

«EL MODELO DE ATENCIÓN DESARROLLADO POR CANIA ES ÚNICO»

Desde 1995 Cania ha atendido a 250.000 niños de todo el país, con distintos grados de necesidades nutricionales, en la populosa parroquia Antímamo de Caracas. El niño y su familia reciben atención integral (médica, psicológica, nutricional y social), y la labor de Cania se extiende a los campos comunitario, educativo y científico. Ramón Piñango y Virgilio Armas, de *Debates IESA*, conversaron con los directivos de esta iniciativa social de Empresas Polar.

Debates IESA: ¿A qué se dedica Cania? ¿Cómo surge la idea de fundarla?

Vicente Pérez Dávila: En 1991, con motivo de los cincuenta años de Empresas Polar, se anunció un proyecto de importante impacto social en Antímamo, donde estuvo la sede de la primera planta cervecera. Desde un principio se pensó en una iniciativa en el área de nutrición y visitamos experiencias similares en Chile y México. En Venezuela consultamos al doctor José María Bengoa, el pionero de los programas nutricionales en el país, con experiencia desde finales de los años treinta. En 1995 inauguramos el Centro.

Carmen Elena Brito: En Cania tenemos tres programas: el Programa de Atención a la Malnutrición, con el que atendemos a los niños y sus familias mediante consultas y tratamientos interdisciplinarios; el Programa de Desarrollo Comunitario, de carácter preventivo, que consiste en desarrollar programas educativos en las escuelas, apoyar y fortalecer a los médicos y el personal de los ambulatorios, y formar promotores comunitarios de salud; y el Programa de Gestión de Conocimiento, con el que Cania interviene en su entorno y divulga los saberes acumulados.

Atendemos la malnutrición (tanto por defecto como por exceso), la talla baja y el sobrepeso y la obesidad. Ofrecemos atención a prematuros y a embarazadas, en especial a las adolescentes embarazadas. Dentro de este gran bloque, que es el Programa de Atención a la Malnutrición, también hay algo que nos satisface muchísimo, y en lo cual somos líderes: la atención de niños malnutridos con enfermedades crónicas de base; por ejemplo, niños malnutridos con insuficiencia renal, cardiopatías, problemas neurológicos o gastrointestinales. La población más

grande de este tipo de pacientes es la de niños con diagnóstico de autismo. Con frecuencia un niño autista es muy selectivo en lo que se refiere a la alimentación, y eso puede determinar o intensificar algunos síntomas de su cuadro. Un niño con problemas en el metabolismo no absorbe determinadas sustancias y, por lo tanto, hay que apoyarlo con determinadas fórmulas dietéticas. También contamos con una modalidad de atención que es el seminternado, en el que atendemos a niños con desnutrición moderada o grave, pero con compromisos adicionales, principalmente relacionados con su salud, con las condiciones de vida de su grupo familiar, o con dificultades en la relación madre-hijo, que dificultarían su recuperación.

¿Por qué escogieron el área de la nutrición para el proyecto de Antímamo?

VPD: Por tratarse de una de las áreas de interés social de mayor relevancia en aquel momento. En 1991 se hablaba en Venezuela de muchas cosas que realmente no se llegaron a comprobar en su totalidad, como por ejemplo que los niños más pobres comían perrarina. Se pensó siempre en el cuidado directo de la gente. Jamás se pensó en una instalación médica de gran envergadura. Sin duda, hubo aquí una conexión empresarial, histórica y sentimental que determinó el perfil de lo que sería Cania.

¿Que facilitó o dificultó las cosas?

VPD: Lo que más facilitó las cosas fue el interés de Empresas Polar en edificar una obra de sentido social y gran impacto en la zona donde estuvo su primera planta. Fue como una especie de retribución a la comunidad de Antímamo. El compromiso social de Empresas Po-

lar se ha solidificado mucho más en los últimos treinta años con la creación de Fundación Empresas Polar. Cania sirvió como un complemento muy importante para una acción social directa, dirigida al individuo, la familia y la comunidad.

¿Se puede decir que en lo social este es el proyecto estrella de Empresas Polar?

VPD: No es el programa estrella; pero, sin duda, es uno de los dos programas fundamentales junto con los programas de Fundación Empresas Polar. Cania depende directamente de Empresas Polar.

