

**EVALUACIÓN del COMPONENTE de  
MONITOREO y PROMOCIÓN del CRECIMIENTO de la  
ESTRATEGIA AIEPI AINM-C en el  
Programa de EXTENSIÓN de COBERTURA en Guatemala**

**INFORME FINAL**

Realizada para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala por el  
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) bajo contrato con  
URC/Calidad en Salud,  
con financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional  
(USAID)

Guatemala, marzo de 2008

## Tabla de contenido

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	<b>1</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>II. OBJETIVOS</b> .....	<b>3</b>
<b>III. MARCO DE REFERENCIA</b> .....	<b>4</b>
A. Generalidades de la estrategia .....	4
B. Proceso de implementación del componente de MPC .....	5
C. Interrogantes según marco de referencia .....	6
<b>IV. METODOLOGÍA</b> .....	<b>7</b>
A. Componente Cualitativo .....	7
1. Determinación de la muestra .....	7
2. Cálculo del tamaño de la muestra .....	8
3. Manejo y análisis de la información .....	8
4. Información de los procesos institucionales .....	9
5. Información de los procesos en la comunidad .....	9
6. Evaluación de efectos en proveedores de salud .....	9
7. Evaluación de efectos en el hogar .....	10
B. Componente Cuantitativo .....	10
1. Tipo de diseño .....	10
2. Criterios y pasos para la selección de los municipios y comunidades .....	10
3. Descripción de la muestra final en comunidades de intervención y control en los municipios seleccionados .....	11
4. Determinación del tamaño de la muestra .....	12
5. Identificación de viviendas visitadas .....	13
6. Trabajo de campo, digitación y análisis .....	13
7. Manejo y control de calidad de los datos .....	13
<b>V. RESULTADOS</b> .....	<b>14</b>
A. Evaluación de los procesos .....	14
B. Evaluación de efectos en los proveedores .....	18
C. Evaluación de los efectos en los conocimientos y prácticas reportadas de las madres .....	27
<b>VI. DISCUSIÓN</b> .....	<b>50</b>
<b>VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>53</b>

<b>VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO 1: METODOLOGÍA DEL ESTUDIO.....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO 2: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE PROCESOS.....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO 3: ACTIVIDADES DEFINIDAS PARA CADA FASE DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI AINM-C .....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO 4: FUNCIONES DEL EQUIPO BASICO .....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO 5: INFORME OBJETIVO 2 .....</b>	<b>96</b>

## Índice de cuadros

Cuadro 1. Número y tipo de informantes clave entrevistados en el componente cualitativo.....	8
Cuadro 2. Municipios con comunidades de intervención y control .....	11
Cuadro 3. Tamaño de la muestra del componente cuantitativo.....	12
Cuadro 4. Distribución de familias encuestadas por municipio/unidad de intervención y de control identificadas como participantes o no participantes de los servicios del PEC.....	12
Cuadro 5. Capacitación para la toma de peso y consejería de los facilitadores comunitarios observados/entrevistados .....	16
Cuadro 6. Capacitación para la toma de peso y consejería de los vigilantes de salud observados/ entrevistados .....	17
Cuadro 7. Resumen del flujo de información del monitoreo de crecimiento.....	18
Cuadro 8. Conocimientos y prácticas de monitoreo y promoción de crecimiento y lactancia materna y alimentación infantil reportados por los vigilantes de salud .....	19
Cuadro 9. Sistema de apoyo de supervisión para los vigilantes de salud.....	20
Cuadro 10. Resultados individuales de la observación de la toma de peso a 25 vigilantes de salud.....	21
Cuadro 11. Desempeño de los vigilantes de salud en la toma del peso (Observación, N=25) .	22
Cuadro 12. Desempeño de los vigilantes de salud en el registro y clasificación del peso (Observación, N=25) .....	23
Cuadro 13. Desempeño de los vigilantes de salud en la consejería para la promoción del crecimiento (Observación, N=25) .....	24
Cuadro 14. Respuestas de los vigilantes de salud en relación a la consejería que se debe ofrecer en caso particular planteado (N=25) .....	24
Cuadro 15. Respuestas de los vigilantes de salud en relación a la visita domiciliaria de seguimiento (N=25).....	25
Cuadro 16. Sistema de información sobre MPC en las ONG .....	25
Cuadro 17. Porcentaje de Centros de Convergencia que contaban con datos en Sala Situacional (Observación, N=30) .....	26
Cuadro 18. Distribución de las familias de la muestra según departamento de residencia .....	27
Cuadro 19. Porcentaje de hogares con características seleccionadas por grupos de intervención y control.....	28
Cuadro 20. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo intervención y control sobre acceso a servicios de salud.....	29
Cuadro 21. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo intervención y control sobre infección respiratoria en hijos menores de 5 años, manejo y acceso a servicios de salud .....	30
Cuadro 22. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo intervención y control sobre manejo de casos de diarrea en hijos menores de 2 años .....	30
Cuadro 23. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo intervención y control sobre acceso y servicios de salud en caso de diarrea en hijos menores de 2 años .....	31
Cuadro 24. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo intervención y control sobre manejo y prevención de casos de diarrea en hijos menores de 2 años .....	32
Cuadro 25. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo intervención y control sobre monitoreo del crecimiento a su hijo más pequeño.....	33

Cuadro 26. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo de intervención y control sobre alimentación de sus hijos menores de 2 años .....	34
Cuadro 27. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo intervención y control sobre frecuencia de amamantamiento del hijo más pequeño .....	34
Cuadro 28. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo intervención y control sobre alimentación con biberón de sus hijos menores de 2 años.....	35
Cuadro 29. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo intervención y control sobre alimentación complementaria de sus hijos menores de 2 años.....	36
Cuadro 30. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo intervención y control sobre alimentación complementaria de sus hijos menores de 2 años.....	37
Cuadro 31. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo intervención y control sobre alimentación complementaria de sus hijos menores de 2 años.....	38
Cuadro 32. Clasificación del estado nutricional e interpretación de los valores de la prevalencia.....	39
Cuadro 33. Porcentaje de niños con desnutrición aguda (Peso/ talla <- 2.00 DE) por categoría de edad en grupo intervención y control (estándares OMS) .....	39
Cuadro 34. Porcentaje de niños con desnutrición crónica (Talla/ edad <- 2.00 DE) por categoría de edad en grupo intervención y control (estándares OMS).....	40
Cuadro 35. Porcentaje de niños con desnutrición global (Peso/ edad <- 2.00 DE) por categoría de edad en grupo intervención y control (estándares OMS).....	40
Cuadro 36. Porcentaje de niños con desnutrición aguda (Peso/ talla <- 2.00 DE) por categoría de edad en grupo intervención y control (patrones NCHS).....	41
Cuadro 37. Porcentaje de niños con desnutrición crónica (Talla/ edad <- 2.00 DE) por categoría de edad en grupo intervención y control (patrones NCHS).....	41
Cuadro 38. Porcentaje de niños con desnutrición global (Peso/ edad <- 2.00 DE) por categoría de edad en grupo intervención y control (patrones NCHS).....	41
Cuadro 39. Porcentaje de niños con desnutrición aguda (Peso/ talla <- 2.00 DE) según características socioeconómicas en grupo intervención y control (estándares OMS).....	42
Cuadro 40. Porcentaje de niños con desnutrición crónica (Talla/ edad <-2.00 DE) según características socioeconómicas en grupo intervención y control (estándares OMS).....	43
Cuadro 41. Porcentaje de niños con desnutrición global (Peso/ edad <-2.00 DE) según características socioeconómicas en grupo intervención y control (estándares OMS).....	43
Cuadro 42. Porcentaje de niños con desnutrición aguda (Peso/ talla <- 2.00 DE) según características socioeconómicas en grupo intervención y control (patrones NCHS).....	44
Cuadro 43. Porcentaje de niños con desnutrición crónica (talla/edad <-2.00 DE) según características socioeconómicas en grupo intervención y control (patrones NCHS).....	44
Cuadro 44. Porcentaje de niños con desnutrición global (peso/ edad <-2.00 DE) según características socioeconómicas en grupo intervención y control (patrones NCHS).....	45
Cuadro 45. Resultados de regresión múltiple para talla/ edad <-2.00 DE en niños menores de 2 años y en los niños menores de 5 años, estándares OMS.....	46
Cuadro 46. Porcentaje de niños de 0-23 meses con desnutrición aguda, global y crónica según índice de prácticas adecuadas de salud en grupo intervención y grupo control (estándares NCHS y OMS) .....	47
Cuadro 47. Porcentaje de niños de 0-23 meses con desnutrición aguda, global y crónica según índice básico socioeconómico en grupo intervención y grupo control (estándares NCHS y OMS).....	49

