef.org/infobycountry/gambia_statistics.html#87
 5. Pruiitt S, Annandale S, Epping-Jordan J, Fernández J, Khan M, Kisa A et al. Innovative care for chronic conditions: Building blocks for actions: Global report. Epping-Jordan J, editor [monografía en Internet]. Ginebra: WHO; 2002 [acceso: 16 de enero de 2012]. Disponible en <http://www.who.int/diabetesactiononline/about/icccglobalreport.pdf>
 6. World Health Organization (WHO) [Internet]. ICC framework situation assessment [monografía en Internet]. Ginebra: WHO; 2012 [acceso: 25 de enero de 2012]. Disponible en http://www.who.int/diabetesactiononline/about/iccc_assessment.pdf
 7. Muñoz Carrero A. Nuevo modelo asistencial: tendencias. Barcelona: UOC; 2011.
 8. Wolf JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med.* 2002; 20 (162): 2269-2276.
 9. Wagner EH, Austin BT, VonKorff M. Improving outcomes in chronic illness. *Manag Care Q.* 1996; 2 (4): 12-25.
 10. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 14 (288): 1775-1779.
 11. Wagner EH. Improving chronic illness care: Translating evidence to action. *Health Aff. Millwood.* 2001; 20: 64-78.
 12. Alonso Beltrán A. Nuevos modelos de salud en la sociedad de la información: e-Salud. Barcelona: UOC; 2011.
 13. Ihi.org [Internet]. Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement (IHI) [acceso: 4 de abril de 2012]. Disponible en <http://www.ih.org/Pages/default.aspx>
 14. National Nutrition Agency (NaNA). National Policy 2010-2020. Banjul: NaNA; 2010.
 15. Sandoval Casilimas CA. Investigación cualitativa. Bogotá: Colombia: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior; 1996.
 16. Mwangome M, Prentice A, Plugge E, Nweneka C. Determinants of appropriate child health and nutrition practices among women in rural Gambia. *J Health Popul Nutr.* 2010; 28 (2): 167-172.
 17. Ceesay SM, Prentice AM, Cole TJ, Foord F, Weaver LT, Poskitt EME et al. Effects on birth weight and perinatal mortality of maternal dietary supplements in rural Gambia: 5 year randomised controlled trial. *British Medical Journal.* 1997; 27 Sept; 315.
 18. Ashworth A, Khanum S, Jackson A, Schofield C. Guidelines for the inpatient treatment of severely malnourished children. Ginebra: WHO; 2003.
 19. World Health Organization (WHO). Training course on the management of severe malnutrition. Ginebra: WHO; 2002.
 20. United Nations Children's Fund (Unicef) [internet]. 'One-stop' clinic helps new mothers keep their children healthy in Gambia [acceso: 5 de abril de 2012]. [aprox. 1 pantalla] Disponible en http://www.unicef.org/infobycountry/gambia_38012.html
 21. United Nations Children's Fund (Unicef) [internet]. Press release: Breastfeeding: A simple way to save young lives [acceso: 5 de abril de 2012]. [aprox. 1 pantalla] Disponible en http://www.unicef.org/media/media_35142.html
 22. Martínez Pérez G. Aminata: experiencia de diseño de aplicación web de historias clínicas electrónicas para un centro de rehabilitación nutricional en Gambia. *Revista eSalud [serie en internet].* 2012 [acceso: 4 de abril de 2012] 8 (29); [aprox. 11 páginas]. Disponible en <http://revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/521/1044>
 23. Bernal-Acevedo O, Forero-Camacho JC. Sistemas de información en el sector salud en Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 2011; 10 (21): 85-100.
 24. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *British Medical Journal.* 2000 Feb 26; 320 (7234).

