

## **MINISTERIO DE SALUD DE COSTA RICA**

### **MODELO CONCEPTUAL Y ESTRATEGICO DEL INSTITUTO DE NUTRICION Y DESARROLLO INFANTIL**

#### **Equipo de edición técnico-científico:**

Licda. Sonia Camacho Fernández, Directora Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil

Licda. Giselle García Ureña, Jefe de Unidad Técnica Especializada

MSc. Patricia Poltronieri Pacheco, Unidad Técnica Especializada

MSc. Rocío Flores Chinchilla, Equipo Técnico Dirección General de Salud

Licda. Gabriela Castro Páez, Enlace del Proyecto de Desarrollo Organizacional

PhD. María Eugenia Villalobos Hernández, Enlace del Proyecto de Desarrollo Organizacional

San José, Costa Rica

04 de junio, 2007

## Tabla de contenidos

<b>BASES CONCEPTUALES.....</b>	<b>6</b>
INFANCIA Y SALUD.....	6
NUTRICIÓN, CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL .....	9
ENFOQUE DE DERECHOS DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS.....	15
<b>PROGRAMA DE CENTROS DE NUTRICIÓN Y DESARROLLO INFANTIL .....</b>	<b>17</b>
<b>MODELO CONCEPTUAL DEL INSTITUTO DE NUTRICIÓN Y DESARROLLO INFANTIL (INDI).....</b>	<b>19</b>
SITUACIÓN EXTERNA .....	20
CLIENTES Y BENEFICIARIOS .....	21
FUNCIONES DEL INSTITUTO DE NUTRICIÓN Y DESARROLLO INFANTIL (INDI).....	22
SERVICIOS DEL INDI .....	24
<i>Nutrición preventiva.....</i>	<i>24</i>
<i>Atención y protección diaria.....</i>	<i>27</i>
<i>Promoción del crecimiento y desarrollo.....</i>	<i>29</i>
<i>Investigación sobre nutrición preventiva, crecimiento y desarrollo infantil.....</i>	<i>33</i>
PROMOCIÓN DE LA SALUD EN TORNO AL EJE DE LA INFANCIA.....	33
DESARROLLO ORGANIZACIONAL.....	34
MARCO ESTRATÉGICO .....	34
<i>Misión.....</i>	<i>34</i>
<i>Visión .....</i>	<i>35</i>
<i>Objetivos Estratégicos.....</i>	<i>35</i>
<i>Estrategia maestra del INDI.....</i>	<i>35</i>
<i>Promoción de la salud en torno al eje de la infancia.....</i>	<i>35</i>
<i>Tomando como insumo los esfuerzos intersectoriales públicos y privados, a través de la promoción de la salud en torno al eje de infancia, se promueve el crecimiento y desarrollo infantil como potenciador de la calidad de vida de los niños/as incorporando como sujetos activos alas familias y la comunidad.....</i>	<i>35</i>
<i>Valores.....</i>	<i>35</i>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>37</b>

## **Presentación**

Desde la perspectiva de la contribución de salud a la equidad en la distribución de la riqueza, la experiencia de los países muestra que aquellas intervenciones dirigidas a posibilitar el máximo desarrollo de las potencialidades de la infancia, dan por resultado generaciones futuras con mayor acceso a una movilidad social, que hoy sigue estando seriamente limitada en la mayor parte de los países de la región.

La propuesta de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, postula que la inversión en la protección social de la infancia debe ser una prioridad entre las estrategias dirigidas a abordar los determinantes de la salud. Los países deben esforzarse por garantizar a todos los niños y niñas una protección efectiva desde el embarazo en adelante, utilizando tecnologías de probada efectividad como el estímulo al apoyo afectivo entre padres e hijos, la estimulación del desarrollo social, por medio de redes de servicio integradas que aseguren la adecuada utilización de los subsidios por parte de las familias elegibles.

El manejo social del riesgo es esencial para el logro de estos resultados. Por otra parte, se ha demostrado que los programas gubernamentales que se desarrollan tienen un mayor impacto si se dirigen a los niños/as cuando son pequeños y que cuanto más intensivas y prolongadas sean las intervenciones, más impacto pueden tener.

Desde esta perspectiva, la presentación del modelo conceptual del Instituto de Nutrición y Desarrollo Infantil (INDI) representa un hito y un reto para el Ministerio de Salud, ya que constituye un modelo de prestación de servicios en nutrición, crecimiento, desarrollo y educación de la población infantil del país, congruente con el enfoque de derechos de la niñez y con el proceso de desarrollo infantil y con el desarrollo organizacional del Ministerio de Salud, como entidad rectora en Costa Rica.

El modelo conceptual permite dar continuidad al proceso de fortalecimiento del Programa CEN-CINAI, que por más de 50 años ha brindado servicios de salud a la población, de manera que el programa trasciende a convertirse en un Instituto fortalecido, sostenible y con marco estratégico actualizado, para así concordar con las políticas en la atención de la niñez propuestas por la nueva administración.

Con el enfoque de salud pública del INDI se propone el cumplimiento de actividades, servicios y productos que promuevan el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños y niñas hasta los 13 años, mediante funciones claras y ámbitos de acción definidas, con espíritu de servicio de calidad, rendición de cuentas y con visión de contribuir en forma efectiva en el desarrollo del capital humano del futuro de nuestro país.

Dra. María Luisa Ávila Agüero  
Ministra de Salud

## **Introducción**

El Programa de Nutrición y Desarrollo Infantil (CEN-CINAI) a largo de mas de cinco décadas de estar prestando servicios de alimentación, nutrición y educación a la infancia, ha respondido a los cambios en el perfil epidemiológico en salud del país.

Es de esta forma que a partir de sus inicios, se entregaba un vaso de leche diario a la población beneficiaria, para llegar en la actualidad a una entrega de servicios que en conjunto contribuyen a la mejora del crecimiento y desarrollo del niño/ña, en gran parte del territorio costarricense.

El programa ha estado funcionando como parte del Ministerio de Salud, con lo que se ha conformado como un programa de salud para la prevención del deterioro nutricional del niño/a, la promoción de un adecuado desarrollo psicomotor y aumentar el potencial de sociabilización del niño/a.

Para el año 2006 el Ministerio de Salud, como institución, propone consolidarse como ente rector en salud, lo que sugiere la necesidad de crear una estructura organizativa que independice al programa CEN-CINAI y le facilite las herramientas de gestión y la sostenibilidad financiera que le permita funcionar como ente adscrito al Ministerio, fortaleciendo el impacto y rendición de cuentas de las acciones y servicios que brinde a la población infantil.

Ante esta coyuntura histórica el Programa tiene la oportunidad de evolucionar hacia la creación de un Instituto de Nutrición y Desarrollo Infantil (INDI), con un marco estratégico actualizado y con la responsabilidad de responder a las necesidades de la niñez de manera progresiva, en el marco de la Declaración de los derechos de las niños y niñas, que el gobierno de Costa Rica ratificó desde 1990.

Con esta base un equipo de profesionales del Programa han construido el modelo conceptual, que muestra de manera gráfica y descriptiva los conceptos y servicios de atención a la infancia que el INDI propone implementar, de manera que se fortalece la oferta de servicios en promoción del crecimiento y desarrollo de la población infantil, ya que se incluye la ampliación de cobertura de la niñez hasta los 13 años de edad.

El presente documento se compone de tres secciones, la primera se refiere a una revisión de la situación actual en la salud, educación y nutrición de la infancia en Costa Rica, la segunda presenta el modelo conceptual que orienta sobre las funciones y gestión del INDI y la tercera presenta el marco estratégico actualizado del INDI, es importante finalizar mencionando que el INDI desarrollará todas sus acciones siguiendo como estrategia maestra la Promoción de la salud en el eje de infancia, de esta forma se es congruente con los lineamientos de la rectoría en salud.

Lic. Sonia Camacho Fernández  
Directora  
Dirección de Nutrición y Desarrollo Infantil

## **Bases conceptuales**

### **Infancia y Salud**

Infancia es el período en donde el niño/a crece progresivamente en tamaño y funcionalidad, y como sujeto de derechos es protagonista de su propio desarrollo, evoluciona cada día para alcanzar mayor complejidad de habilidades y destrezas en áreas del conocimiento, lenguaje y en su capacidad para relacionarse y amar en el grupo al cual pertenece. Para efectos de este modelo conceptual, la infancia constituye el período comprendido desde el período prenatal hasta los 13 años.

Los primeros seis años de vida es el período de mayor vulnerabilidad física, a la vez de dependencia de otros para la atención de las necesidades básicas (abrigo, higiene, alimentación, etc.). Ello se expresa en los mayores niveles de mortalidad, morbilidad y desnutrición en relación a otras etapas del ciclo de vida, por lo que la vigilancia, promoción, el adecuado y oportuno tratamiento de estos aspectos es fundamental para el asegurar crecimiento y desarrollo de los niño/as.

Dentro del sector salud y acorde a la inversión que el Estado ha asignado al ámbito social, la infancia ha sido históricamente el grupo prioritario y las políticas han enfatizado en su atención.

Los programas de alimentación y nutrición, estrategias de atención primaria de la salud sobre todo en zonas rurales, programa ampliado de inmunizaciones con coberturas actuales cercanas al 90% para la mayoría de las vacunas, han contribuido a que el país presente indicadores de salud que lo ubican en el lugar 47 según el índice de desarrollo humano del 2005 (Estado de la Nación, 2006).

Algunos de los indicadores de salud más relevantes mostraron para el año 2005 una esperanza de vida de 79,1 años, una disminución en la tasa de mortalidad infantil pasando de 15 x 1000 nacidos vivos (1990) a 9,7 x 1000 en el año 2006. Según censos de talla en la población de 7 años, la desnutrición infantil ha disminuido, el retardo pasó de 20,4% en 1979 a 7,4% en 1996. Los problemas de salud por carencias de micronutrientes se han reducido también con estrategias de fortificación de alimentos sobre todo con hierro, folatos, yodo y vitamina A (OPS/MS 2003, Estado de la Nación 2006).

Si se toman en cuenta algunos otros indicadores que son determinantes para la salud de la población, se observa que existe un 95,2% de alfabetización, el 89,3% consume agua de acueducto (OPS/MS 2003, Estado de la Nación 2006).

Para UNICEF, Costa Rica ha alcanzado la mayoría de las metas generales de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, especialmente en las esferas básicas de la salud y educación. También ha conseguido establecer un marco jurídico armonizado con la Convención sobre los Derechos del Niño y otras normas internacionales. Sus objetivos del desarrollo coinciden con los compromisos establecidos en los Objetivos para el Milenio (UNICEF. 2006 **Panorama: Costa Rica**) No obstante, esta misma Agencia señala que aún faltan por realizar esfuerzos para vencer desigualdades sociales y territoriales.