## Índice de Diagramas

Diagrama No. 1: Marco de referencia de la Estrategia AIEPI AINM-C.....	4
Diagrama No. 2: Involucrados en la capacitación para la entrega de servicios de AIEPI AINM-C .....	5
Diagrama No. 3: Definición y medición de elementos del proceso y efectos.....	6
Diagrama No. 4: Niveles de operación para la entrega de servicios básicos de salud en las comunidades .....	8
Diagrama No. 5: Jerarquías involucradas para la evaluación de proceso .....	9
Diagrama No. 6: Definición de las unidades de intervención y de control .....	10
Diagrama No. 7 Esquema de capacitación en cascada.....	16

### **Siglas Utilizadas**

AE	Auxiliar de Enfermería
AIEPI	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia
AINM-C	Atención Integrada a la Niñez y a la Mujer en la Comunidad
ASS	Administradora de Servicios de Salud
CC	Centro Comunitario o Centro de Convergencia
CT	Comadrona Tradicional
DE	Desviación Estándar
EA	Enfermera Ambulatoria
EBS	Equipo Básico de Salud
FC	Facilitador Comunitario
FI	Facilitador Institucional
IEC	Información, Educación y Comunicación
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
MA	Médico Ambulatorio
MPC	Monitoreo y Promoción del Crecimiento
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
NCHS	National Center for Health Statistics
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
PEC	Programa de Extensión de Cobertura
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
PROSAN	Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional
PSS	Prestadora de Servicios de Salud
SBS	Servicios Básicos de Salud
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
UAT	Unidad de Asistencia Técnica
UPS1	Unidad de Provisión de Servicios del primer nivel de atención

## RESUMEN EJECUTIVO

Esta evaluación trató de determinar el efecto del monitoreo y promoción del crecimiento (MPC) en el estado nutricional de los niños menores de 5 años -con énfasis en los menores de dos- que participan en el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) con la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia y Atención Integral del Niño y la Madre a nivel Comunitario, comúnmente conocida como AIEPI AINM-C. Específicamente, la investigación documenta el proceso de implementación del componente de monitoreo y promoción del crecimiento (MPC) de la estrategia AIEPI AINM-C en el marco del Programa de Extensión de Cobertura, evalúa los efectos del MPC en los servicios, los proveedores y, especialmente, en los conocimientos y prácticas de las madres que participan en la estrategia, y en el estado nutricional de los niños/as menores de 5 años de edad de las comunidades evaluadas.

En 2002, el Programa de Extensión de Cobertura se fortaleció con la implementación de la estrategia de AIEPI AINM-C que se orientó a dar un mayor énfasis al manejo integrado de casos en la niñez y la mujer en la comunidad, y a aspectos de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en las poblaciones atendidas. Uno de los componentes de la estrategia es el monitoreo y promoción del crecimiento físico de los niños menores de dos años y hasta cinco años, que incluye la medición del peso mensualmente en niños menores de dos años, la consejería a la madre o cuidadora sobre lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria, así como otros aspectos preventivos, y el seguimiento de los compromisos de las madres mediante la visita domiciliaria. El efecto esperado de este componente en los niños es el mejoramiento de su estado nutricional a través de la promoción de cambios en los conocimientos y prácticas de los prestadores comunitarios de servicios de salud y de las madres o cuidadoras de estos niños.

La evaluación utilizó metodología cualitativa y cuantitativa. Con esta combinación de métodos se evaluaron los objetivos de interés. El componente cualitativo exploró los niveles de operación que participaron en la gestión, implementación y operación de la estrategia AIEPI AINM-C. A través de la revisión documental y entrevistas se describieron los procesos desde el nivel central gerencial hasta el nivel técnico de operación en las comunidades, y se incluyó la participación de proveedores de salud y agentes comunitarios, particularmente los responsables de la promoción del crecimiento, los FC y VS. La información fue complementada con aquella obtenida por medio de la observación de los procesos de monitoreo del crecimiento y consejería.

El diseño de la evaluación cuantitativa fue cuasi-experimental, con un grupo de intervención y un grupo control. En el grupo de intervención se incluyeron municipios participantes en la extensión de cobertura con el apoyo de la estrategia de AIEPI AINM-C, y el grupo control fue integrado por municipios con características similares en los que no se implementó la intervención. Adicionalmente, para el grupo de intervención se tuvo especial cuidado de que las unidades no estuvieran participando de la estrategia de distribución de Vitacereal, un alimento complementario para niños de 6-36 meses, mujeres embarazadas y madres en período de lactancia. Esto limitó el número posible de áreas de evaluación porque la mayoría de las jurisdicciones con extensión de cobertura estaban recibiendo este alimento complementario en el 2007. La evaluación se llevó a cabo por medio de una encuesta a madres de niños menores de 2 años, y antropometría a todos los niños menores de 5 años en esas viviendas. El total de madres con menores de 2 años entrevistadas fue 1,351. Este número de madres permitió captar al menos 120 niños menores de 2 años por cada unidad de comparación (intervención y control).

Al momento de la evaluación se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el estado nutricional de los niños del grupo de intervención y del grupo control.

- Tomando al total de niños menores de 5 años, sin categorizar por grupo de edad, se encuentra que hay tendencia a un mejor estado de nutrición según baja talla para edad y bajo peso para edad en el grupo control que en el grupo experimental.

- Hay una tendencia, estadísticamente no significativa, a un mejor estado de nutrición actual en el grupo intervención, en comparación con el grupo control.
- Las diferencias más importantes en el grupo de niños menores de dos años son la alta prevalencia en desnutrición crónica en niños de 0 a 11 meses y la alta prevalencia de desnutrición global en niños de 12 a 23 meses, ambas a favor del grupo control.
- Las diferencias de prevalencia de baja talla para edad en niños de 36 a 47 meses entre ambos grupos son estadísticamente significativas, y también desfavorables para el grupo de intervención.

No contando con datos de línea de base, puede interpretarse que estos resultados son producto de una buena focalización del Programa de Extensión de Cobertura y su estrategia AIEPI AINM-C, o, por el contrario, de la falta de un impacto real de las actividades del programa. Habrá que esperar una próxima medición para establecer con certeza si el programa está siendo efectivo en disminuir la desnutrición en los niños.

Un indicio positivo de que la situación puede estar cambiando son las diferencias encontradas en algunos conocimientos y prácticas reportadas por las madres de los niños menores de dos años del grupo de intervención, comparadas con las del grupo control. El grupo de intervención reporta mayor uso de servicios de salud y del monitoreo de crecimiento y mejores prácticas de lactancia materna exclusiva y de alimentación complementaria que el grupo control. Sin embargo, los conocimientos de las madres de los menores de 2 años individualmente son similares a las del grupo control. Un índice creado agrupando variables de prácticas positivas reportadas por la madre parece estar relacionado directamente con la prevalencia de desnutrición en los niños (es decir, a mayor valor del índice, mejor estado nutricional) de comunidades que recibieron la intervención, pero también en las que no recibieron la intervención.

La evaluación puso en evidencia la necesidad de reforzar el desempeño del equipo básico de salud, especialmente de los vigilantes de salud responsables del MPC y los facilitadores comunitarios. A pesar de que reportan que fueron capacitados, se encontró que los conocimientos de los vigilantes de salud en relación a lactancia materna y alimentación complementaria son precarios. También, la medición del peso realizada por ellos no está claramente vinculada al seguimiento mediante una visita domiciliar a las madres de niños con retardo de crecimiento. Finalmente, sus prácticas en el MPC son deficientes, especialmente en los aspectos de consejería a la madre.

En general, la información del peso en los menores de dos años que es registrada por los vigilantes de salud de las comunidades intervenidas no se utiliza para clasificar el crecimiento del niño(a), explicar a la madre la situación encontrada, dar consejería y hacer un compromiso con ella sobre lo que debe hacer ante esta situación. La evaluación también demostró las brechas en cuanto al sistema de información, desde la falta de cuadernos del vigilante porque la mayoría de las ONG no los imprimieron para 2006-07, hasta la ausencia de consolidados de los diferentes datos en la sala situacional de los centros de convergencia.

La evaluación ofrece recomendaciones necesarias para mejorar todos los aspectos de la estrategia de AIEPI AINM-C tales como la decisión política para continuar con la estrategia, el reto de la capacitación y seguimiento de gran número de personal, las prácticas de MPC y el sistema de información. Por otra parte, el seguimiento a esta evaluación con otra similar al final de dos años más de intervención mejorada podría ser de mucha utilidad para establecer el impacto de la estrategia.

## **I. INTRODUCCIÓN**

En Guatemala, como en otros países de la región Centroamericana, existe interés en ofrecer mejores opciones en términos de acceso y calidad de servicios de salud a la población. Esto ha motivado a que se implementen acciones específicas, sobre todo en los lugares con mayores problemas de salud y peores condiciones socioeconómicas. En el año 1997, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) implementó el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) por medio del cual se contrataron organizaciones no gubernamentales (ONG) para prestar un paquete de servicios básicos de salud (SBS) en comunidades rurales previamente sin cobertura de salud. En 2002, el Programa de Extensión de Cobertura se fortaleció con la implementación de la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia y Atención Integral del Niño y la Mujer a nivel Comunitario, comúnmente conocida como AIEPI AINM-C, para dar énfasis al manejo integrado de casos en la niñez y la mujer en la comunidad y a aspectos de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en las poblaciones atendidas.