¿No de la Fundación? ¿Por qué? ¿Querían los accionistas estar muy pendientes del proyecto? ¿Era un proyecto muy especial?

VPD: El presidente de Empresas Polar siempre lo dice así: Cania es nuestra tacita de plata. Aunque, desde el punto de vista presupuestario, no llega a superar a la Fundación. Ella, de por sí, tiene una diversificación muy amplia. Cania es un proyecto muy específico, que tiene un presupuesto directo aprobado por Empresas Polar. Es una iniciativa muy apreciada por la empresa, aparte de la Fundación.

Nos han hablado de la contribución de Empresas Polar a Cania. ¿En qué contribuye Cania a Empresas Polar?

VPD: En términos económicos y financieros, nada. No hay retribución material. La retribución es la satisfacción de ofrecer un servicio social a una comunidad y un país, sin los que Empresas Polar no hubiera sido lo que es.

¿Cuántos niños atienden?

CEB: Con variaciones, en un año atendemos un promedio entre ocho mil y doce mil niños. Tras veinte años estamos cerca de los 250.000. Pero el balance no es solo de niños, porque también nos ocupamos de la familia y de la comunidad en términos generales, por lo que en estos veinte años hemos atendido a cerca de un millón de personas en el área nutricional y en áreas relacionadas con el desarrollo y el bienestar social y comunitario, la instrucción profesional y la investigación.

¿Cuánta gente trabaja en Cania?

CEB: 116 personas. Tenemos aproximadamente 25 especialistas, entre pediatras, nutrólogos, nutricionistas clínicos, trabajadores sociales y psicólogos clínicos. Además contamos con educadores, bioanalistas, enfermeras,



Carmen Elena Brito y Vicente Pérez Dávila

antropometristas, auxiliares de dietética, técnicos de abordaje comunitario y personal administrativo.

¿Por cuáles vías llegan los niños a Cania?

CEB: Algunos vienen de manera espontánea. Si una mamá que pasa frente a Cania decide entrar, a su hijo se le realiza una consulta de despistaje, en la que se hace una medida de la circunferencia braquial, para determinar si existe o no malnutrición. Digo malnutrición, porque nosotros atendemos la desnutrición o malnutrición por déficit, y la obesidad o malnutrición por exceso. Si el diagnóstico es malnutrición, el niño pasa a una consulta de triaje. Otra parte de nuestros pacientes viene referida por un centro médico o una escuela de la zona. En el área de triaje, un pediatra evalúa al niño y determina a cuál modalidad de atención va a ser remitido. Tenemos una amplia oferta de servicios para la atención integral de los niños.

¿Hay una red de localización de niños malnutridos?

VPD: Sí. Cania ha influido en la comunidad de manera muy exitosa. Entre muchas otras cosas, nos hemos abocado a promover y mejorar la capacidad diagnóstica de los médicos de la parroquia Antimano. Hemos formado a más de 500 promotores comunitarios: personas que, sin ser médicos, están en capacidad de identificar, mediante la medición de la circunferencia braquial, el estado nutricional del niño. También vamos a las escuelas y hacemos pesquisas nutricionales. Hoy podemos afirmar que Cania está más en la comunidad que la comunidad en Cania.

¿Han pensado en abrir otro centro de atención?

VPD: No. Cania cuesta muchísimo dinero y Empresas Polar es la patrocinadora única, exclusiva. En estos veinte años el dinero invertido pasa de los 200 millones de dólares. La inversión anual ronda entre diez millones y doce millones de dólares. Hablamos de unos montos que cubren casi la totalidad de lo que queremos hacer. Por supuesto, nos gustaría ampliar el alcance de nuestros servicios; pero, lamentablemente, nuestro presupuesto no puede expandirse hasta el infinito. Ahora, sí nos hemos puesto a la orden para cooperar con otras instituciones y asociaciones. También brindamos asesoría para la gestión de algunos centros de atención nutricional que hacen actividades parecidas a Cania, pero que no son la repetición de Cania.

EL MODELO DE CANIA ES ÚNICO

¿Qué diferencia a Cania?