En el caso de Costa Rica, en el año 2005 se mantiene un 21,2 % de los hogares en condición de pobreza, de los cuales un 5,6 % se encuentra en pobreza extrema. Desde 1994 esta condición se mantiene estancada en alrededor de un 20% (Estado de la Nación b. 2006). Además se menciona que existe aproximadamente un 13,2% de hogares no pobres que presentan vulnerabilidad de caer en la pobreza

Uno de los problemas que aparece más relacionado con la condición de pobreza y por lo tanto con el desarrollo económico y social de los países, es la baja escolaridad que se perpetúa en los miembros de las familias con padres o responsables con pocos años de escolaridad cursados. De acuerdo a indicadores de la CEPAL, son necesarios un mínimo de 10 u 11 años de educación formal para contar con un 90% de posibilidades de no caer o mantenerse en la pobreza .

Existe amplia evidencia científica que indica que la pobreza está asociada a hogares en donde los adultos están sometidos a situaciones de estrés importantes y con mayor vulnerabilidad a la violencia; presentan baja escolaridad y tienen menor acceso a servicios sociales básicos.

La población infantil es el grupo donde impacta con mayor severidad causando daños físicos, cognitivos y emocionales de difícil recuperación que se traducen en una mayor vulnerabilidad de malnutrición, de bajo nivel de desarrollo sobre todo en las áreas de lenguaje y cognoscitiva, bajo rendimiento y deserción escolar. Según datos de UNICEF, en Costa Rica tres de cada 10 niños y niñas abandonan la escuela antes de terminar la educación general básica y ocho de ellos no terminan sus estudios secundarios dentro de los años asignados para ello. Además, esta situación favorece el establecimiento de valores y patrones culturales que perpetúan el ciclo de la pobreza a otras generaciones.

Ante la vulnerabilidad infantil y las repercusiones sociales que representa, en las últimas décadas, el interés por el desarrollo integral del niño ha crecido en todo el mundo como resultado del aumento constante de la supervivencia infantil y de reconocer que las experiencias tempranas de la vida ejercen efectos considerables en la calidad de vida de los seres humanos. Es así que



se plantea que la inversión en la primera infancia, constituye una estrategia para romper el ciclo de la pobreza.

Tanto organismos internacionales de Salud como del área económica y social promueven actualmente programas y proyectos en donde se incorpore a la atención en salud el componente de promoción de crecimiento y desarrollo, como eje fundamental para promover individuos sanos, con mayores potencialidades claves para la vida y por lo tanto para crear sociedades más solidarias y desarrolladas.

Se hace un llamado para que en los países, se garantice a la infancia atención efectiva desde el período prenatal, abordando mediante de diferentes estrategias los determinantes protectores de la salud. A la vez se propone priorizar acciones en quienes necesitan mayor atención: grupos de bajos ingresos, rurales, indígenas, niñas y niños de 0 a 3 años, embarazadas y madres lactantes, madres trabajadoras y padres. Las estrategias deben involucrar a la familia y la comunidad y ofrecer servicios con criterio de equidad para asegurar la no exclusión de los más vulnerables (Myers, OPS 2007).

En la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 la Organización Panamericana de la Salud, basada en experiencias exitosas de varios países, reconoce en esta estrategia una vía a través de la cual el sector salud facilita a la población, mayor acceso a la movilidad social y a la distribución de la riqueza (OPS 2007).

Dentro del proceso de producción social de la salud, la intervención temprana a favor de la infancia, es un reto actual para el Ministerio Rector, debiendo promocionar en los diferentes actores la importancia del crecimiento y desarrollo infantil, mediante la conducción de estrategias de promoción de la salud, a fin de generar respuestas efectivas en la población y lograr un mejor estado de salud actual y futuro.

Como primer paso consolidado, a partir del año 2006, el Ministerio de Salud define como prioridad extender la cobertura y fortalecer la calidad de los servicios que brindan los Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil dentro de la función de provisión de servicios (MS 2006). Esta coyuntura favorece la reflexión y se presenta como la oportunidad de enfrentar los actuales retos, ampliando las acciones del Programa de Centros de nutrición y desarrollo infantil a las necesidades de la infancia, adecuando los servicios a una lógica orientada al enfoque de derechos y potenciando los recursos de familias y comunidades como agentes de cambio en la lucha por inequidades y superación de la pobreza en la tarea de desarrollo humano.

## **Nutrición, crecimiento y desarrollo Infantil**

Nutrición es el conjunto de procesos por lo cuales el cuerpo digiere, absorbe, transforma, utiliza y elimina los nutrientes contenidos en los alimentos, es un proceso metabólico, por lo tanto involuntario. Por su parte alimentación o el acto de comer, es un proceso voluntario, muy influenciado por factores sociales económicos, culturales y otros (Martínez *et al* 2002).

El estado de equilibrio entre el consumo y el gasto energético da como resultado un buen estado nutricional. Cuando se rompe este equilibrio por el consumo excesivo se presenta el sobrepeso u obesidad y cuando es insuficiente la desnutrición o las carencias de micronutrientes.

La malnutrición, por excesos o deficiencias de nutrientes, son problemas que afectan el desarrollo psicomotor del niño y predispone al individuo a padecer enfermedades crónicas degenerativas en la edad adulta. La desnutrición es un problema de mayor prioridad, por la cantidad de niños que la padecen y los factores negativos irreversibles que tienen en el crecimiento y desarrollo, disminuye su calidad de vida presente y futuro (OPS1986, UNICEF 2006).

Existe evidencia de que al realizar intervenciones nutricionales tempranas en la población infantil, se genera un efecto positivo en el estado de salud, intelectual y social del adulto, por lo que los programas y proyectos de alimentación, nutrición y educación han cumplido con un papel relevante en mantener la salud del niño y la niña, el adecuado rendimiento escolar y en la prevención del deterioro de la calidad de vida en la etapa adulta. Lo anterior, porque se puede asumir que el funcionamiento cognoscitivo de las personas está influenciado por su historia nutricional, ambiente psicosocial y familiar durante su etapa de crecimiento y desarrollo (Daza 1997, Cormak y Fujimoto 1999, Enas *et al* 2003; Banco Mundial 2005, Martorell, 2006).

Los programas de atención integral que incluyen alimentación para el niño y otros subsidios directos, implican una ayuda efectiva al ingreso familiar para poder orientar sus escasos recursos en función a otras necesidades igualmente importantes (Peralta y Fujimoto, 1998).

Lo anterior confirma que protegiendo el estado nutricional del niño durante los primeros años de vida y en la vida escolar, mejorará su rendimiento y disminuirá considerablemente el costo humano y de capital (Cormak y Fujimoto 1999). Por ello, el tema de la cantidad y calidad de los nutrientes para este acelerado y amplio período de crecimiento óseo, muscular y celular, aparece como fundamental en función a la salud del niño.

Se expresa que no sólo la desnutrición afecta el desarrollo; se sabe que las enfermedades disminuyen el apetito, drenan los nutrientes del organismo en el caso de diarrea y quemar calorías con la fiebre. La repetición de estas

enfermedades debilitadoras del crecimiento y desarrollo entre los niños de las comunidades pobres, constituyen las principales causas de retraso (Peralta y Fujimoto 1998, 44 UNICEF 2006).

Los procesos de crecimiento y desarrollo, constituyen el eje fundamental de las acciones a desarrollar por los Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil del Ministerio de Salud.

En el contexto del programa se entiende por crecimiento y desarrollo el proceso dinámico de organización sucesiva de funciones biológicas, psicológicas y sociales en compleja interacción. Tiene como producto el aumento progresivo de tamaño y maduración funcional de las estructuras físicas y los cambios graduales en la forma de sentir, actuar y pensar del sujeto. Incluye aspectos tales como:

- crecimiento físico armónico
- capacidad de movilizarse y manipular objetos.
- capacidad de comprender y hablar su idioma.
- capacidad de relacionarse con los demás, y el modo de sentir y expresar sus emociones.
- funciones de la inteligencia y el aprendizaje, por medio de las cuales el niño/a entiende y organiza su mundo.

Aunque el crecimiento y desarrollo tiene como base la maduración del sistema nervioso, está comprobado a través de diferentes investigaciones que este es moldeado por una interacción dinámica y continua entre lo biológico y la experiencia.

Según Terré, 2007, posterior al nacimiento, el niño/a aún se encuentra formando neuronas que deben desarrollar su capacidad sináptica. Además de estímulos propios, internos y fisiológicos, intervenciones y experiencias tempranas estimulan la creación de vías y circuitos e influyen en la forma en que se realizan las conexiones nerviosas.

El crecimiento y activación del cerebro se completa en su mayor parte, en los primeros años de vida, donde el 70% del desarrollo cerebral se da principalmente a los 24 meses, es durante este proceso en el que se labran circuitos neurales complejos que soportan todos los fenómenos de cognición y del aprendizaje (Peralta y Fujimoto 1999, Terré 2007), lo que confirma la importancia de aprovechar estos períodos críticos de la infancia, para un mejor aprovechamiento del potencial general e intelectual de los niños, mediante intervenciones de promoción del crecimiento y desarrollo infantil.

## Principios de Crecimiento y Desarrollo Infantil

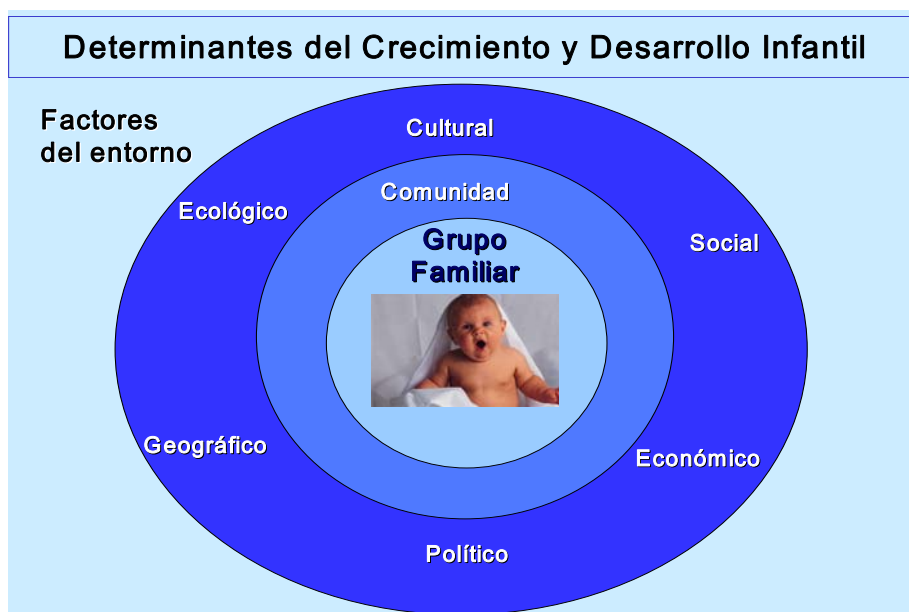
Existen periodos o etapas de desarrollo en las cuales, según la edad cronológica del niño/a, se espera la aparición de una serie de destrezas, habilidades y cambios físicos. Cada fase es un soporte de la siguiente para alcanzar la forma definitiva de equilibrio y madurez.