Uno de los componentes de la estrategia AIEPI AINM-C es el monitoreo y promoción del crecimiento físico de los niños menores de cinco años, con énfasis en los menores de dos años. El efecto esperado de este componente en los menores de dos años de edad es el mejoramiento de su estado nutricional a través de la promoción de cambios en los conocimientos y prácticas de los prestadores comunitarios de servicios de salud y de las madres o cuidadoras de estos niños. Esta evaluación buscó determinar los efectos del componente de monitoreo y promoción del crecimiento (MPC) de la estrategia AIEPI AINM-C que se implementa dentro del Programa de Extensión de Cobertura.

Después de cinco años de implementación de la estrategia AIEPI AINM-C, el MSPAS tuvo interés de evaluar el grado en que el componente de MPC ha tenido efectos en el estado nutricional de los niños menores de dos años que participan, como base para continuar impulsándola o reorientarla para lograr los resultados esperados. La evaluación del componente de MPC se formuló con base en los términos de referencia elaborados por el equipo técnico del MSPAS y de URC/Calidad en Salud, con el financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La evaluación del componente de MPC se realizó bajo dos perspectivas: una cualitativa y otra cuantitativa. La primera estuvo encaminada a documentar los procesos de ejecución del componente de MPC dentro del programa de extensión de cobertura y la estrategia AIEPI AINM-C, particularmente en las comunidades incluidas en la muestra. El foco fueron vigilantes de salud y facilitadores comunitarios por su directa vinculación con los temas de MPC de interés para la evaluación: monitoreo del crecimiento físico y consejería en temas de promoción del crecimiento como lactancia materna y alimentación complementaria. En el enfoque cuantitativo se visitó una muestra de hogares de grupos de intervención y control donde se entrevistó a la madre de familia con un cuestionario específico y se realizaron mediciones antropométricas para evaluar el estado nutricional de los niños menores de 5 años de esas familias.

## **II. OBJETIVOS**

El objetivo general fue evaluar el efecto del monitoreo y promoción del crecimiento (MPC) en los niños menores de 2 años que participan en el Programa de Extensión de Cobertura con la estrategia de AIEPI AINM-C.

Se definieron los siguientes objetivos específicos:

1. Documentar el proceso de implementación del componente de monitoreo y promoción del crecimiento de la estrategia AIEPI AINM-C, en el marco del programa de extensión de cobertura.

2. Evaluar los efectos del componente de monitoreo y promoción del crecimiento (MPC) en los servicios, los proveedores y, especialmente, en la población de madres que participan en la estrategia.
3. Determinar el estado nutricional en niños/as menores de 5 años de edad de las comunidades evaluadas.

### III. MARCO DE REFERENCIA

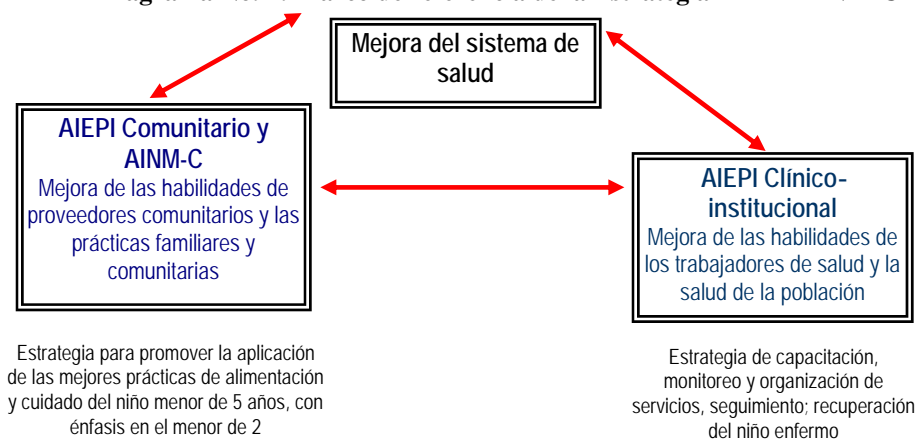
#### A. Generalidades de la estrategia

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, implementó en 1997 el programa de extensión de los servicios básicos de salud para el primer nivel de atención. El Programa de Extensión de Cobertura (PEC), del Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS), busca mejorar los niveles de cobertura de salud del país. Complementariamente, el gobierno implementó acciones multisectoriales para reducir la desnutrición crónica y atender los principales problemas asociados a ella.

Con la implementación de la estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia y Atención Integrada a la Niñez y la Mujer en la Comunidad (AIEPI AINM-C) como parte del PEC, el MSPAS buscó el fortalecimiento de los programas de salud materno infantil de forma integrada y sostenida. Se fortalecieron las intervenciones de salud en los tres niveles de atención con énfasis en la comunidad, para asegurar la prestación de servicios de salud integrales, priorizando el monitoreo y promoción del crecimiento (MPC) del niño y la niña, la detección y referencia de casos con complicaciones y la consejería a madres sobre la lactancia materna, la alimentación complementaria, la vacunación, prevención de enfermedades y su propia salud, incluyendo la planificación familiar.

El propósito final de la estrategia es contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad de la niñez y de la mujer, a través de un componente clínico y un componente comunitario (ver Diagrama No. 1). El monitoreo y promoción del crecimiento es el eje central del componente de promoción y prevención de la estrategia en el nivel comunitario. A través de este componente se pretende que mensualmente el peso de todos los niños menores de dos años sea monitoreado y clasificado de acuerdo a la ganancia adecuada o inadecuada y que, con base en esta clasificación, la madre o cuidadora participe en la consejería en prácticas óptimas de lactancia materna y alimentación complementaria, de acuerdo a los alimentos disponibles en el hogar y al compromiso que la madre haga de implementar cambios. Las visitas domiciliarias servirían para reforzar la consejería y supervisar el cumplimiento de los compromisos que hagan las madres.

Diagrama No. 1: Marco de referencia de la Estrategia AIEPI AINM-C

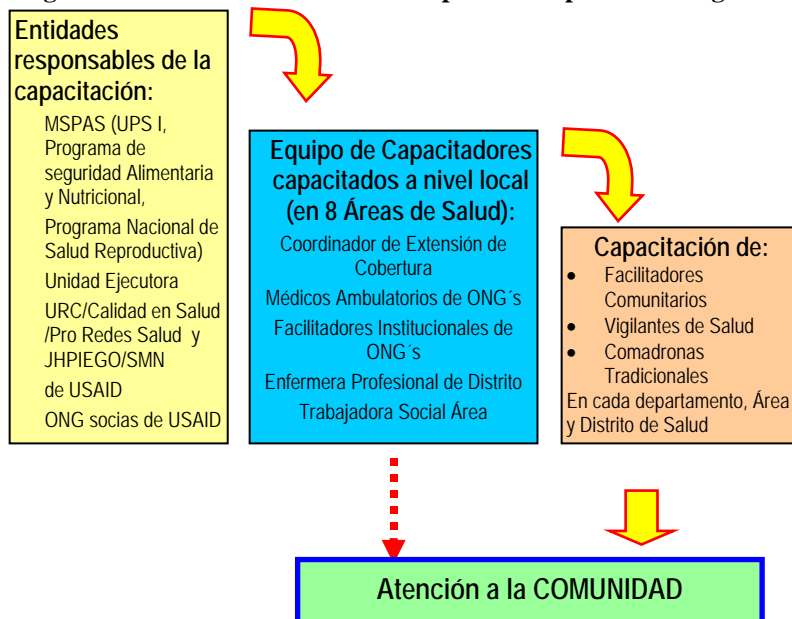


Fuente: Elaboración propia con fines de ilustración.

## B. Proceso de implementación del componente de MPC

Para la implementación del componente de monitoreo y promoción del crecimiento (MPC) de la estrategia AIEPI AINM-C, en el año 2003 se llevó a cabo un proceso de capacitación a través de la modalidad en cascada. Este proceso se inició con la capacitación de capacitadores en el manejo de casos dirigida a Médicos Ambulatorios (MA), Facilitadores Institucionales (FI), Facilitadores Comunitarios (FC), quienes a su vez realizan la capacitación en AINM-C para Vigilantes de Salud (VS) siendo estos últimos quienes aplican los conocimientos y destrezas adquiridas en la atención y consejería (promoción del crecimiento) a las familias del sector de la comunidad a su cargo (ver Diagrama No.2).

**Diagrama No. 2: Involucrados en la capacitación para la entrega de servicios de AIEPI AINM-C**



Fuente: Elaboración propia con fines de ilustración.