VPD: Cuando un niño llega a Cania le caen como en «cayapa» varios especialistas. El modelo de atención desarrollado por Cania es único, nadie más lo aplica. Al niño se le hace un diagnóstico integral e interactivo. El psicólogo le puede decir al médico, en un momento dado, «yo noté esto» y el médico toma una acción con base en esta observación, y viceversa. Es un modelo dinámico, que se realimenta a sí mismo y constantemente lo estamos ofreciendo a organizaciones públicas y privadas que se identifiquen con nuestras metas y experiencias. El doctor Bengoa elogió el modelo de Cania y dijo que era único: en ninguna otra institución se ve a un grupo de especialistas reunido en torno a un niño.

Fotografía: Irialis Pérez

¿Quiénes examinan al niño que llega a Cania?

CEB: Un pediatra nutrólogo, un trabajador social, un psicólogo y un nutricionista. En ocasiones, y de mutuo acuerdo, el equipo no sigue adelante hasta que la madre y el niño sean vistos por el trabajador social o el psicólogo, porque se sospecha que en ese grupo familiar puede haber un problema que puede dificultar la evolución del caso. Y se hace énfasis en eso.

Eso de que «les caen en cayapa» es algo que desborda la práctica de una organización privada. Muchas veces la gente anda del timbo al tambo, buscando a alguien que agregue la información.

CEB: Es así. De hecho, los profesionales en Cania quieren seguir trabajando con ese esquema porque ven que es exitoso y da buenos resultados.

Una de las cosas en las que hemos mejorado, en mi opinión, fue en complementar el enfoque de atención individual con la atención grupal. Eso no estaba previsto. Al inicio nunca pensamos en esta iniciativa, porque queríamos dar la atención lo más particularizada posible. Pero, cuando cobramos conciencia de que habíamos recolectado mucha información de casos similares, la lógica nos indicó que no era óptimo estar atendiendo caso por caso. Por supuesto, hay pacientes que requieren atención individual. Otro hallazgo fue la formación y el fortalecimiento de los equipos interdisciplinarios. Al principio, a pesar de que teníamos un equipo de profesionales, no trabajábamos de manera interdisciplinaria; a veces no compartíamos la información de manera tan eficiente.

¿Tiene la atención recibida por los niños alguna influencia en la conducta de los padres?

CEB: Aunque el objeto de atención siempre es el niño, el eje de nuestra atención es la madre. Analizamos al niño mediante el estudio de la madre o de la persona que asiste como representante, también del núcleo familiar. Gestionamos la consulta como una «coterapia», porque debe incorporarse a la madre en todo este proceso. Además, sabemos que a medida que fortalecemos a la madre aumenta la seguridad alimentaria y emocional de todo el grupo familiar. Por ello, en Cania se trabaja mucho en el empoderamiento de la madre. Se trabajan también aspectos psicológicos, como la autoesti-

ma y la comunicación. Se busca proporcionar a la madre herramientas para mejorar la elaboración del presupuesto familiar, porque hemos encontrado a mujeres muy pasivas, que se amoldan a las decisiones de compra de la pareja que provee los recursos de la familia.

VPD: El modelo de Cania ha cambiado. Al principio teníamos la idea de que nuestra principal actividad iba tener lugar en el seminternado; es decir, la permanencia de los niños en el centro. Así lo señalaban las experiencias asistenciales en Chile y México. Afortunadamente, los casos de desnutrición grave y moderada, para los que habíamos pensado el área de seminternado, son poco frecuentes. Nos hemos dado cuenta de que muchos de los niños que permanecen en el área de recuperación nutricional provienen de hogares que no tienen hábitos alimenticios saludables. No abundan los casos de niños de hogares tan pobres que no puedan conseguir alimentos. Muchos de los pacientes que llegamos a manejar en el Área de Recuperación Nutricional, vistos retrospectivamente, no requerían ser internados. Todos estos factores nos condujeron a mejorar la atención en el centro en la modalidad ambulatoria, con estrategias grupales y todo lo demás.

¿Cuántos niños internados atienden?

CEB: En la actualidad, 45. El niño es atendido bajo la modalidad de seminternado durante tres meses o hasta que se considere que se le pueda dar de alta, en un horario de siete de la mañana a tres de la tarde.

¿Cómo es el día de un niño en el seminternado?