- Es un proceso continuo y progresivo que avanza a través de estadios cualitativamente diferentes. Los cambios y logros a veces parecen bruscos, pero son el resultado de transformaciones muy pequeñas y finas.
- Es un proceso dinámico, interactivo en que tanto el medio ambiente como las características del niño o niña, se influyen de manera recíproca.
- Siguen un orden evolutivo en donde el ritmo y la intensidad de las funciones son propias de cada individuo.
- Existen momentos especiales, periodos sensibles, en los que el niño/a está preparado para pasar a un nuevo nivel de desarrollo.
- Se observan periodos críticos de aumento en la talla y masa corporal el primer año de vida y en la adolescencia.

Los principios que rigen el crecimiento y desarrollo infantil constituyen el punto de encuentro entre las diferentes teorías que lo explican. Son premisas básicas del proceso, en donde se anticipan la aparición de conductas claves que se suceden unas a otras en forma continua.

Las transformaciones son el resultado de una compleja interacción entre el crecimiento, la maduración y el aprendizaje, entre el sujeto con su potencial y el medio social y físico con sus normas, pautas culturales y capacidad de brindar satisfacción de las necesidades básicas .

Vigotsky (Abarca 1996) plantea en este sentido, el importante papel de la cultura mediada por los otros (adultos y niños mayores) en la adquisición de habilidades de los niños pequeños y en especial el rol del lenguaje en esta mediación; Azcoaga, 1993, señala al respecto: “la instalación y funcionamiento de las funciones cerebrales exclusivamente humanas resultan necesariamente de la interrelación del lactante con su entorno humano ... si no hay lenguaje en torno al niños, este no lo desarrollará”

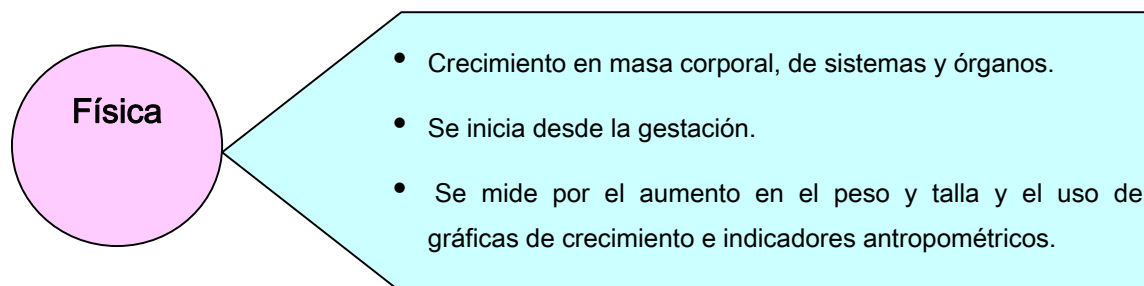


Dentro de los factores del entorno y los intrínsecos del niño/a, existen determinantes que promueven o limitan el crecimiento y desarrollo, y que pueden agruparse según diferentes niveles de mayor o menor influencia o impacto sobre este proceso (Atkín *et al* 1987).

A nivel del niño: se refieren a la presencia o ausencia de anomalías genéticas, prematuridad, bajo peso al nacer, anoxia, desnutrición, lactancia materna, carencias afectivas, entre otros.

- A nivel de la madre: edad, escolaridad, desnutrición, salud mental.
- A nivel de la familia: nivel socio-económico, vivienda, ocupación de adultos, número de miembros, clima emocional, creencias, actitudes y prácticas en relación a salud e infancia.
- A nivel de la Comunidad: saneamiento básico, acceso a servicios de salud y educación, agua para consumo humano, grado de organización, vías de comunicación y otros.

El crecimiento y desarrollo aún cuando son procesos integrales e interrelacionados, se dividen en áreas para facilitar la planificación y ejecución de intervenciones a realizar en la provisión de servicios de salud.



La niñez es un período biológico de evolución del ser humano, va desde la gestación hasta la pubertad, es de suma importancia y condiciona toda la vida, es cuando los niños y las niñas atraviesan cambios en cuanto a crecimiento y desarrollo. En el primer año de vida se da hasta una triplicación del peso al nacer y aumenta en 50% su talla, en la edad preescolar y escolar se da un período de latencia donde el crecimiento es en promedio de seis a ocho centímetros por año y aumento de 2 a 3 kg. en peso, hasta llegar a la adolescencia donde se acelera el proceso de crecimiento nuevamente (Mahan y Scott-Stump 2001).

También, es el incremento en peso y estatura con la edad, o incremento en el tamaño como popularmente se le designa, se da como el resultado de la multiplicación de las células y su diferenciación en la funciones del cuerpo. Es un proceso continuo aunque no uniforme que inicia desde la concepción hasta la total madurez. Dentro de este concepto hay que incluir también el aumento de masa corporal y el crecimiento de todos los órganos y sistemas (Poleman 1991).

El término crecimiento se utiliza como aumento de talla, determinado por el incremento diferencial de cabeza, tronco y huesos largos de las piernas. El aumento de talla, sin embargo, no es más que una faceta del crecimiento. El desarrollo, indica una maduración progresiva y diferenciación de órganos y sistemas, hacia una creciente maduración funcional, por lo que se incluye el desarrollo o maduración ósea, el desarrollo sexual, el dentario y el psicomotor. El crecimiento se evalúa con más facilidad que el desarrollo. Ambos progresan de forma simultánea, pero a veces hay desarrollo con poco aumento de tamaño o bien un crecimiento rápido con escasa diferenciación funcional. El crecimiento se mide y se limita por la medición de la estatura, pero es mucho más complejo (Campoy 2007).

La antropometría o medida de las partes del cuerpo, se aplica en todas las edades y permite comparar as medidas obtenidas del niño o niña con patrones de referencia estándar, para detectar un crecimiento normal o anormal, causados por la adecuación, deficiencia o excesos en el consumo de nutrientes. Las medidas antropométricas más utilizadas son: circunferencia cefálica, peso, talla, edad, pliegues musculares. La combinación de medidas permite la conformación de índices de crecimiento tales como: peso /talla, peso /edad, talla /edad, circunferencia craneal /edad, índice de masa corporal entre otros que permiten indicar y clasificar el estado nutricional del niño o la niña (Gibson 1990).

Las gráficas de crecimiento somático, son el instrumento utilizado para obtener el estado nutricional de los niño y niñas, más pequeños, su uso es de

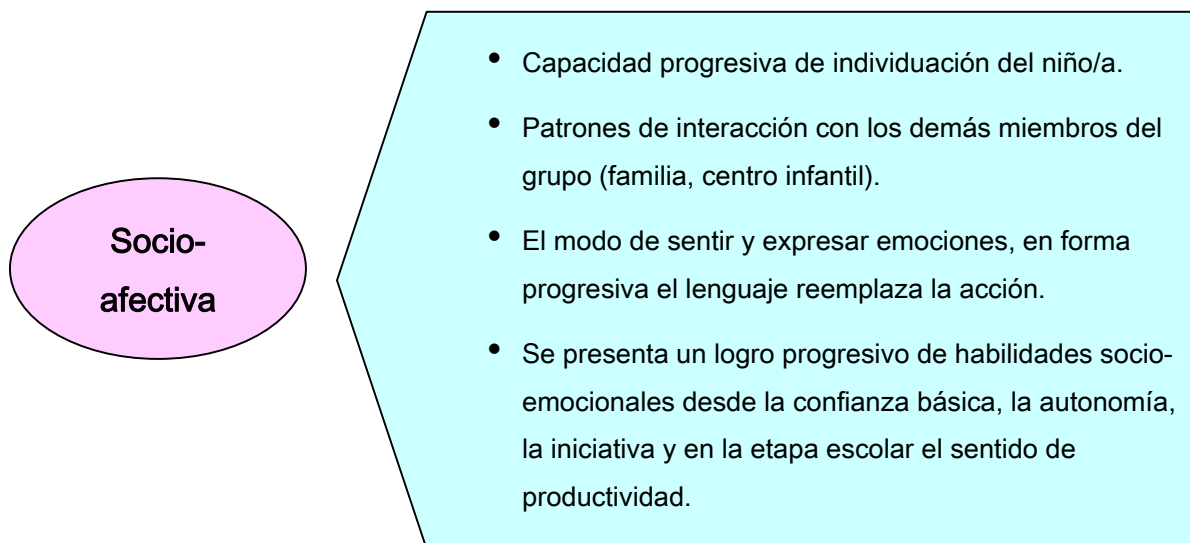
gran importancia y entidades de Naciones Unidas utilizan la información de las gráficas para conocer el nivel de bienestar de la población infantil en un país, formular políticas de salud, plantear intervenciones nutricionales y monitorear la efectividad de las intervenciones. En 2006 la Organización Mundial de la Salud, divulgó el patrón de crecimiento infantil más actualizado, donde se presentan las graficas de crecimiento para niños y niñas de 0 a 5 años y propone el uso del índice de masa corporal (Mahan y Scott-Stump 2001, WHO 2006).

## Motora

- Movimiento de grandes músculos del cuerpo (motora gruesa) y movimientos de coordinación ojo-mano.
- Sigue dirección céfalo caudal y próximo distal.
- Incluye acciones reflejas en el recién nacido, control de cabeza, posición sentado, de pie, marcha hasta desarrollar conductas más complejas como correr y saltar, con equilibrio, direccionalidad y evolucionar hasta la prensión de pinza madura.

## Cognocitivo-lingüística

- Estilo propio del niño/a para aprender e interpretar las cosas. Abarca la sensopercepción
- Aprendizaje acerca de sí mismo y el mundo en que vive.
- Se establece la inteligencia práctica, posibilitando una serie de ejercitaciones de habilidades intelectuales espaciales, temporales, de causalidad, etc.
- Lenguaje aparece desde período de gestación al responder ante estímulos con gestos. Evoluciona desde llanto, balbuceo, silabeo, palabras, hasta oraciones completas (lenguaje expresivo).
- Habilidades para comprender los símbolos verbales y gráficos (lenguaje comprensivo)



### **Enfoque de Derechos de los Niños y las niñas**

En 1989, los dirigentes de la mayoría de los países, lanzaron un llamado para que en el mundo se reconociera que los niños y niñas tenían derechos en materia de atención de salud, educación y de prestación de servicios jurídicos, civiles, sociales, políticos y económicos para su protección y participación.