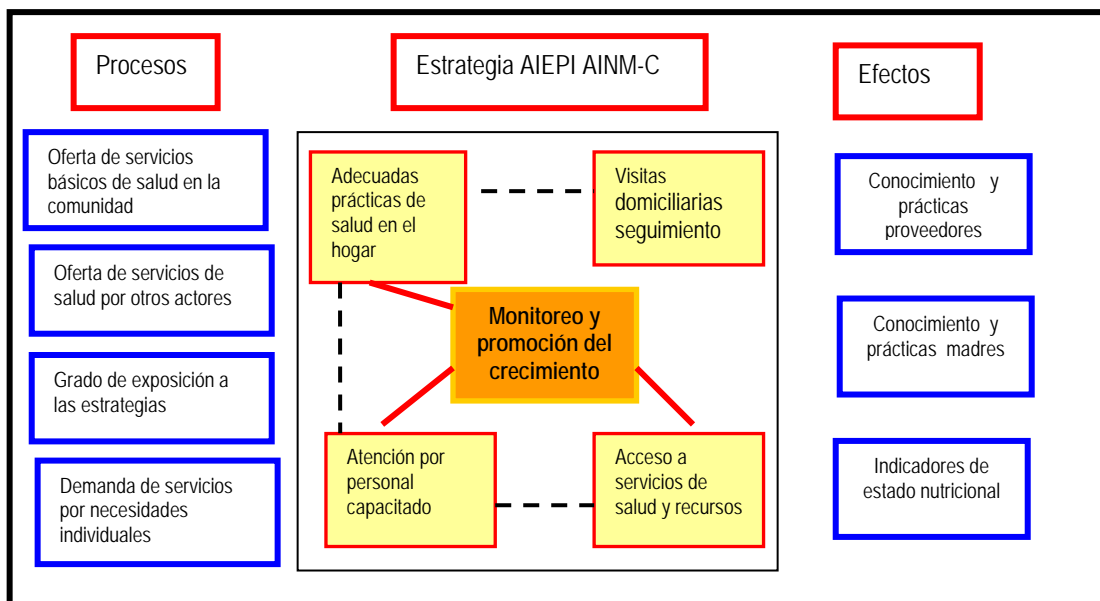
La transmisión de conocimientos y la metodología de implementación utilizada involucran la participación de personal en jerarquías ordenadas por nivel de operación y de conocimientos. Los vigilantes de salud (VS) son los responsables directos de ejecutar el monitoreo y promoción de crecimiento en la comunidad; también hay participación -aunque menos directa- de los Facilitadores Comunitarios (FC) en su rol de supervisores y capacitadores de los Vigilantes de Salud, y algunas veces los FC participan en la prestación de los servicios de salud en Centros Comunitarios o de Convergencia (CC). La evaluación del rol del resto del equipo básico de salud (EBS) incluido en la cascada queda fuera de los objetivos de este informe; sus funciones específicas se describen en el Anexo 4.

Según el Diagrama No. 3, la evaluación de los procesos de implementación del componente de monitoreo y promoción del crecimiento de la estrategia AIEPI AINM-C abordó todos los niveles involucrados en su implementación y operación: la oferta de servicios básicos de salud en la comunidad, así como el grado de exposición a las estrategias y la demanda de servicios. La evaluación de efectos se concentró exclusivamente en los conocimientos y prácticas de los VS y los FC. También se evaluaron los conocimientos y prácticas reportadas por las madres de niños menores de 2 años de las comunidades que atienden los vigilantes de salud.

Un resultado esperado de la interacción entre los elementos que componen el componente de MPC de la estrategia es el cambio favorable en las prácticas de salud y en los conocimientos de los proveedores comunitarios y de las familias (las madres) beneficiadas. En los

proveedores, este cambio se asocia con el mejoramiento de la práctica de monitoreo y promoción del crecimiento, el cual sustenta, teóricamente, los efectos producidos en los conocimientos y prácticas (particularmente de lactancia materna y alimentación complementaria) de las madres y, muy probablemente, en los indicadores de estado nutricional de los niños (ver Diagrama No. 3).

**Diagrama No. 3: Definición y medición de elementos del proceso y efectos**



Fuente: Elaboración propia con fines de ilustración.

El desempeño de los vigilantes de salud se evaluó desde la perspectiva del modelo de implementación a través del papel que les ha sido asignado para realizar el monitoreo y promoción del crecimiento de los niños y niñas de su sector en la comunidad, y del rol que juegan en la consejería y seguimiento de casos por medio de las visitas domiciliarias. El desempeño del Facilitador Comunitario se evaluó desde su papel como responsable del proceso de capacitación y seguimiento del trabajo desempeñado por los vigilantes de salud. Dentro de los recursos que fueron evaluados están los materiales de Información, Educación y Comunicación –IEC- utilizados para la capacitación del personal de salud, así como para apoyar las acciones de orientación y consejería en la comunidad.

### C. Interrogantes según marco de referencia

Las interrogantes planteadas según el marco de referencia fueron, hasta qué punto o en qué medida:

1. ¿La capacitación en monitoreo y promoción de crecimiento está relacionada con los conocimientos de los vigilantes de salud que realizan el monitoreo y promoción de crecimiento en las comunidades que participaron en la capacitación?

2. ¿La capacitación en monitoreo y promoción de crecimiento está relacionada con la práctica adecuada (según norma) de la medición de peso en los menores de 2 años?

3. ¿La información del peso en los menores de 2 años registrada por los vigilantes de salud de las comunidades intervenidas es utilizada para clasificar el crecimiento del niño(a), explicar a la madre la situación encontrada, dar consejería y hacer un compromiso con ella sobre lo que debe hacer ante esta situación?

4. ¿La medición del peso realizada por los vigilantes de salud en las comunidades intervenidas se asocia al seguimiento domiciliario de niños clasificados como “no crecen bien”?

5. ¿Los conocimientos y las prácticas reportadas por las madres de los menores de 2 años, guardan alguna relación con la prevalencia de desnutrición en los niños de comunidades que recibieron la intervención en relación a las que no recibieron la intervención?

6. ¿Las familias de las comunidades que recibieron la intervención reportan prácticas que favorecen el crecimiento y la salud de los niños/as más que las familias de las comunidades que no recibieron la intervención?

#### **IV. METODOLOGÍA**

La evaluación utilizó metodología cualitativa y cuantitativa. Con esta combinación de métodos se evaluaron los objetivos de interés: a) el proceso de implementación del componente de monitoreo y promoción del crecimiento de la estrategia de AIEPI AINM-C en la extensión de cobertura, b) su efecto en la comunidad, con énfasis en los conocimientos y prácticas reportadas por los proveedores y por las madres de niños menores de 2 años relacionados con la lactancia materna y alimentación complementaria y c) su efecto en el estado nutricional de los niños menores de 2 años. Una descripción detallada de la metodología se incluye en el Anexo 1.

##### **A. Componente Cualitativo**

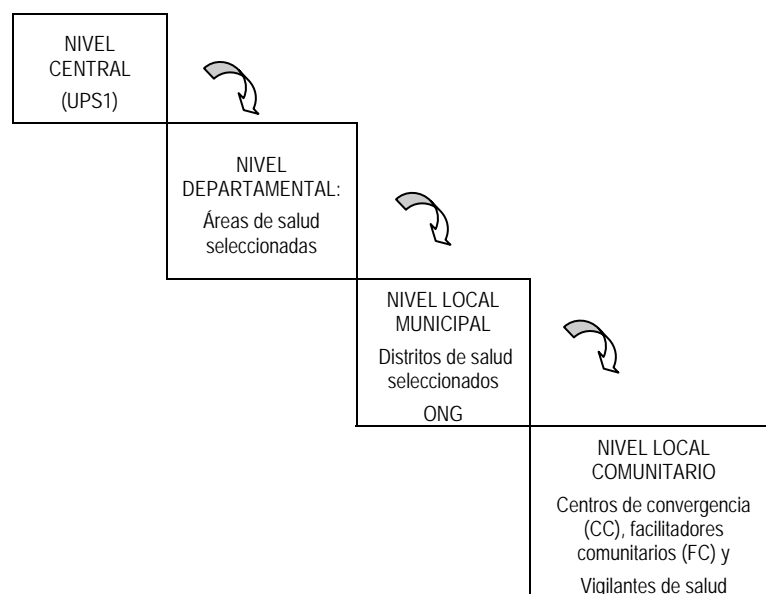
La recolección de información cualitativa se realizó únicamente en los municipios del área de influencia de la estrategia de AIEPI AINM-C del Programa de Extensión de Cobertura. El componente cualitativo de la evaluación se enfocó en los niveles de operación que participaron en la gestión, implementación y operación de la estrategia (Ver Diagrama No. 2). A través de la revisión documental y entrevistas, el estudio documentó los procesos desde el nivel central gerencial hasta el nivel técnico de operación en las comunidades, e incluyó la participación de proveedores de salud y agentes comunitarios, particularmente los responsables de la operativización en las comunidades, los FC y VS.

La información fue complementada con aquella obtenida por medio de la observación del proceso en la práctica del monitoreo del crecimiento y la consejería (promoción del crecimiento) en los principales temas de interés: lactancia materna y alimentación complementaria. Los Centros Comunitarios que funcionan como sede local para la atención y prestación de servicios mínimos de salud en las comunidades también fueron visitados para documentar la disponibilidad, el uso y la aplicación del material de información, educación y comunicación (IEC) y la consejería (para más detalle ver Anexo 5).