CEB: El niño llega en la mañana. La mamá lo baña, lo cambia y le da el desayuno, con el apoyo y la supervisión de una educadora, y luego se retira. Si el niño tiene desnutrición grave o alguna condición crónica, la mamá se queda durante todo el día porque tiene que aprender a alimentarlo y a atender una serie de aspectos básicos de acuerdo con el caso. Nada hacemos con recuperar al niño y que no haya un cambio en la madre y en la familia. Luego el niño duerme la siesta y se hacen actividades de estimulación. Durante todo el período se le suministran sus medicamentos, de necesitarlos. Se le da desayuno, merienda, almuerzo y otra merienda, y durante todo el día participa en actividades educativas o recreativas. También trabajamos con masaje infantil y

microtalleres de hábitos de higiene y aseo personal, sueño, entre otros. En paralelo, la madre asiste a actividades grupales y a consultas.

¿La mamá puede estar presente?

CEB: Durante las primeras dos semanas tiene que estar presente. De allí en adelante se queda solo para actividades específicas de asesoría, apoyo y entrenamiento. Además, tiene que asistir a unos microtalleres en los que se le enseña a hervir agua, preparar arroz, lavar una licuadora, preparar recetas variadas, preparar vegetales... A veces se registra el caso de que la recomendación nutricional consiste en comer más vegetales, pero la mamá ni siquiera sabe qué es una berenjena y no sabe cómo prepararla.

¿Y cómo hacen con la escuela?

CEB: Recibimos únicamente niños menores de cinco años. Al principio teníamos una capacidad de sesenta niños y aceptábamos niños hasta los diez años, pero la obligación de que el niño fuese a la escuela era un problema importante, porque algunas autoridades escolares no veían la malnutrición como una enfermedad. Entonces empezamos a concientizar no solo a los padres, sino a los docentes acerca de la condición real del niño y de la malnutrición y sus consecuencias en la salud y el desarrollo del pequeño. Además, siempre hemos desarrollado programas educativos y de estimulación en el seminternado a fin de cubrir este tema.

COMPENETRACIÓN CON LA COMUNIDAD

El trabajo de ustedes es directamente con la comunidad, no tanto con organizaciones...

VPD: Con todos: con la comunidad, con los ministerios, con los alcaldes, con los consejos comunales, con las escuelas. Estamos integrados a la comunidad de Antimano. Sentimos que hemos triunfado porque la comunidad nos ha reconocido. Con el Programa Gestión de Conocimiento nos concentramos en investigar, documentar y propagar saberes relacionados con la atención de la malnutrición infantil. ¿De qué manera? Mediante la elaboración de textos, unos cuantos de ellos aún inéditos. El más relevante es *Nutrición en pediatría*, un libro consultado por médicos y especialistas: dos tomos que realmente son una referencia obligada. También publicamos boletines semestrales, con información al día. En cuanto a formación académica, tenemos un

posgrado en Nutrición Clínica Pediátrica, reconocido y avalado por la Universidad Central de Venezuela. Recibimos pasantes de múltiples universidades y distribuimos folletos divulgativos de manera gratuita. Nuestra página web recibe visitas nacionales e internacionales. Cuenta con una sección donde un grupo de especialistas responde preguntas. Cualquier madre puede entrar al portal y hacer su consulta. Nosotros le respondemos en el menor tiempo posible. Organizamos conferencias y publicamos artículos en revistas científicas de prestigio. Yo creo, verdaderamente, que Cania ha llenado las expectativas que rodearon su creación. Y sigue creciendo.

¿Cuál ha sido la mayor dificultad en la historia de Cania?

VPD: Hubo un momento cuando un sector de la comunidad se alborotó y pensamos que podía haber un intento de intervenir el centro...

¿Cuál era el miedo de ustedes?

VPD: Que nos invadieran, pero ese temor fue algo efímero, porque la misma gente hizo frente al grupito que pretendía hacerlo. Aparte de ese episodio, más nada. Cania goza del cariño popular, porque aquí se hacen las cosas bien. Existe una penetración con la comunidad.

¿Y problemas por sobredemanda del servicio?

CEB: La sobredemanda ha sido importante. En algunos momentos, nos ha superado. Hemos tenido que limitar los servicios a la comunidad de Antimano y reenviar por referencia los casos provenientes de las comunidades más lejanas; porque, en algunos casos, no los podemos atender, ni siquiera con el enfoque de atención grupal. Es importante destacar en este punto que todos nuestros servicios son completamente gratuitos; es decir, en Cania el paciente no debe pagar absolutamente nada.

¿Cómo es la atención grupal?