Se plantea entonces la Convención de los Derechos del Niño, a fin de asegurar cuidados y protección especial y prioritaria para esta población, la cual es aceptada por 192 países del mundo incluido, Costa Rica la ratifica en 1990 ( UNICEF *et al* 2000).

De acuerdo a la Convención, los niños/as son titulares de sus propios derechos y los adultos abren los espacios necesarios para permitirles tomar decisiones en aspectos que afectan sus vidas, garantizando su seguridad, la vivencia de su infancia y promoviendo un óptimo crecimiento y desarrollo

Lo anterior implica un replanteamiento crítico del papel que han tenido las instituciones estatales y organizaciones civiles para impactar en sus acciones de acuerdo al cumplimiento de los Derechos: la limitada coordinación interinstitucional y la segmentación del niño/a según el área de atención que le corresponde. Además, es necesario superar la lógica de los programas, conceptual y operativamente, en donde tradicionalmente se ha tendido a reproducir una concepción de las personas como objetos pasivos y no como interlocutores legítimos.



Incorporando al modelo conceptual el planteamiento que sobre derechos en la ejecución de programas hace Urban Jonson (Evans 2000), funcionario de UNICEF en Asia Meridional, se presenta su propuesta sobre los términos que diferencian el mirar los programas para atender la infancia desde la óptica de atención a necesidades y la de mirarla con enfoque de Derechos.

Lo anterior implica un cambio de paradigma al trascender de acciones directivas para la atención desde la perspectiva del adulto hacia una perspectiva de los «derechos» universales y desde la atención temprana entendida como «preescolaridad» hacia una perspectiva de promover el potencial físico, socio-emocional y cognoscitivo-lingüístico de los niños.

En este marco de Derechos, los diferentes actores sociales tienen un rol que responde a los principios emanados de la Convención de los Derechos de los niños, la Declaración de Mundial a favor de la Infancia, Convención sobre todas las formas de Discriminación contra la Mujer, por las cuales se sostiene que todo niño y niña, sin distinción alguna debe tener la oportunidad de desarrollar al máximo su potencial y los padres, familias y comunidades, la responsabilidad primordial de hacerse cargo de las tareas de crianza, desarrollo y educación de sus hijos con el apoyo activo del Estado.

En palabras de Jonson, el ejercicio de los derechos depende más que de una decisión individual de una opción política del Estado, para trascender de la supervivencia infantil a la calidad de vida de la infancia.

<b>Enfoque derechos en atención de niño/as</b>	
<p style="text-align: center;"><b><u>Necesidades</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niño/a es un receptor pasivo/a.</li> <li>• Entrañan objetivos, generalmente de atención parcial.</li> <li>• Posible satisfacer necesidades sin garantía de continuidad.</li> <li>• Pueden ordenarse de modo jerárquico.</li> <li>• No entrañan deberes.</li> <li>• Guarda relación con promesa.</li> <li>• Pueden cambiar según cultura y circunstancias.</li> <li>• Posible satisfacer por caridad.</li> <li>• A menudo la satisfacción depende de voluntad política</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Derechos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es un participante activo/a.</li> <li>• Entrañan el imperativo de atención universal.</li> <li>• Deben respetarse siempre.</li> <li>• No organización jerárquica.</li> <li>• Entrañan deberes.</li> <li>• Guarda relación con obligación.</li> <li>• Son universales.</li> <li>• Caridad no resulta aceptable.</li> <li>• Ejercicio de pende de una opción política.</li> </ul>
Fuente: Urban Jonsson, Oficina Regional de Asia Meridional UNICEF, 1998.	

En concordancia con el enfoque de derechos se propone una socialización del niño/a, mirado como sujeto, esto involucra una propuesta de educación para la vida, que toma como eje la construcción de valores, desde este marco se propone un currículo orientado a:

- “El niño/a tiene derecho a ser concebido como sujeto y no como objeto.” (infancia concebida como una entidad con derecho propio, que implica poder de decisión) .
- “ El niño/a tiene derecho a aprender a cuidar de su salud”.
- “El niño/a tiene derecho a desarrollar sensibilidad ecológica”
- “El niño/a tiene derecho a aprender el valor de la solidaridad y el respeto a la diversidad étnica, de género, cultural y social y a la igualdad de oportunidades”
- “El niño/a tiene derecho a ser tratado/a sin violencia y a aprender a recrear valores de paz, respeto y tolerancia .
- “El niño/a tiene derecho a acceder al conocimiento”.

### **Programa de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil**

En 1950 en Costa Rica la desnutrición constituía un problema prioritario de salud pública. Con fines preventivos, se firma un convenio entre el Ministerio de Salud y el Fondo de Naciones Unidas de Ayuda a la Infancia (UNICEF), para suplir alimentación a la población más vulnerable, niños y niñas de 0 a 7 años, madres embarazadas y en periodo de lactancia. El objetivo era prevenir y atender la desnutrición infantil, educar a la población sobre problemas nutricionales y fomentar la participación comunitaria en la solución de esos problemas de salud. En 1951 con la creación del Departamento de Nutrición en el Ministerio de Salud se encarga de la problemática nutricional, siendo apoyado financieramente por agencias externas como la Agencia Internacional para el desarrollo de USA (AID) y la Cooperativa Americana de Remesas al Exterior (CARE) (Rivas 1999).

A partir de 1963, con la asignación del 6% de impuesto por la venta de licores se amplía el financiamiento con fondos nacionales para acciones en alimentación y nutrición del país, el cual logra consolidarse en 1976 con la aprobación de la Ley N<sup>a</sup> 5662 de Desarrollo Social Asignaciones Familiares.

El Departamento de Nutrición, como ente ejecutor de las acciones dirigidas hacia la población más vulnerable, se crearon en un inicio los Centros de Nutrición, los cuales brindaban servicios de alimentación complementaria y posteriormente los Centros y Clínicas de Recuperación Nutricional para la atención y seguimiento de niños menores de seis años con desnutrición moderada y severa.

Entre 1971 y 1976, como respuesta a las deficiencias nutricionales encontradas en la encuesta nacional de nutrición de 1966, se transforman los centros de nutrición en centros de educación y nutrición (CEN), para fortalecer la educación a la comunidad y desde entonces se incorpora el componente de educación inicial a los niños y niñas que recibían alimentación complementaria. Estudios de esa época sobre el impacto de la desnutrición en el desarrollo y en el aprendizaje requirió la introducción de actividades de estimulación dentro de los planes de atención. En 1975, se crean los centros de atención integral (CINAI) con horario extendido, para atender hijos de madres trabajadoras (Rivas 1999).

En 1983 se emite la Ley N<sup>a</sup> 6879: Ley de Timbre de Educación y Cultura, reformada en 1984 por la Ley N<sup>a</sup> 6946, donde se señala que los fondos provenientes del 1% al valor aduanero de mercaderías importadas se destinarían al Programa CEN-CINAI. El objetivo fue darle prioridad a zonas marginales con mayor densidad de mujeres incorporadas al mercado laboral, mejorar los servicios existentes y extender la cobertura de atención integral. La aprobación de esta Ley, facilita ampliar la cobertura a prácticamente todo el país, abre campos de trabajo para profesionales de distintas disciplinas y consolida la oferta más allá de la alimentación complementaria reforzando las acciones de promoción del desarrollo y educación inicial.

Así mismo, establece líneas de coordinación con otros programas de atención primaria a fin de favorecer que acciones exitosas de promoción del crecimiento y desarrollo infantil impacten a una mayor cantidad de niños y niñas a través de estrategias de extensión de cobertura.

En 1998 se da la reforma del sector salud en Costa Rica y el Ministerio de salud se fortalece como el ente responsable de la rectoría en salud. El Programa de Nutrición y Desarrollo Infantil es reestructurado para convertirse en la Dirección de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil del Ministerio de Salud, dada su importancia estratégica y política en la atención infantil, con el propósito de proveer a nivel nacional, servicios en nutrición y desarrollo infantil a la población bajo línea de pobreza (MS 1998, MS 2002, MS 2006).

En el año 2006 se inicia un proceso de desarrollo organizacional del Ministerio de Salud, que tiene el propósito de fortalecer el alineamiento de la organización con el marco estratégico y así facilitar el logro de los objetivos institucionales con eficiencia y eficacia. Además, se propone la desconcentración funcional de la Dirección en un Ente Adscrito al Ministerio de Salud. De esta forma la Dirección de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil tiene la oportunidad de fortalecer sus acciones a favor del crecimiento y desarrollo de la niñez, reformar su característica institucional y actualizar su marco estratégico, en concordancia con el proceso de desarrollo

organizacional de la institución y el Plan Nacional de Desarrollo (MS 2006, MIDELAN 2007).

Por desconcentración funcional se entiende, el traslado de competencias técnicas y administrativas para la toma de decisiones de un nivel jerárquico superior hacia un nivel jerárquico inferior, pero sin que se pierda la relación de organicidad entre ambos, es decir, sin que deje de existir el nexo de la jerarquía administrativa, pero sí trasladando la titularidad y responsabilidad sobre la competencia, esto con el fin alcanzar mayor adaptabilidad a los cambios del entorno y a las necesidades de la población, mayor efectividad y eficiencia operacional y promover una cultura de rendición de cuentas. Tanto las instancias que desconcentran funciones como las que las asumen se encuentran dentro de una misma persona jurídica (MS, 2006).

### Modelo conceptual del Instituto de Nutrición y Desarrollo Infantil (INDI)

A continuación se presenta el modelo conceptual del INDI, que incluye los elementos que lo integran y una serie de conceptos interrelacionados que describen el accionar del Instituto de Nutrición y Desarrollo Infantil.



## **Situación externa**

El Instituto se desarrolla dentro de un contexto social, económico y político al cual debe responder con acciones oportunas, de calidad y que se ajusten al marco estratégico vigente en determinado momento. Con acciones innovadoras, creativas e integrales y bajo el marco de coordinación interinstitucional y de derechos de la niñez. Debe convertirse en una entidad que debido a diferencias culturales y económicas de los niños/as en el país, se aboque a la tarea de identificar y ensayar alternativas de servicios de calidad y de extensión de cobertura y no simplemente enfatizar un modelo de programa.