##### **1. Determinación de la muestra**

Para determinar el número de personas a entrevistar, se utilizó un muestreo definido intencionalmente, basado en la estructura bajo la que está normada la entrega de servicios de salud en las comunidades que son apoyadas por la estrategia de AIEPI AINM-C. Se utilizaron criterios de representación por nivel, participación en el proceso de generación, gestión e implementación del componente, y participación actual en el proceso a nivel local (ver el Diagrama No. 4).

**Diagrama No. 4: Niveles de operación para la entrega de servicios básicos de salud en las comunidades**



Fuente: Elaboración propia con fines de ilustración.

## 2. Cálculo del tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra correspondiente al componente cualitativo de la evaluación es no probabilística, intencionalmente definido, con base en los niveles anteriormente indicados, y de acuerdo a criterios de tiempo y recurso. De los niveles indicados, se seleccionó un número específico de informantes clave a los que se aplicaron instrumentos previamente definidos. El número de informantes clave entrevistados se muestra en el siguiente cuadro.

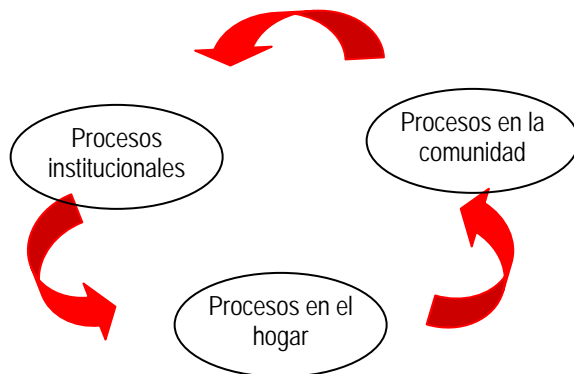
**Cuadro 1. Número y tipo de informantes clave entrevistados en el componente cualitativo**

NIVEL	CATEGORIA	n
Central	Gerencial	3
	Técnico Operativa	3
Regional-Departamental	Gerencial	3
	Técnico Operativa	3
Municipal	Gerencial	5
	Técnico Operativa	5
Local-comunitario	Institucional Operativo	5
	Comunitario	25
	TOTAL	52

## 3. Manejo y análisis de la información

Para el análisis cualitativo, la información fue organizada en tres jerarquías cuya interacción se ilustra en el Diagrama No. 5: la interacción que ocurre entre instituciones (servicios de salud), proveedores comunitarios (facilitadores comunitarios y vigilantes de salud) y hogar (madres o cuidadoras de los niños) finalmente debería producir efectos sobre los individuos o beneficiarios (niños y niñas menores de 2 años) del proceso bajo análisis.

**Diagrama No. 5: Jerarquías involucradas para la evaluación de proceso**



Fuente: Elaboración propia con fines de ilustración

#### **4. Información de los procesos institucionales**

Se definió que habría al menos tres informantes clave para los niveles central, de Área de Salud, Distrito de Salud y ONG prestadoras de servicios de salud (PSS). Sin embargo, se abordó el mayor número de informantes clave posible hasta tener representación de todos los niveles. La identificación de los informantes clave respondió a los criterios de: representación por nivel, participación en el proceso de generación, gestión e implementación del programa extensión de cobertura y el componente MPC de la estrategia AIEPI AINM-C a nivel local.

#### **5. Información de los procesos en la comunidad**

Incluyó la documentación de la información y verificación de registros existentes que evidenciara la participación de proveedores institucionales y agentes comunitarios, particularmente para la operativización en el terreno de los procesos relacionados con la promoción del crecimiento, el seguimiento a los procesos y la participación de comités de salud. Además, incluyó información documentada de la participación indirecta de tomadores de decisión y de las organizaciones comunitarias para contribuir a la sostenibilidad de las actividades.

#### **6. Evaluación de efectos en proveedores de salud**

Se documentaron los conocimientos y las prácticas de los proveedores en relación con el monitoreo y promoción del crecimiento:

- Medición del peso
- Registro de la información
- Clasificación correcta de los casos
- Consejería (lactancia materna y alimentación complementaria)
- Referencia a otros servicios según la norma
- Visitas domiciliarias (importancia, planificación, ejecución)

También se documentó la disponibilidad y utilización del material IEC para la transmisión de conocimientos y el proceso para la transmisión de conocimiento a las madres. Adicionalmente, se aplicaron entrevistas semi estructuradas a los vigilantes de salud y a facilitadores comunitarios. El fundamento teórico de las entrevistas y de la guía de observación está contenido en el material de información, educación y comunicación (IEC), manuales y guías normativas oficiales que fueron utilizadas para la implementación de la estrategia AIEPI AINM-C, y que actualmente son manejados por las unidades correspondientes del MSPAS.

## 7. Evaluación de efectos en el hogar

Incluyó documentación de la información relacionada a la participación y prácticas principalmente relacionadas con la asistencia al monitoreo y promoción del crecimiento, las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, de acuerdo a la norma definida de implementación del MPC en la comunidad, su vigilancia, supervisión y monitoreo, así como el seguimiento a través de visitas domiciliarias.

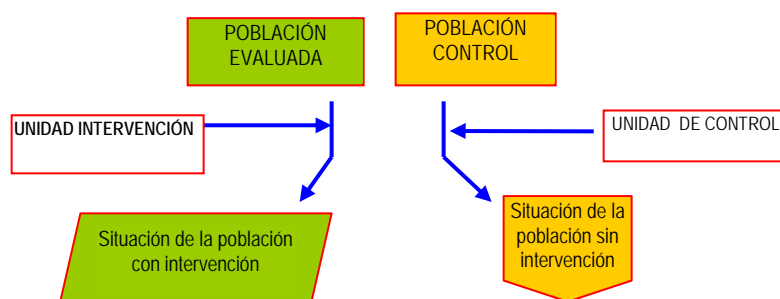
### B. Componente Cuantitativo

#### 1. Tipo de diseño

El diseño de la evaluación fue cuasi-experimental, utilizando un grupo de intervención y un grupo control para establecer diferencias en el efecto asociado a la implementación del componente de MPC de la estrategia AIEPI AINM-C. En el grupo de intervención se incluyeron los municipios que fueron sujetos de la intervención, y el grupo control fue integrado por municipios con características similares en los que no se implementó la intervención. Adicionalmente, para el grupo de intervención se tuvo especial cuidado en que las unidades no estuvieran participando de la estrategia de distribución de Vitacereal, un alimento complementario para niños de 6-36 meses, mujeres embarazadas y madres en período de lactancia. Esto limitó las áreas en que la evaluación se podía llevar a cabo, ya que la mayoría de las jurisdicciones con extensión de cobertura estaban recibiendo este alimento complementario.

La evaluación de efectos se circunscribió a las unidades de intervención (experimentales) frente a unidades de control, como se ilustra en el Diagrama No. 6. Se obtuvo información cuantitativa de conocimientos y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria reportadas por madres de menores de 2 años, comparando los resultados entre unidades de intervención y de control. Se identificó a la cohorte de los niños que al 31 de enero de 2006 se encontraban en el intervalo de edad comprendido entre 0 y 59 meses (0 años a < 5 años) de edad cumplidos (es decir, los nacidos entre el 31 de enero de 2001 y el 30 de enero de 2006) como la población objeto de las mediciones antropométricas.

Diagrama No. 6: Definición de las unidades de intervención y de control



Fuente: Elaboración propia con fines de ilustración

#### 2. Criterios y pasos para la selección de los municipios y comunidades

##### a. Selección de departamentos

Se realizó una selección intencionada de tres departamentos: Quiché, Huehuetenango y San Marcos, con municipios que llenaran los criterios de selección.

**b. Selección de municipios con comunidades de intervención y comunidades control**

Posterior a la definición de los departamentos de interés para el estudio, se llevó a cabo la selección de los municipios con comunidades de intervención y control, en forma intencionada, dentro de cada departamento, en base a los siguientes criterios:

i. Criterios para la selección de municipios con comunidades de intervención: municipios con comunidades que participan en extensión de cobertura (en base a los listados proporcionados por el Programa de Extensión de Cobertura) y que no reciben Vitacereal, en base en listados proporcionados por el MSPAS.

ii. Criterios para la selección de municipios con comunidades control: municipios con comunidades que no participan en extensión de cobertura y AIEPI AIMN C, y que no reciben Vitacereal, en base a listados proporcionados por el MSPAS.

iii. Para la selección del municipio con comunidades control se buscó la mayor semejanza entre sus indicadores y los del municipio experimental a ser comparado, y se completó la cuota establecida por rangos de edad. Los indicadores socioeconómicos utilizados para definir homogeneidad entre los municipios con comunidades experimentales y municipios con comunidades control se listan a continuación: porcentaje de hogares rurales dentro del municipio (año 2002), porcentaje de hacinamiento (año 2002), porcentaje de analfabetismo en mayores de 15 años (año 2002), porcentaje de hogares conectados a una red de agua (año 2002), porcentaje de pobreza extrema y total (año 2002), IDH (año 2002), y desnutrición crónica en escolares (año 2001).