CEB: Pacientes que se agrupan y son atendidos de manera simultánea por un especialista. Este nuevo método de atención descarga un poco la demanda y mejora nuestra gestión del tiempo. Otro segmento de pacientes que solemos ver en grupo es el de niños con malnutrición leve y subclínica. Además, muchas de las actividades educativas se celebran en grupo. También aprovechamos la presencia de las madres en las salas de espera para que un especialista les haga una presentación relacionada con

los hábitos alimentarios saludables, la familia, la lactancia materna, los valores, entre otros temas.

EL PROBLEMA CRECIENTE DE LA OBESIDAD

¿Cuál es el factor más inquietante del cuadro actual de los sectores populares?

CEB: Los embarazos en adolescentes y la desestructuración de muchos hogares. En la consulta vemos a muchas familias complejas, en las que una abuela mantiene a todo el grupo familiar, incluso a una nieta con hijos. Algo nos ha sorprendido: hay más figuras paternas presentes de lo que cabía esperar. Sin embargo, no siempre es el mismo padre para todos los niños. También el problema en el manejo de las conductas alimentarias fue algo que descubrimos en el camino. Se pensaba que la principal causa del mal de la malnutrición era la falta de dinero para conseguir alimen-

«Parece que el único factor que cambió durante un tiempo fue el ingreso familiar. En consecuencia, podemos presumir que al estancarse o disminuir el ingreso familiar podría desmejorar el consumo»

tos o la falta de información. Pero, con frecuencia, el problema no es que no se tenga el dinero para la comida, sino que hay un manejo inadecuado de la alimentación o del presupuesto, se incumplen los horarios, o no hay presencia compartida de la familia a la hora de comer.

¿Cuál sería la principal medida para atender el problema de malnutrición en las ciudades?

VPD: Mejorar la seguridad alimentaria, en cuanto a la disponibilidad y la variedad de productos en cualquier establecimiento. Ello requiere mejorar la producción nacional de alimentos, para que esa mayor oferta de productos estabilice los precios y exista un mayor acceso de la población a la comida.

CEB: Yo agregaría que se debe garantizar la alimentación en las escuelas y fortalecer la formación de los docentes como multiplicadores de la alimentación sana. En Antimano hay 45 escuelas, de las cuales solamente cinco son bolivarianas y tienen el programa de alimentación escolar. Se observa una diferencia en la nutrición de los niños que tienen el programa escolar. En Cania nos gustaría poder trabajar

cada vez más de la mano con los docentes, formarlos mejor y llegarles a los padres por esta vía.

VPD: Hay que seguir profundizando en campañas sencillas de salud nutricional: promover una dieta mejor compuesta, que tenga menos azúcares, que tenga más proteínas, más vegetales, más frutas. Tenemos especialistas que vigilan los precios de la canasta alimentaria, y van enseñando a las madres a aprovechar las diferentes temporadas de alimentos o identificar productos sustitutos.

¿Qué dice el «Estudio de la situación alimentaria y nutricional de la parroquia Antimano 2012», elaborado por ustedes?

VPD: Ese estudio dice muchas cosas. El promedio de estatura de los niños que han llegado de la parroquia Antimano entre 2005 y 2012 se ha incrementado en dos centímetros. También se reafirma el hecho de que la desnutrición grave no ha aumentado; siempre se ha mantenido

muy baja, por lo menos hasta el 2012, que fue la fecha de cierre del estudio. La desnutrición moderada se mantiene más o menos estable. Hay más niños normales hoy que en 2005. Además, la desnutrición por déficit ha disminuido. Ahora, la desnutrición por exceso va en ascenso. Aquí encontramos lo que se ha llamado «la doble carga de la malnutrición»: puedo tener un niño nutrido desde el punto de vista calórico, pero obeso; o dos niños, uno obeso y otro desnutrido en una misma familia.

CEB: Cuando evaluamos las condiciones de educación de la familia, las características de la vivienda y otros factores que pueden determinar sus condiciones de pobreza, notamos que no ha habido una mejora. Esto nos hace suponer que, en general, no ha habido un mayor desarrollo educativo o laboral en el grupo familiar. Este estancamiento pudiese ser un factor que desmejore o modifique, en un futuro, la alimentación de las familias populares. Parece que el único factor que cambió durante un tiempo fue el ingreso familiar. En consecuencia, podemos presumir que al estancarse o disminuir el ingreso familiar podría desmejorar el consumo. 