Con estrategias flexibles a la realidad de diferentes áreas geográficas y anticipándose a posibles cambios en la situación externa, nacional e internacional. Para ello el INDI deberá considerar, recopilar y analizar sistemáticamente, todos los aspectos relacionados con:

- el marco legal y derechos de la niñez, considerando la convención de derechos de los niños y niñas, las leyes, reglamentos relacionados con la niñez que están disponibles y que se promulguen en Costa Rica, así como los acuerdos, convenios o tratados internacionales que suscriba el estado costarricense y afecten los objetivos del INDI.
- políticas internacionales y nacionales en salud, que se relacionen con los servicios de atención a la niñez menor de 13 años, y ámbitos de acción de otras instituciones de gobierno que atienden la niñez, tales como la Caja Costarricense de Seguro Social, Patronato Nacional de la Infancia, Ministerio de Educación y otros. Para de forma complementaria y coordinada sumar servicios y acciones de atención a la niñez en el país.
- la participación social como un elemento vital en la gestión del INDI, ya que, la movilización de recursos locales, el logro de adopción de estilos de vida saludables y la incorporación proactiva de líderes y redes comunales en la toma de decisiones de la calidad de servicios que brinde el INDI, es un aspecto que atañe a la organización formal y no formal de las comunidades en el territorio nacional.
- cambios en la situación socio-demográfica de la población, contemplando población pobre, cambios en el costo de canasta básica, aspectos de tamaño del grupo familiar, tipo de familia, hábitos y condición de vida de población: inmigrante, de zonas urbano marginales, de zonas rurales, y de localidades con indicadores de necesidades básicas insatisfechas. Lo que incluye acceso a servicios y programas de salud y bienestar social entre otros.
- cambios en la situación alimentaria nutricional, considerando la información actualizada sobre disponibilidad, acceso, consumo y utilización biológica de alimentos, en especial lo relacionado con

problemas crónicos de salud y de deficiencia o exceso de nutrientes y la inseguridad alimentaria en los hogares.

### **Clientes y Beneficiarios**

Se entiende por clientes a niños y niñas desde la gestación hasta los 13 años, quienes reciben servicios de nutrición preventiva, promoción del crecimiento y desarrollo y atención y protección diaria a través del INDI; el producto final esperado es mejorar sus condiciones de crecimiento y desarrollo, como producto de su participación en los servicios que facilita el INDI, en sus modalidades extra e intramuros.

La incorporación de población menor de dos años y mayor de siete a los servicios tradicionales del Programa responde a las necesidades señaladas por estudios y observaciones de profesionales en donde se demuestra que estos grupos requieren de atención y protección diaria para prevenir deambulación, abuso, accidentes y favorecer la incorporación de la mujer al mercado laboral.

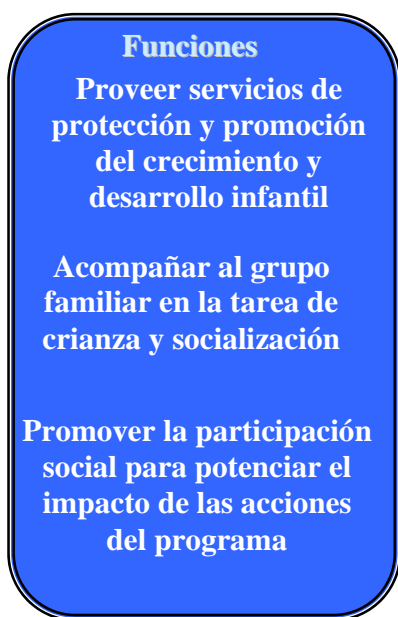
Los beneficiarios son las familias de los clientes, ya que se benefician con las acciones de apoyo en la crianza y socialización de sus hijos, y las comunidades que se benefician por las acciones educativas y de mercadeo social que implemente el INDI en el territorio costarricense. Lo que junto con la participación de los líderes comunales y grupos organizados, se convierten en agentes de cambio para la promoción del crecimiento y desarrollo de la infancia, lo que forma un conjunto Instituto-comunidad, que permiten garantizar el cumplimiento de los derechos de la niñez.

Se define como familia al grupo de personas, vinculado por lazos consanguíneos o afectivos, compartiendo actividades de producción, consumo y crianza de los niños y niñas. Es una institución en permanente evolución, en relación a estructura, organización, funciones y responsabilidades de sus integrantes. Es el primer laboratorio de humanización y responsable de promover desde el inicio de la vida, la salud y el desarrollo de capacidades y destrezas que le hacen posible a las nuevas generaciones, su inserción en la sociedad.

Es en la familia donde se aprende a interiorizar la práctica cotidiana de los valores de la solidaridad, tolerancia, respeto y equidad, ideales que más tarde pueden llegar a convertirse en las bases de una sociedad pacífica y respetuosa de la diversidad. Es la principal responsable, además de promover, desde el inicio de la vida, el desarrollo intelectual, las capacidades y destrezas que le hacen posible a las nuevas generaciones, del presente y del futuro, su inserción en el mundo de la sociedad. La familia es una institución en permanente evolución, influida tanto por factores sociales,

culturales y económicos como por los cambios que conforman el medio en el cual funciona (Consejo de niñez y adolescencia, 2000).

### **Funciones del Instituto de Nutrición y Desarrollo Infantil (INDI)**



Las funciones que por marco legal le compete al nuevo instituto y que dan respuesta al análisis de la situación actual del país, así como lo planteado en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 (MIDEPALN 2007), se refieren a provisión de servicios de protección y promoción del crecimiento y desarrollo infantil.

Las funciones se implementan a través de la atención directa a clientes y del acompañamiento al grupo familiar en su tarea de crianza y socialización, promoviendo acciones sinérgicas con la comunidad.

En el caso de los niño/as de 7 a 13 años, se dará prioridad a aquellos que por permanecer solos, durante las horas fuera de la escuela enfrentan riesgos a su seguridad física y emocional.

El INDI, también, debe cumplir funciones de acompañamiento al grupo familiar en la crianza y socialización de sus niños y niñas; a través de acciones educativas (sesiones grupales, visitas domiciliarias y el uso de medios de comunicación masiva).

Se implementaran siguiendo un principio de diálogo entre el saber cotidiano de las familias y la información oportuna y actualizada que el conocimiento técnico puede ofrecer, logrando una construcción conjunta del saber en pro de un mejor proceso de crianza.

Otra función de importancia, es la promoción de la participación social para lograr el involucramiento proactivo en las acciones que realiza el INDI, en las comunidades del país, de manera que las fuerzas vivas de la comunidad participe y vigile la calidad de los servicios que brinda el INDI.

Estudios longitudinales reportan mejoras en la calidad de vida del niño y niña durante su infancia, adolescencia y edad adulta, estos indican que los sujetos participantes de los proyectos de nutrición y educación, lograban mejores condiciones de calidad de vida en aspectos tales como estado nutricional normal, mejor salario, mejor nivel de alfabetización y educación, mejor desempeño escolar, efecto positivo en la socialización, bajo porcentaje de repitencia, menor deserción escolar (ONIS *et al* 2000, INCAP/OPS 2004, Banco Mundial 2005).

Costa Rica ha logrado un bienestar general de la población, mediante sus políticas de salud y servicios de atención a la infancia, donde el Programa de Nutrición y Desarrollo Infantil ha cumplido con un papel relevante reflejado en la disminución del porcentaje de desnutrición, una disminución del retardo en talla y un alto índice de escolaridad entre otros (MS/MEP 2002, Estado de la Nación 2006).

Por lo cual, es necesario dar continuidad y sostenibilidad a los servicios de atención a en alimentación, nutrición y educación a los niños y niñas en Costa Rica, para asegurar su futuro y con ello un capital humano con calidad de vida.

Para cumplir con esas funciones el INDI propone modalidades extramuros e intramuros, para operar la prestación de servicios de atención en nutrición, alimentación y educación dirigidos a la población infantil, los cuales han demostrado ser de impacto positivo en la calidad de vida en la etapa adulta.

Modalidad intramuros: incluye servicios cotidianos dirigidos a los clientes, que involucran un rol permanente de la educadora y del equipo de apoyo en los establecimientos prestadores de servicios.

Modalidad extramuros: existen amplios sectores geográficos, sobre todo en áreas rurales no concentradas y cantones fronterizos, donde las grandes distancias entre viviendas dificulta el acceso a los centros de atención intramuros y no resulta pertinente la creación de nuevos centros. Son estos sectores donde se dan los índices más altos de vulnerabilidad infantil y pobreza. Por lo tanto se han definido estrategias de promoción del crecimiento y desarrollo dirigidas tanto a los niños/as como a las familias, cuando el traslado cotidiano de niños/as se dificulta. La modalidad extramuros incluye acciones periódicas, donde la educadora y el equipo de apoyo, actúan como articulador, coordinador y asesor en todo lo que concierne a la atención, en diversas situaciones que van desde la visita al hogar, reuniones y encuentros comunales, como también una amplia gama de medios: escritos, gráficos, radiales, televisivos, etc. En esta modalidad las acciones del equipo promotor, son indirectas y las comparte con otros agentes comunitarios.



## **Servicios del INDI**

Se proponen una serie de acciones, servicios y productos que contribuirán en gran medida a fortalecer las acciones del Estado en el cumplimiento de la Convención de Derechos, no solo promoviendo servicios de atención directa que mejoren condiciones de vida para los niños/as, sino en el acompañamiento al grupo familiar en la tarea de crianza y socialización de sus hijos, haciendo participe a la comunidad en esta tarea.

Para fines descriptivos se plantean tres tipos de servicios, que en la práctica se brindan en forma integrada y articulada a los clientes. Este es el caso de los componentes de promoción del crecimiento y desarrollo y nutrición preventiva.

### **Nutrición preventiva**

Para el INDI se ha definido el concepto de nutrición preventiva como: aquellas intervenciones nutricionales (programas y proyectos), que se realizan mediante la entrega de servicios en educación alimentaria nutricional, alimentación complementaria, investigación, información y divulgación sobre nutrición infantil, para la prevención de enfermedades alimentario nutricionales y asegurar un adecuado estado nutricional de la población, principalmente la de niños y niñas menores de 13 años. Junto con acciones complementarias de movilización de recursos, coordinación interinstitucional y acceso a apoyo logístico y tecnológico que permitan el logro de los objetivos del INDI.

La nutrición preventiva es un concepto que se desarrolla a partir de los cambios epidemiológicos en salud y que se relacionan directamente con las prácticas inadecuadas en alimentación y nutrición, de baja actividad física de las personas, dificultad en el acceso a servicios de salud en atención primaria y de inseguridad alimentaria nutricional en los hogares. Lo que se observa en un incremento en las problemas de malnutrición, que se reflejan en deficiencias por micronutrientes y patologías crónicas como hipertensión, obesidad, cáncer, diabetes, osteoporosis, malnutrición, entre otros (Beaton y Bengoa 1976, Martínez 2002, Bengoa 2003, Enas et al 2003, Martorell y Stein 2003).