En base a estos criterios, se seleccionaron *a priori* los siguientes municipios:

**Cuadro 2. Municipios con comunidades de intervención y control**

DEPARTAMENTO	Municipios con comunidades de intervención	Municipios con comunidades control
SAN MARCOS	Malacatán Nuevo Progreso	Malacatán Nuevo Progreso El Quetzal
HUEHUETENANGO	Malacatancito	Santa Ana Huista
QUICHE	Santa Cruz del Quiché Nebaj	Pachalum Chinique

**3. Descripción de la muestra final en comunidades de intervención y control en los municipios seleccionados**

- En San Marcos se seleccionó Malacatán y Nuevo Progreso. La característica de San Marcos es que tanto Malacatán como Nuevo Progreso incluyen comunidades de intervención y control. Además, se seleccionó, como municipio control a El Quetzal a fin de completar el tamaño de muestra del grupo control de Nuevo Progreso.

- En El Quiché sólo se logró identificar a Pachalum y Chinique como municipios que cumplen los criterios para servir como grupo control. A partir de esta situación, el paso siguiente fue seleccionar los dos municipios más semejantes a Pachalum y Chinique que tuviesen comunidades de intervención, tomando como referencia los indicadores de pareo. Como resultado de esto también se visitaron los municipios de Santa Cruz del Quiché y Nebaj.

- En Huehuetenango, sólo un municipio cumplía con las características para ser de intervención, por lo cual se seleccionó automáticamente dicho municipio (Malacatancito), y se buscó dentro de la lista de municipios que cumplen los criterios generales para ser controles al municipio homólogo correspondiente. Se seleccionó Santa Ana Huista donde

fue imposible completar la cuota, por lo que se seleccionó también, utilizando los mismos criterios, San Antonio Huista.

#### 4. Determinación del tamaño de la muestra

Un criterio que fue definido para calcular el tamaño de la muestra fue el interés por medir la variable de lactancia materna exclusiva en niños menores de dos años. Para el efecto, se decidió cumplir con una cuota balanceada de niños y niñas por cada intervalo de edad de interés dentro del grupo de menores de 24 meses. El tamaño de muestra definido fue de 120 familias con niños y niñas menores de 24 meses para cada municipio de intervención y control, que serían distribuidos en cuotas equivalentes de 40 niños y niñas por intervalo de edad de interés: 0 - < 6 meses, 6-11 meses, y 12 – 24 meses en esos municipios. Para garantizar la captura del número establecido de entrevistas, se asignó al personal de campo una cuota de 135 menores de 2 años en cada municipio y se les pidió visitar todas las comunidades del municipio que cumplieran con los criterios hasta completar la cuota.

**Cuadro 3. Tamaño de la muestra del componente cuantitativo**

No. de hogares en municipios con comunidades de intervención	Número de municipios con comunidades de intervención	Total de hogares intervención
120	5	600

No. de hogares en municipios con comunidades control	Número de municipios con comunidades control	Total de hogares control
120	5	600

A continuación se presenta la distribución de familias encuestadas por unidades de intervención y de control en cada uno de los municipios:

**Cuadro 4. Distribución de familias encuestadas por municipio/unidad de intervención y de control identificadas como participantes o no participantes de los servicios del PEC**

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ UNIDAD DE INTERVENCIÓN	Número de familias			MUNICIPIO /UNIDAD DE CONTROL	Número de familias		
		Si participan /reciben el servicio	No participan/ reciben el servicio	Total		Si participan /reciben el servicio	No participan / reciben el servicio	Total
SAN MARCOS	Malacatán (comunidades de intervención)	132	3	135	Malacatán (comunidades control)	1	135	136
	Nuevo Progreso (comunidades de intervención)	130	5	135	Nuevo Progreso (comunidades control) El Quetzal	0 0	100 35	135
HUE- HUE- TENAN- GO	Malacatancito	133	2	135	Santa Ana Huista San Antonio Huista	0	135	135
QUICHE	Santa Cruz del Quiché	104	31	135	Pachalum Santa Cruz del Quiché <sup>(1)</sup>	0 0	120 28	148
	Nebaj	133	2	135	Chinique	0	122	122

(1) Dado que no fue posible completar la muestra previamente definida para los municipios de Pachalum y Chinique, ésta se completó en comunidades de Santa Cruz del Quiché que no están cubiertas con Extensión de Cobertura. Esta decisión fue validada por el equipo técnico coordinador de la evaluación (INCAP y Calidad en Salud), y, a nivel local, se verificó mediante supervisión en esas comunidades. NOTA: la única familia que aparece dentro de las comunidades control en Malacatán, se identificó a sí misma como participante de extensión de cobertura. Este es el caso de una mujer que tienen dos hijos: ella ha llevado a su hijo más pequeño a otra comunidad, a un servicio de extensión de cobertura, desde el momento de su nacimiento.

El total de madres con menores de 2 años entrevistadas fue 1,351. Este número de madres permitió captar al menos la cuota de 120 niños menores de 2 años por cada unidad (de intervención y de control).

### **5. Identificación de viviendas visitadas**

La selección de los hogares se hizo siguiendo la técnica de barrido, por medio del cual se visitó el número de comunidades y hogares que fue necesario hasta completar, por cada municipio, 120 hogares donde existiera al menos un menor de 2 años dentro de los rangos de edad establecidos. En caso de no cumplirse el criterio anterior, el hogar no era elegible para ser incluido en el estudio y se repitió el proceso hasta encontrar y cumplir con la cuota que se había determinado para esa comunidad (Anexo 1).

Cuando había un menor de dos años en la vivienda visitada, pero la madre o persona a cargo del menor no estaba presente en ese momento, se hizo una nueva visita, hasta un máximo de tres. De no encontrar a la madre en ninguna de las tres visitas, se hizo una anotación en la boleta y automáticamente la vivienda quedó fuera del número de casos válidos para el análisis, repitiéndose el proceso de sustitución por otra vivienda hasta completar el tamaño de la muestra definido para cada municipio. Cuando había más de dos menores de dos años en la vivienda, se seleccionaba uno al azar.

### **6. Trabajo de campo, digitación y análisis**

La entrevista se dirigió a la madre del niño menor de dos años. La medición de peso y talla incluyó a los niños/as con edad actual (2007) menor a 2 años, y a menores de 5 años en aquellos hogares donde, además del menor de 2 años, se encontraron niños entre 2 y 5 años que, teóricamente, habían participado en el MPC antes de cumplir los 2 años de edad. Es decir, además de la medición directa de los participantes menores de 2 años, la medición dentro del intervalo de edad de mayores de 2 años y menores de 5 años permitió incluir a niños y niñas que en el 2002/03 (alrededor de la implementación de AIEPI AINM-C) estaban comprendidos dentro del intervalo de edad requerido por la estrategia para recibir MPC y, en alguna medida, estuvieron expuestos a la estrategia.

Al final de cada visita al hogar, los cuestionarios fueron revisados por la encuestadora inmediatamente después de completarlos, antes de retirarse del domicilio o lugar de la entrevista para garantizar que no hubiese información faltante. Al detectar problemas, se retomó la entrevista en ese mismo momento. Los cuestionarios fueron almacenados y entregados a la supervisora de campo el mismo día en que fueron completados. La supervisora verificó y archivó la información, y entregó grupos de formularios a la supervisora general de la operación de campo, quien revisó y realizó la limpieza de los formularios, los aprobó para su digitación y trasladó a la sede de INCAP. La digitación fue hecha por personal experimentado de INCAP, y supervisada de acuerdo a normas generales de manejo de la información. Posterior a ello se generaron los archivos y se elaboraron salidas para el análisis que desarrolló el equipo técnico de INCAP.

El trabajo de campo de esta evaluación se llevó a cabo entre abril y mayo de 2007. En el Anexo 1 se presenta el cronograma completo de la investigación.

### **7. Manejo y control de calidad de los datos**

Para asegurar la calidad de los datos, la información fue manejada por un equipo técnico de campo previamente capacitado en técnicas de conducción y control de la operación de campo, y vigilancia de los procesos de limpieza, procesamiento y análisis de datos. El equipo de trabajo de campo recibió la capacitación y estandarización correspondientes para la recolección de los datos, el manejo correcto de los cuestionarios (llenado, validación, almacenamiento, entrega), y la toma de medidas antropométricas.

La recolección de datos por medio de entrevista, observación y toma de peso y talla, en los hogares e individuos, se realizó mediante la aplicación de cuestionarios y guías de observación previamente validadas, proceso que fue supervisado y validado por personal específico designado en cada equipo de trabajo. El trabajo de campo fue realizado por cinco equipos conformados por:

- Una supervisora (también encuestadora- antropometrista)
- Tres encuestadoras-antropometristas
- Un piloto

Cada supervisora desempeñó una doble función, porque, además de realizar entrevistas, tuvo asignada la tarea de supervisar a las dos encuestadoras y la antropometrista de su equipo. Acompañó a cada encuestadora de su equipo en al menos una entrevista en cada jurisdicción visitada, y, adicionalmente, seleccionó al azar una entrevista completada por cada encuestadora de su equipo en cada jurisdicción para validar preguntas al azar.

## **V. RESULTADOS**

### **A. Evaluación de los procesos**

La documentación de los procesos de implementación de la estrategia AIEPI AINM-C responde al primer objetivo de esta evaluación. En el Anexo 2 se presenta el análisis completo y detallado de los procesos con la información obtenida en cada uno de los niveles. El resumen que se presenta en esta sección está enfocado a responder las interrogantes sobre los procesos planteados en el marco de referencia a nivel comunitario.

En primer lugar, se analizó el proceso de implementación del componente de Monitoreo y Promoción del Crecimiento, y se encontró lo siguiente:

#### **1. Conocimientos adecuados sobre el componente de monitoreo y promoción del crecimiento (MPC) en todos los niveles involucrados: Central, Área de Salud, Distrito de Salud y ONG**

La estrategia AIEPI AINM-C incluye 15 objetivos, pero la información relevante para esta evaluación se refiere al objetivo relacionado con monitoreo y promoción de crecimiento que, por su carácter de eje integrador, está relacionado con más de uno del resto de objetivos específicos que no son objeto de esta evaluación. En esta evaluación se recolectó información sobre el concepto de monitoreo y promoción del crecimiento que conocen y utilizan informantes clave que hacen operativa la estrategia de AIEPI AINM-C.

El componente de monitoreo y promoción del crecimiento está teóricamente definido en la estructura de la estrategia AIEPI AINM-C y en cada uno de los elementos que la integran. Aunque el componente en sí no fue mencionado en las entrevistas, en los tres niveles abordados se señaló que el MPC está relacionado con la toma de peso a niños y niñas menores de 5 años. En el nivel gerencial del nivel central se hizo referencia a las principales actividades relacionadas al monitoreo de crecimiento, y también se integró el concepto de promoción de crecimiento. Se hizo referencia concreta a que, de los 28 indicadores definidos en la extensión de cobertura, tres corresponden al MPC: porcentaje de niños menores de 2 años con al menos un control de peso en el trimestre, porcentaje de niños menores de 2 años con dos controles de peso seguidos en el trimestre, porcentaje de niños menores de 2 años con dos controles de peso seguidos en el trimestre con ganancia adecuada de peso (clasificados como “crece bien”).

#### **2. Participación en tareas de abogacía definidas para la implementación de MPC en todos los niveles involucrados**

Durante el proceso de documentación no fue posible constatar que exista pleno conocimiento por parte de los niveles técnicos y operativos sobre las tareas específicas de abogacía desarrolladas durante el proceso de implementación de AIEPI AINM-C en la extensión de

cobertura. Lo contrario ocurre en el nivel gerencial (nivel central), encontrándose que los funcionarios entrevistados han tenido un involucramiento continuo en abogacía desde el inicio de la implementación de la estrategia en el año 2002.

### **3. Decisión política**

La mejor evidencia del apoyo político detrás de la estrategia de AIEPI AINM-C la constituye el hecho que ésta es parte del Programa de Extensión de Cobertura en 26 de las 29 Áreas de Salud de Guatemala definidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), de acuerdo a las Políticas de Salud del actual gobierno (2004-2008). Sin embargo, a pesar de lo referido por gerentes del nivel central, en los niveles técnico y operativo, y específicamente los Directores de Área de Salud y Directores Municipales (Distrito) de Salud, no tienen pleno conocimiento del apoyo político que se le ha dado a la estrategia, debido a que la mayoría de ellos inició su participación en el MSPAS cuando el PEC y la estrategia de AIEPI AINM-C ya habían iniciado; es decir, estos funcionarios no formaron parte del proceso de implementación inicial.

### **4. Planificación**

Para la implementación de la estrategia se estableció el plan de implementación del 2002<sup>1</sup> que describe el proceso para iniciar operaciones en campo a partir del año 2002 en 10 áreas de salud de Guatemala, en base a un diagnóstico de la situación de salud. Específicamente, el plan define la implementación en 2,354 comunidades distribuidas en 91 municipios. Esa planificación agrupa actividades en tres fases: fase de preparación, fase de implementación inicial, y fase de implementación plena y expansión. También existe documentación del MSPAS en la cual se establece que el Programa de Extensión de Cobertura es parte del proceso de modernización del sector salud; los documentos relacionados con los lineamientos, políticas, estrategias, líneas de acción y avances del plan nacional de salud del período 2000-2004<sup>2</sup> también incluyen información referente a la planificación de la estrategia.

El plan de la implementación se cumplió con algunos atrasos. Sin embargo, para junio de 2003 había sido capacitado un total de 14,000 vigilantes de salud que registraron los pesos de los niños de su sector en sus cuadernos, según lo muestran datos de 13,002 cuadernos devueltos por los VS a finales del 2003<sup>3</sup>.

En las entrevistas, el personal técnico y operativo comunitario mencionó la planificación de actividades de tipo administrativo, así como también las actividades que son realizadas como parte del monitoreo y la supervisión mensual. Existe planificación periódica anual, semestral y trimestral, así como planificación basada en necesidades. Esto hace pensar que existe coordinación para la planificación y participación de los sectores involucrados, principalmente entre la Unidad de Asistencia Técnica (UAT) y las ONG responsables. Los facilitadores institucionales reportaron realizar una planificación mensual de actividades dirigidas a los casos de niños con desnutrición.

### **5. Capacitación**

El proceso de capacitación para implementar AIEPI AINM-C y fortalecer la extensión de cobertura a partir del 2002 está documentado y sugiere una capacitación en cascada en la que se plantea capacitación específica en los dos componentes de la estrategia de AIEPI-AINM-C: a) manejo integrado de casos en la niñez (AIEPI) y de la mujer y b) la promoción y

---

<sup>1</sup>Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Sistema Integrado de Atención en Salud (MSPAS/SIAS). AIEPI AINM-C, Bases Conceptuales y Plan Para Implementar y Fortalecer la Estrategia de AIEPI AINM-C durante 2002. Guatemala, abril 2002.

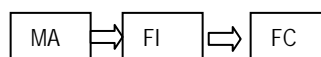
<sup>2</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Proceso de Modernización, Lineamientos Políticas, Estrategias, Líneas de acción y Avances. Guatemala: Sistema Integral de Atención en Salud SIAS, MSPAS. Guatemala 1998. Plan Nacional de Salud 2000-2004. Guatemala 2000.

<sup>3</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y URC/Calidad en Salud. Análisis de datos de los cuadernos de los Vigilantes de Salud en el segundo trimestre de 2003.

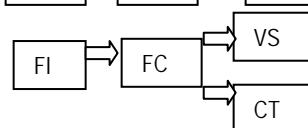
prevención (que incluye como eje integrador el monitoreo y promoción de crecimiento). En el componente de promoción y prevención, la capacitación impartida a facilitadores institucionales (FI) por el nivel central y de área de salud tuvo cinco días de duración; la capacitación de los facilitadores comunitarios (FC) también fue de cinco días, mientras que la capacitación de vigilantes de salud (VS) fue de nueve días. Estas actividades educativas se hicieron, inicialmente, con alta periodicidad, y para la expansión se distribuyeron en nueve meses consecutivos, con un día de capacitación por mes. La secuencia de capacitación en el nivel operativo se ilustra en el siguiente diagrama (Diagrama No. 7).

**Diagrama No. 7 Esquema de capacitación en cascada**

Capacitación en manejo de casos<sup>4</sup>:



Capacitación en MPC:



Existe un número importante de documentos e instrumentos diseñados para las actividades de información, educación y comunicación, los cuales han sido distribuidos en las comunidades, en la mayoría de casos.

Como medio indirecto de verificación de los procesos de capacitación que se realizan para la toma de peso y consejería, a continuación se resumen las respuestas a las entrevistas que fueron realizadas a los proveedores comunitarios. En los cuadros 5 y 6 se incluyen los números totales de facilitadores comunitarios y vigilantes de salud observados o entrevistados; la muestra de trabajadores comunitarios fue intencionada y no es representativa del total de FC o VS que trabajan en las comunidades de intervención. En el cuadro 5 se incluyen los datos correspondientes a un total de nueve facilitadores comunitarios.

Las respuestas a las entrevistas realizadas a nueve facilitadores comunitarios en las comunidades de intervención indican que todos reportaron que fueron capacitados en la toma de peso de los niños y consejería (monitoreo y promoción del crecimiento), en su mayoría por el facilitador institucional.

**Cuadro 5. Capacitación para la toma de peso y consejería de los facilitadores comunitarios observados/entrevistados**

Pregunta	n
Ha sido capacitado para toma de peso niños y consejería	9/9
<b>Por quién ha sido capacitado</b>	
- Médico	1/9
- Enfermera	1/9
- Facilitador Institucional	6/9
- Técnico del Ministerio	1/9

Fuente: Evaluación cualitativa AIEPI AINM-C, 2007

Por su parte, de los 25 vigilantes de salud que fueron entrevistados casi todos respondieron haber sido capacitados para la toma de peso de los niños y consejería, en su mayoría por el facilitador institucional o comunitario (no se hizo la distinción).