La situación en salud de Costa Rica, muestra incidencia de enfermedades crónicas importantes que motivan la consulta médica en los establecimientos de salud y un incremento en la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio, tumores y del aparato digestivo que pueden estar relacionadas

con prácticas alimentarias y de actividad física inadecuadas (CCSS 2003, Estado de la Nación 2006).

La implementación de programas de alimentación, nutrición y educación dirigidos a la población infantil han sido un vehículo para desarrollar la nutrición preventiva en la población y de esta forma contribuir a la protección de la salud y nutrición del niño/a.



Los escenarios de atención incluyen acciones en:

### **Promoción de estilos de vida saludables**

El ejercicio físico y practicar adecuados hábitos alimentarios, ya que, está comprobado que ambos aspectos contribuyen a disminuir riesgo de obesidad, enfermedades del sistema cardiovascular y digestivo, aumento en la autoestima, disminución del stress, mayor socialización, mejora en la memoria, tiempo de reacción, disminución de costos en la atención médica, mejoramiento en el desempeño académico y la relación con padres y académicos, reducción ausentismo escolar y prevención de la violencia, lo que finalmente da calidad de vida en el ciclo de biológico de las personas (Cerqueira et al 2003, Wing et al 2003, Montezuma 2006, Mahecha y Rodríguez 2006).

- Seguridad alimentaria y nutricional a nivel del hogar, comprende acciones que promuevan el adecuado, acceso, consumo y utilización biológica de alimentos, considerando aspectos de selección, preparación, manipulación inocua y almacenamiento de alimentos en el hogar, así como también aspectos de administración del presupuesto familiar para la compra de alimentos y distribución intrafamiliar de alimentos (Rodríguez y Muñoz 1999, OPS y MS 2003, Pelletier et al 2003, INCAP/OPS 2004).

### **Alimentación complementaria**

Involucra la entrega de alimentos con calidad y oportunidad tanto para consumo en el hogar como dentro de los establecimientos del programa, es una estrategia de intervenciones nutricionales ampliamente utilizada en el mundo y ha demostrado que contribuye a mantener un adecuado crecimiento y estado nutricional del niño y la niña, que se reflejará en calidad de vida del futuro adulto (Smith 2000, ONIS et al 2000, Bengoa 2003, INCAP/OPS 2004, Banco Mundial 2005, UNICEF, 2006). La provisión de alimentos incluye las siguientes opciones:

- Leche en polvo íntegra, fortificada con micronutrientes y que de acuerdo a las encuestas nutricionales se ha detectado déficit en el consumo. Paquetes de alimentos básicos propios de los hábitos alimentarios costarricenses. Alimentos preparados cotidianamente, con base a un menú planificado y servidos con buenas prácticas de manufactura dentro de los establecimientos del programa, los cuales aportan entre el 50% o 70% de los requerimientos energético-proteicos diarios (MS, 1997a; MS 1997b, Enas et al 2003).

Los clientes de estos servicios son los niños y niñas hasta los 13 años. Los alimentos son suministrados en tres tiempos de comida a saber desayuno, almuerzo y merienda de la tarde y se entregan a los niños y niñas que asisten al servicio de atención y protección diaria y por lo tanto permanecen por más de cuatro horas dentro de los establecimientos de atención infantil.

También, se ofrece los servicios de almuerzo a mujeres en estado de gestación o en periodo de lactancia, para complementar su dieta diaria y asegurar un adecuado aporte energético y proteínico que permiten la buena nutrición de la madre y por lo tanto un adecuado desarrollo del feto. Además, se fomenta la práctica de lactancia materna del niño y la niña por lo menos durante el primer año de vida (Victora *et al* 2006, UNICEF 2006).

## **Educación alimentaria y nutricional**

Las acciones educativas han sido otra estrategia de importancia e impacto en la disminución del riesgo nutricional y ha permitido fortalecer la organización comunitaria (Enas et al 2003, Wing et al 2003, Patiño 2005, Montilva 2005, Banco Mundial 2005).

## **Atención y protección diaria**

### **Atención y protección diaria**

Servicios cotidianos en establecimientos CEN y CINAI, donde los niños/as, permanecen en un entorno favorable, sano, seguro, estimulante y reciben atención a través de relaciones afectuosas, para propiciar su óptimo desarrollo

Responde a las necesidades de atención y protección de los niños/as y facilita a los padres, madres o encargado/as, su incorporación en los procesos educativos y en el mercado laboral.

Existen datos que indican que cerca de un 20.3 % los niños/as menores de 12 años en el país habitan en hogares con jefatura femenina, un importante número de estos son hogares de escasos recursos económicos con carencia de apoyo familiar para enfrentar la tarea de crianza infantil. (UNICEF 2006)

Se ha demostrado, que cuando programas de atención a niños/as le ofrecen a la madre alguna liberación de su tiempo de cuidado a los niños, se le brinda la posibilidad de permanecer en el sistema educativo, de capacitarse o de desempeño laboral fuera del hogar, esta situación repercute en un mejoramiento de los ingresos familiares, y por tanto, de las condiciones de vida (UNICEF 1994).

Es por eso que el Programa de Nutrición y Desarrollo Infantil tradicionalmente ha brindado el servicio a los niños/as entre los 2 a 7 años de edad, hijos/as de madres trabajadoras.

Sin embargo, un análisis de la realidad nacional actual y de las necesidades de protección de la población infantil, exige enfrentar nuevos retos para garantizar una atención con calidad de nuestros niños/as, ampliando las acciones del INDI, a propósito de acercarse más a las prioridades de la infancia, adecuar los servicios a una lógica mas orientada al enfoque de derechos, respetando los recursos de las comunidades.

Se ha reportado que el 36% de la población infantil y adolescente del país viven en condiciones de alta y muy alta vulnerabilidad, caracterizada por una alta prevalencia de embarazos en la adolescencia y baja escolaridad, entre otros. Además, en este grupo de población, los niños y niñas en edad escolar permanecen sin la atención de un adulto en horas no lectivas con el riesgo de deambular y convertirse en potenciales víctimas de problemática social y de salud, drogadicción, fracaso escolar, accidente, malnutrición, abuso (UNICEF 2006).

Lo anterior justifica que el INDI amplíe la oferta de servicios al grupo de niños/as menores de 2 años, mientras su madre estudia y/o trabaja y a los escolares de 7 a 13 años, ofreciéndoles espacios seguros donde permanecer durante el día, el tiempo que no están en la escuela.

## Promoción del crecimiento y desarrollo



Se entiende por promoción del crecimiento y desarrollo a la intervención dirigida para facilitar y acompañar los esfuerzos que se desarrollan en las comunidades, en pro de favorecer la reflexión y la transformación conscientes hacia el mejoramiento de la calidad de vida de los niños/as de 0 a 13 años de edad.

Esto funciona en el tanto que el promotor de crecimiento y desarrollo desarrolle estrategias para la creación de redes de apoyo social a la infancia, desarrollando acciones sinérgicas desde distintos sectores sociales (instituciones y organizaciones) para apoyar a la familia.

El paradigma sociocultural del desarrollo infantil, advierte sobre la relevancia de la calidad de las interacciones tempranas del niño con su madre, luego con su familia, que es la primer encargada de integrar al niño en la cultura y así el desarrollo será entendido como el grado en que progresivamente el niño se incorpora en el mundo social. Desde este punto de vista desarrollo y educación (socialización), son dos conceptos que están íntimamente unidos, por eso las acciones del INDI deben articularse con el quehacer de los grupos familiares.

Los escenarios que se proponen, para desplegar el componente de promoción del crecimiento y desarrollo son los siguiente:

### **Educación inicial y Apoyo educativo al niño escolar**

Se entiende por educación inicial la que se produce en función al niño de 0 a 6 años y se refiere a los procesos educativos oportunos y pertinentes que se generan a partir de las necesidades, intereses y características del niño/a , a fin de favorecer aprendizajes significativos que aporten a su desarrollo integral, dentro de una concepción del mismo como persona en continuo perfeccionamiento humano (Peralta y Fujimoto 1998). Para el INDI estas acciones educativas se desarrollan tanto intramuros como extramuros.

Se define como apoyo educativo al niño escolar las acciones dirigidas a niños/as de los 7 hasta los 13 años, durante el tiempo que permanece en el servicio de atención y protección diaria, orientadas a apoyar a la familia y a la escuela en su labor formadora y socializadora de los niños/as.

Siguiendo la teoría de Erikson sobre el desarrollo socioemocional de los niños/as, en esta etapa el niño/a enfrenta como crisis vital el dilema de desarrollar un sentido de productividad e industria y el riesgo de desarrollar sentimientos de inferioridad. Es por eso que el trabajo con este grupo de edad enfatizará aquellas acciones que fortalezcan la autoestima del niño/a y por lo tanto su sentido de “yo puedo”, “yo soy capaz”.

Se parte de un paradigma donde se visualiza al niño como un ente activo de su propio desarrollo y al adulto como mediador de experiencias de calidad. En este marco, se propone involucrar al aprendiz en actividades significativas que reflejen la vida real. La experiencia se convierte, entonces, en sinónimo de intercambio y actividad. De esta manera la exploración, el juego, la interacción social y el descubrimiento sirven de aliados para el desarrollo en escenarios educativos que reflejan entornos sociales reales.

El modelo Marco Abierto en educación es el que recoge los principios fundamentales que orientarán, tanto el currículo de educación inicial como las acciones de apoyo educativo a niños/as escolares (Chavarría 1994):

- Los niños son agentes activos e intencionales en su propio aprendizaje y desarrollo.
- Los niños desarrollan estructuras cognoscitivas como resultado de la interacción de sí mismo con el contexto, que es económico, histórico, social, cultural.
- El desarrollo estructural está relacionado con la edad y los contextos culturales.
- La educación debe tener como meta el promover oportunidades para desarrollar nuevas comprensiones e intuiciones.

- La acción transforma nuestra reflexión y nuestras reflexiones transforman nuestras acciones.
  - Las perspectivas personales son sumamente importantes en el aprendizaje. Los conocimientos son construidos personalmente y compartidos socialmente.
  - Todo sistema de conocimientos es construido, es una manera de interpretar el mundo. Los individuos, al aprender, crean sus propios significados y este concepto personal desarrollado en la interacción es muy importante en la selección de lo que se aprende.
- Estos principios son tomados en cuenta en la construcción de los currículos que orientarán la labor de promover para el niño/a, la construcción de ambientes y circunstancias de aprendizaje ricas en significados culturales, que sean portadores de valores de respeto a su condición de sujeto. Ello implica el análisis, para escoger aquellos valores que sean compatibles con modelos deseables de sociedad para una educación para la vida.

### **Vigilancia nutricional y del desarrollo infantil**

Involucra la observación científica del niño/a en particular en su actividad espontánea, considerando sus necesidades evolutivas y la determinación de sus requerimientos de apoyo a partir del diagnóstico y seguimiento a sus logros y limitaciones, sin estigmatizar.

Además, la evaluación, registro y sistematización del estado nutricional y del desarrollo psicomotor de los clientes del programa, permiten orientar las prioridades de intervención en salud. Las acciones de vigilancia permiten conocer cuales determinantes del estado nutricional y del desarrollo infantil promueven la salud o por el contrario constituyen un riesgo, información que se utiliza para tomar decisiones para intervenir oportunamente (WHO 2006, Tacsan 1999).

En el Instituto de Nutrición y Desarrollo Infantil se enfatizará en acciones de tamizaje y monitoreo periódico que permitan tener datos actualizados y oportunos para adecuar los servicios a la realidad epidemiológica del país.



## **Servicios interdisciplinarios a clientes y sus familias**

Todos los profesionales y técnicos se consideran mediadores entre la institución y el niño/a, la familia, la comunidad. Esta labor requiere no solo la oferta educativa sino también la intervención directa cuando los niños/as tienen necesidades especiales en su crecimiento y desarrollo. Para atenderlas, se promueven acciones sinérgicas con la comunidad y otras instituciones, a fin de maximizar el impacto de las acciones correctivas.

Implica constituir un puente que une los niveles de atención en salud, integrando los esfuerzos de los actores sociales que de alguna u otra manera tienen responsabilidades con los niños/as.

Incluye actividades diagnósticas, atención individual o grupal por problemas de malnutrición o desarrollo psicomotor, incorporación de familias al proceso de atención, referencias, contrarreferencias a instituciones especializadas y seguimiento de la población atendida.

Para brindar este servicio se conforma un equipo integrado por profesionales en psicología, nutrición, terapia de lenguaje, terapia física, educación preescolar, enfermería, que realizan acciones específicas con los niños/as, que requieren de una atención especializada.

## **Educación a grupos familiares y comunidad.**

Son acciones educativas dirigidas a grupos familiares y la comunidad, para la promoción del crecimiento y desarrollo, ejecutadas de forma indirecta (medios de comunicación masiva y material educativos escrito) o directa (visitas domiciliarias y sesiones educativas). Esta tarea se desarrollará aprovechando todos los espacios posibles, grupales e individuales, para convocar a las familias.

Un buen inicio en la vida en un entorno de crianza familiar, es la piedra angular del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, para lo cual es necesario formular, diseñar y ejecutar políticas y programas que tomen en cuenta las dimensiones emocional, social y intelectual del crecimiento y desarrollo, reconociendo también la diversidad y las tradiciones culturales en la crianza de los niños y niñas.

El enfoque de derechos nos permite encontrar el balance entre garantizar oportunidades y minimizar riesgos, interviniendo eso sí, con un carácter respetuoso de los aspectos de identidad, eso que hace de cada unidad social una entidad única e irrepetible.

El rescate de la diversidad en las intervenciones en pro del crecimiento y desarrollo infantil, se logra dando voz a la familia y la comunidad como unidad cultural con derechos.

Desde un paradigma de la complementación de la labor de la familia hablamos de acompañamiento en la tarea de la crianza y educación de los niños/as organizando acciones específicas para orientar a los grupos familiares en su rol socializador.

### **Investigación sobre nutrición preventiva, crecimiento y desarrollo infantil**

Las intervenciones, estrategias y acciones que implemente el INDI, serán determinadas con base a los resultados de investigaciones recientes en aspectos de alimentación, nutrición, crecimiento y desarrollo infantil, que proporciona la evidencia científica disponible en la literatura, a la identificación de necesidades de información de las comunidades donde se implementan los servicios del INDI, a los resultados de los proyectos de investigación cuantitativas y/o cualitativas que desarrolle el INDI y las que desarrolle conjuntamente con universidades e institutos de investigación en salud y educación existentes en el país. También, se considera como insumo las recomendaciones técnicas que emitan las agencias internacionales relacionadas con infancia.

Las investigaciones que realice el INDI se enmarcan dentro de dos ámbitos de trabajo una para generar conocimientos sobre las necesidades de la población atendida y otra en la investigación evaluativa para mejorar la calidad de la gestión y servicios. Para ello se deben aplicar revisiones continuas y evaluaciones sobre aspectos técnicos, a lo que el programa CEN-CINAI ha estado expuesto a lo largo de los años. Por lo tanto, los programas de alimentación complementaria demuestran beneficios nutricionales en la población atendida (MS 1979, MEP *et al* 1988, MS *et al* 1999, DESAF 2000, Barquera 2001).

### **Promoción de la salud en torno al eje de la infancia**

Finalmente con el propósito de orientar todas las acciones que implemente el INDI, se ha propuesto como estrategia: la promoción de la salud en torno al eje de la infancia. La cual está encaminada a complementar y responder a la estrategia maestra establecida por el Ministerio de Salud, como ente rector.

Comprende acciones de educación en salud y de comunicación social que realiza el Instituto de Nutrición y Desarrollo Infantil con sus clientes y los

grupos familiares y comunidades que se benefician, a fin de promover valores, conocimientos, actitudes y prácticas en torno a determinantes positivos que producen salud en la población infantil.

A través de la abogacía por la salud y promoción de la participación social, el INDI, impulsará a las familias y líderes de las comunidades que benefician, a incorporarse como agentes de cambio en la protección y mejoramiento de su salud.

Según estudios de la UNICEF, 1994, los programas alrededor del eje de infancia generan mayor confianza en las posibilidades de acción de los adultos y en especial de los padres, lo que produce el surgimiento de líderes y el incremento de actividades organizativas y sociales en las comunidades, en función a alcanzar otros logros.

### **Desarrollo Organizacional**

Comprende la necesidad del INDI de mantener un funcionamiento institucional acorde a las políticas de salud y para ello se ha definido como el un proceso que alinea la organización del Instituto, con su marco estratégico para contar con una entidad dinámica y evolutiva, que facilite el logro de los objetivos institucionales, con eficiencia y eficacia. Abarca toda la organización y es administrado por puestos de alto grado de decisión, mediante intervenciones planificadas que se ejecutan en todos los niveles de gestión (MS 2006).

Por lo que se mantiene un proceso de desarrollo organizacional conducido por el Nivel Central, con procesos implementados en los niveles regionales y locales.

### **Marco Estratégico**

#### **Misión**

Contribuir al bienestar actual y futuro de los niños y niñas, brindando servicios de salud en atención y protección diaria, nutrición preventiva, y promoción del crecimiento y desarrollo infantil con calidad, accesibles y equitativos; dirigidos a la niñez desde su periodo de gestación hasta los 13 años, a sus grupos familiares y comunidad, impulsando la participación social y el desarrollo integral del país.

## **Visión**

Seremos la institución líder en prestación de servicios de salud en nutrición y desarrollo infantil adaptados, con equidad a las necesidades de la niñez en Costa Rica. La población nos reconocerá como una institución accesible, confiable y solidaria que, en el marco de los derechos de la infancia, apoya a los grupos familiares y comunidades, en la tarea de crianza de los niños y niñas. Nos caracterizaremos por la capacidad técnica, compromiso y efectividad del personal.

## **Objetivos Estratégicos**

- Extender la cobertura de los servicios de nutrición preventiva y atención y protección diaria .
- Promocionar el Crecimiento y Desarrollo Infantil.
- Liderar, articular y controlar la gestión del Instituto de Nutrición y Desarrollo Infantil.
- Desarrollar y fortalecer la infraestructura, procesos, sistemas y servicios de apoyo logístico y de información del Instituto de Nutrición Y Desarrollo Infantil.

## **Estrategia maestra del INDI**

### Promoción de la salud en torno al eje de la infancia

Tomando como insumo los esfuerzos intersectoriales públicos y privados, a través de la promoción de la salud en torno al eje de infancia, se promueve el crecimiento y desarrollo infantil como potenciador de la calidad de vida de los niños/as incorporando como sujetos activos alas familias y la comunidad.

## **Valores**

Sensibilidad social: tenemos la capacidad de percibir las necesidades individuales y colectivas de nuestros clientes y beneficiarios y ejecutamos el trabajo asignado a partir del conocimiento de esa realidad, garantizando la inclusión de los más vulnerables para favorecer su acceso a los servicios.

**Solidaridad:** somos funcionarios con espíritu de servicio al cliente, promovemos relaciones interpersonales respetuosas donde se le da al cliente su lugar como sujeto derecho, estableciendo una relación humana donde prevalece la confianza, credibilidad y aceptación por las personas que requieren de nuestros servicios.

**Equidad:** la provisión de servicios se establecen siguiendo el debido balance, de manera que se le dé prioridad a la población más vulnerable, con criterios de justicia.

**Compromiso:** Empleamos todas nuestras capacidades y energías para ejecutar las acciones requeridas para cumplir con todo aquello que se nos ha encomendado y en lo que hemos empeñado nuestra palabra, buscando siempre resultados superiores a los esperados y asumiendo con responsabilidad las consecuencias de nuestros actos y decisiones.

**Efectividad:** Desarrollamos las actividades cotidianas enfocándonos en el logro de los objetivos de salud definidos a nivel nacional e institucional. Nos responsabilizamos por la calidad e impacto de nuestro trabajo y por el uso eficiente de los recursos. Estimulamos la creatividad, la innovación la mejora continua y la orientación a los resultados, como medio para superar día con día la productividad.

## **Bibliografía**

1. Abarca M.S., 1996. Vigotsky: La pertinencia de sus ideas en el ámbito psicoeducativo. *Revista Costarricense de Psicología* 23: 21-28.
2. Atkin L., Supervielle T., Sawyer R., Cantón P., 1987. Paso a paso como evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños. UNICEF, México, 457 pag.
3. Azcoaga J., 1993. Pedagogía de las funciones cerebrales superiores en la primera infancia. *Memorias VII Congreso Nacional de Educación Preescolar*. OMEP, Colombia, pag.112.
4. Banco Mundial, 2005. Desarrollo infantil temprano: el proyecto preescolar de high/scope Perry y estudios longitudinales de evaluación de impacto de los programas de desarrollo infantil temprano en países en desarrollo. Disponible en <http://www.oas.org/udse/dit2/porque/longitudinales.aspx>, <http://www.oas.org/udse/dit2/porque/países-desarrollo.aspx>, consultado el 14 de diciembre 2006.
5. Barquera S., Ribera-Dommarco J., Gasca-García A., 2001. Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. *Salud Pública Mex.* 43(5):464-477.
6. Beaton G., Bengoa J., 1976. *Nutrition in preventive medicine: the mayor deficiency syndromes, epidemiology, and approaches to control*. Geneva: World Health Organization.
7. Bengoa J., 2003. Historia de la Nutrición en Salud Pública. *An. Venez Nutr* 16(2):85-96 Caracas junio.
8. Bengoa J., 2003. Los programas de alimentación suplementaria y de enriquecimiento de alimentos en América Latina. Aspectos puntuales, *An Venez Nutr* 16(1):37-44.
9. Campoy C. 2007. Diferencia entre crecimiento y desarrollo. Universidad de Granada, Departamento Pediatría, España. Disponible en <http://www.pulevasalud.com/>, consultado el 5 marzo 2007.
10. CCSS. 2003. Estadísticas generales de los servicios de atención de la salud 1980-2003. Tomo I. San José. Consultado el 30 de marzo 2007. Disponible en <http://www.info.ccss.sa.cr/germed/dis/diess/document/pdf/cambio/pdf>

11. Cerqueira M.T., Conti A., De La Torre Y., Hipólito-Shepherd J., 2003. La promoción de la salud y el enfoque de espacios saludables en las Américas, pag. 36-42. FAO, 33, Alimentación, Nutrición y Agricultura.
12. Chavarría, M.C., 1994. Educación y atención del preescolar con base a principios de paz y desarrollo sostenible, Instituto de Investigaciones Psicológicas, UCR, San José, Costa Rica.
13. Consejo de niñez y adolescencia, 2000. Ideas para formular lineamientos de política para el desarrollo integral de los niños y niñas desde el nacimiento hasta los seis años en el ámbito familiar. Borrador de trabajo cuarta versión aun incompleta, San José, Costa Rica.
14. Cormack M., Fujimoto G., 1993. Estado del arte de la atención al niño menor de seis años en América Latina y el Caribe.OEA, Washington.D.C, pág.9.
15. Daza C., 1997. Nutrición infantil y rendimiento escolar. Colombia Médica 28(2):92-98.
16. DESAF, 2000. Evaluación del Programa Nacional de Nutrición y Desarrollo Infantil (CEN-CINAI), Area de Evaluación, San José, Costa Rica.
17. Enas E., Senthilkumar A., Chennikkara H., Bjurlin M., 2003. Prudent diet preventive nutrition from pediatrics to geriatrics: current knowledge and practical recommendations, Indian Heart J55:310-338.
18. Estado de la Nación (a), 2006. Derechos de la niñez y la adolescencia: una mirada detallada a las brechas cantonales y regionales. Programa Estado de la Nación, UNICEF, San José, Costa Rica.
19. Estado de la Nación, 2006 (b). Duodécimo Informe Estado de la Nación en desarrollo humano sostenible. Programa Estado de la Nación. San José Costa Rica.
20. Evans J.L., 2000. La primera infancia cuenta. Documento escrito para el Banco Mundial, Washington DC., pag.27.
21. Gibson R., 1990. Principles of Nutritional Assessment. Oxford University Press, New York, pag.163.
22. Gutrie H., Picciano M., 1995. Human Nutrition. Mosby-Year Book, Inc., Missouri USA.

23. INCAP/OPS, 2004. La seguridad alimentaria y nutricional: un enfoque integral, síntesis de los desafíos y experiencias en Centroamérica, Guatemala.
24. Mahan K., Escott-Stump S., 2001. Nutrición y dietoterapia de Krause. Mac GrawHill, décima edición, México.
25. Mahecha S., Rodríguez V., 2006. Agita São Paulo: Promoción de una vida activa como forma de vida en el Brasil, pag. 155-175. En OPS, Nutrición y vida activa, Washington DC. Publicación científica y técnica No. 612.
26. Martínez A., Astiasaran I., Madrigal H., 2002. Alimentación y Salud Pública. MacGraw Hill. Segunda Edición. México. Pag. 127.
27. Martínez E., 2002. Nutrición preventiva. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 20 (2):119-131.
28. Martorell R. 2006. Repercusiones normativas y programáticas de la investigación sobre la importancia de la nutrición en la primera infancia a largo plazo: lecciones aprendidas del estudio de seguimiento del INCAP, pag. 3-21. En OPS, Nutrición y vida activa, Washington DC. Publicación científica y técnica No. 612.
29. Martorell R., Stein A., 2003. El surgimiento de las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta en los países en desarrollo, pag. 723-745. En ILSI, OPS, Conocimientos actuales sobre nutrición, octava edición, Washington DC. Publicación científica y técnica No. 592.
30. MEP, MS, INCAP, 1988. Diagnóstico sobre funcionamiento de programas de alimentación a grupos de Costa Rica: Informe preliminar, Proyecto de Investigación operacional de PAG, Costa Rica.
31. MIDEPLAN, 2007. Plan Nacional de Desarrollo: Jorge Manuel Dengo Obregón 2006-2010, Gobierno de Costa Rica. San José.
32. Montezuma R., 2006. Promoción de modos de vida activos y espacios urbanos saludables: la transformación cultural y espacial de Bogotá Colombia. Pag. 177-196. En OPS, Nutrición y vida activa, Washington DC. Publicación científica y técnica No. 612.
33. Montilva M., 2005. La nutrición comunitaria: un desafío en Venezuela. An Venez Nutr 18(1): 116-120 Caracas.
34. MS y Ministerio de Educación, 2002. Censo nacional de talla en escolares de primer grado 1997. Costa Rica.



35. MS, 1979. Proyecto de Evaluación Técnico-administrativo: Programa de alimentación y nutrición, San José, Costa Rica.
36. MS, 1995. Propuesta de reestructuración y fortalecimiento del programa. Programa prioritario de Salud Pública: Nutrición y Desarrollo Infantil.(Propuesta para la Discusión), San José, Costa Rica: Departamento de Nutrición y Atención Integral.
37. MS, 1997b. Guías alimentarias para la educación nutricional en Costa Rica. San José.
38. MS, 1998. Propuesta de reestructuración del Ministerio de Salud, presentada a MIDEPLAN y aprobada DM 113-98, San José Costa Rica.
39. MS, 2002. Programa de Nutrición y Desarrollo Infantil. Desplegable informativo. San José, Costa Rica.
40. MS, DESAF, Estado de la Nación, 1999. Auditoria de la calidad de los servicios del Programa Nacional de Nutrición y Desarrollo Infantil: una propuesta. San José Costa Rica.
41. MS, Programa de Nutrición y Desarrollo Infantil, 2006. Plan Anual Operativo (POA) 2007, San José, Costa Rica.
42. MS,1997a. Encuesta Nacional de Nutrición 1996: fascículo 3. consumo de alimentos. Costa Rica.
43. MS. 2006. I taller de Inducción y Sensibilización proceso Desarrollo Organizacional, San José Costa Rica.
44. MS., 2006. Modelo Conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud. San José. Costa Rica.
45. Onis M., Frongillo E., Blössner M., 2000. Is malnutrition declining? An analysis of changes in levels of child malnutrition since 1980. Bulletin of the World Health Organization 78(10):1222-1231.
46. OPS, 1986. Manual de crecimiento y desarrollo. Serie Paltex 8, Washington D.C., 201 pag.
47. OPS, MS, 2003. Situación alimentaria y nutricional de Costa Rica, San José.
48. OPS, 2007. Agenda Decenal para las Américas 2008-2017. Documento impreso para discusión, 10 pag.

49. Patiño E., 2005. Educación nutricional y participación; claves del éxito en la nutrición comunitaria An Venez Nutr 18(1): 134-137 Caracas.
50. Pelletier D., Olson CH., Frongillo E., 2003. Inseguridad alimentaria, hambre y desnutrición, pag. 762-775. En ILSI, OPS, Conocimientos actuales sobre nutrición, octava edición, Washington DC. Publicación científica y técnica No. 592.
51. Peralta V., Fujimoto G. 1998. La atención Integral de la primera Infancia en América Latina. Ejes centrales y los desafíos para el siglo XXI O.E.A., Santiago de Chile.
52. Poleman Ch., Peckenpaug N., 1991. Nutrition essentials and diet therapy. Sixth edition. WB. Saunders Company. Philadelphia USA.. Pag.174-175.
53. Rivas P.(b), 1999. La reforma del sector salud y su incidencia sobre el sector Nutrición en Costa Rica. Nuestro derecho a la nutrición y la salud en Costa Rica. UNICEF 3(1):24-39.
54. Rivas P., 1999. Cronología de políticas de seguridad alimentaria y nutrición en Costa Rica. Nuestro derecho a la nutrición y la salud en Costa Rica. UNICEF 3(1):74-83.
55. Rodríguez L., Muñoz L., 1999. Seguridad alimentaria y desarrollo sostenible. Nuestro derecho a la nutrición y la salud en Costa Rica. UNICEF 3(1):40-45.
56. Smith L., 2000. Explaining child malnutrition in developing countries a cross-country analysis, International Food Policy Research Institute, pag. 111.
57. Sterling A., 2003. La investigación sobre la calidad de los programas para niños de hasta dos años de edad. ONG. EDO-PS-03-3. <http://ceep.crc.uiuc.edu/index.html>
58. Tacsan L., 1999. La vigilancia alimentaria y nutricional en Costa Rica. UNICEF Nuestro derecho a nutrición y salud en Costa Rica 3(1):16-23.
59. Terré, O., 2007. Neurodesarrollo estimulación temprana. San José Costa Rica. 210 pag..
60. UNICEF, 1994. Cumpliendo con necesidades básicas de aprendizaje a través de programas para la estimulación temprana y desarrollo de los niños. Educación Inicial, Educación Jalisco/UNICEF, México.

61. UNICEF, 2006. Progreso para la Infancia: un balance sobre la nutrición. Número 4. New York, USA.
62. UNICEF, 2006. V Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica 2005. San José, Costa Rica.
63. UNICEF, FLACSO, UCR, 2000. Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en Costa Rica, San José, 328 pag.
64. Vitora C., Albernaz E., Lutter Ch., 2006. Aporte de la investigación a las políticas de alimentación del lactante en América Latina, pag. 23-32. En OPS, Nutrición y vida activa, Washington DC. Publicación científica y técnica No. 612.
65. WHO, 2006. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, and body mass index-for-age, methods and development. France.
66. Wing R., Gorin A., Tate D., 2003. Estrategias para modificar los comportamientos relacionados con la alimentación y la actividad física, pag. 708-720. En ILSI, OPS, Conocimientos actuales sobre nutrición, octava edición, Washington DC. Publicación científica y técnica No. 592.