<sup>4</sup> Donde MA=Médico Ambulatorio, FI= Facilitador Institucional, FC= Facilitador Comunitario, VS= Vigilante de Salud, CT= Comadrona Tradicional. El manejo de casos en la niñez es el de AIEPI y en la mujer sigue el mismo esquema, observando primero señales de peligro general.

**Cuadro 6. Capacitación para la toma de peso y consejería de los vigilantes de salud observados/entrevistados**

Pregunta	n
Ha sido capacitado para toma de peso niños y consejería	22/25
Nadie lo capacitó	3/25
<b>Por quién ha sido capacitado</b>	
- Enfermera	5/22
- Otro vigilante	2/22
- Facilitador Institucional o Comunitario	14/22
- No sabe quién lo capacitó	1/22

Fuente: Evaluación cualitativa AIEPI AINM-C, 2007

## 6. Modelo de prestación de servicios

Los roles definidos para la prestación de servicios de MPC están completamente integrados al proceso de implementación y prestación de servicios de la extensión de cobertura. La estrategia de AIEPI AINM-C complementa y fortalece las acciones de la extensión de cobertura. A su vez, el MPC es parte del componente de “*promoción y prevención de la estrategia AIEPI\_AINM-C*”, y también es parte del conjunto de servicios básicos de salud (especialmente atención a la niñez y atención a la mujer) que se presta con la extensión de cobertura.

## 7. Sistema de información del monitoreo de crecimiento

Los funcionarios entrevistados, específicamente los Directores de Área y de Distrito Salud, así como los responsables del área técnica, Facilitadores Institucionales y Unidad de Asistencia Técnica (UAT), describieron el flujo del sistema de información relacionado con el monitoreo de crecimiento. Como resultado de la pregunta sobre si el componente de MPC de la estrategia de AIEPI AINM-C forma parte del sistema de información, la mayoría de los entrevistados proporcionó respuesta afirmativa: los cuatro Directores de Área (4/4), tres de los cuatro Directores de Distrito (3/4), siete de las ocho UAT (7/8) y los cinco Facilitadores Institucionales (5/5). Estos informantes dijeron que está establecido que para el cumplimiento de las normas, la información debe ser entregada, en forma mensual, durante la última semana de cada mes calendario (día 26) al nivel inmediato superior y, trimestralmente, de acuerdo al flujo resumido en el cuadro 7 a continuación. Al parecer existe coordinación para el cumplimiento de este plazo, aunque este proceso no se cumple en el total de los casos porque hay factores, como la distancia, que retrasan el proceso, según indicaron.

Tal como se puede apreciar en el Cuadro 7 abajo, existe el potencial de que los datos se dupliquen ya que, en teoría, el facilitador institucional envía los datos al Distrito y también a la organización no gubernamental (ONG). Por su parte, el Distrito envía los datos al Área y ésta al nivel central, y la ONG también envía los datos al nivel central, específicamente a la Unidad de Provisión de Servicios del primer nivel de atención (UPS1). Como la UPS1 envía los datos que recibe al SIGSA, estos se están duplicando.

**Cuadro 7. Resumen del flujo de información del monitoreo de crecimiento**

NIVEL QUE PRODUCE LOS INFORMES	INFORMES GENERADOS	¿A QUIÉN SE ENTREGA ESA INFORMACIÓN?
Directores de área	SIGSA consolidados CENSONET	Nivel central
Directores de distrito	SIGSA 1 Nacimientos SIGSA 2 Defunciones SIGSA 5 SIGSA 6 SIGSA 7 SIGSA Trimestral de Producción Informe narrativo	Área de Salud
Unidad de Asistencia Técnica (UAT)	Informe ejecutivo Cronogramas Información requerida del nivel central Cumplimiento y análisis de la información SIGSA consolidados	Coordinadora técnica, Jefe de área y UPS I
Facilitador Institucional (FI)	Informe de Control de Crecimiento (Peso) Consolidado de Actividades por jurisdicción Hoja mensual de monitoreo y promoción del crecimiento SIGSA 5 + anexo Narrativo, planes de capacitación e informe de capacitación Consolidado de información de la ficha clínica, registro de vacunación, SIGSA 1 y 2	ONG – a su vez lo envía al nivel central (UPS1) Director de distrito
Facilitador Comunitario (FC)	Informe de control de peso y listado de pesos de los niños =Consolidación de niños que están en control de peso y niños que ganan peso (“crecen bien”) Resumen de actividades cumplidas según el plan de cada mes Consolidado de Inmunización y de actividades (de la ficha clínica, el registro de vacunación) Informe de nacimientos y defunciones	Facilitador Institucional (FI)
Vigilante de Salud	Datos de peso de los niños (anotados en listados manuales elaborados por ellos mismos, porque no tienen Cuaderno del Vigilante)	Facilitador Comunitario (FC)

## B. Evaluación de efectos en los proveedores

Para el análisis de los efectos de la exposición a la estrategia AIEPI AINM - C por parte de los proveedores que prestan el servicio específico relacionado con el monitoreo y la promoción del crecimiento, es necesario contestar las siguientes interrogantes que fueron planteadas como parte del componente cualitativo.

1. ¿Está la capacitación en monitoreo y promoción de crecimiento relacionada con los conocimientos de los vigilantes de salud que realizan el monitoreo y promoción de crecimiento en las comunidades que participaron en la capacitación?

Es importante destacar, como se menciona en la sección anterior, que 22 de los 25 vigilantes evaluados reportaron que habían sido capacitados en monitoreo del crecimiento y en consejería. El siguiente cuadro muestra los conocimientos y prácticas reportadas por los 25 vigilantes de salud en relación con el monitoreo y promoción de crecimiento. Aparecen sombreados aquellos conocimientos o prácticas reportadas por el 70% (17 o más) de los vigilantes o más. Sólo en cinco ítems más del 70% de los vigilantes reportaron conocimientos y prácticas adecuadas: pesar a los niños, dar consejería, y conocimiento de las recomendaciones sobre la consistencia de la

alimentación infantil a los 6 a 8 y 9 a 11 meses, así como la frecuencia de alimentación recomendada - de 3 a 5 veces al día - para niños de 1 a 2 años.

En relación al monitoreo de crecimiento, sólo seis vigilantes de 25 supieron que deben usar el peso anterior para clasificar el crecimiento del niño; en cuanto a la ganancia mínima mensual de peso de los niños de distintas edades, únicamente seis vigilantes indicaron conocerla en el caso de los niños de tres a seis meses, cinco para los niños de seis meses y más, y dos en relación a los niños menores de tres meses. Sólo uno de 25 vigilantes conocía los cinco pasos de la consejería que son: felicitar a la madre, preguntar sobre la alimentación del niño, aconsejar utilizando el material de IEC, hacer un compromiso con la madre, dar una hoja de consejos o boleta referencia, según el caso; de los cinco pasos de la consejería, sólo uno de los vigilantes conocía el cuarto, y también un solo vigilante el quinto, siendo el primer paso el conocido por más vigilantes, es decir, por ocho de un total de 25. Sólo la mitad de los vigilantes reportó utilizar algún material de IEC (láminas de consejería).

**Cuadro 8. Conocimientos y prácticas de monitoreo y promoción de crecimiento y lactancia materna y alimentación infantil reportados por los vigilantes de salud**

<b>Conocimientos y prácticas de MPC y lactancia materna y alimentación infantil reportados</b>	<b>Respuestas correctas sobre el total</b>
<b>Monitoreo de crecimiento</b>	
Pesa niños	24/25
Menciona peso anterior para clasificar niño	6/25
Conoce ganancia mínima correcta de 0 a 3 meses	2/25
Conoce ganancia mínima correcta de 3 a 6 meses	6/25
Conoce ganancia mínima correcta de 6 meses y más	5/25
<b>Promoción del crecimiento</b>	
Da consejería	20/25
Conoce pasos de la consejería	
- Uno: Felicitar	8/25
- Dos: Preguntar	5/25
- Tres: Aconsejar	3/25
- Cuatro: Negociar y hacer un compromiso	1/25
- Cinco: Dar una hoja de consejos o boleta de referencia	1/25
NO sabe pasos de consejería	7/25
Usa material de IEC	13/25
<b>Conocimientos sobre lactancia materna y alimentación infantil</b>	
Sabe sobre del calostro	5/25
Sabe importancia del calostro	5/25
Sabe sobre lactancia materna exclusiva	11/25
Sabe que se da lactancia materna exclusiva 0-6 meses	12/25
Sabe que alimentación complementaria comienza 6 meses	13/25
Comida machacada (suave y espesa) de 6 a 8 meses	18/25
Comida en pedacitos de 9 a 11 meses	19/25
Come igual que un adulto a los 12 meses	6/25
Come 3 a 5 veces niño de 6 a 11 meses	16/25
Come 3 a 5 veces niño de 1 a 2 años	20/25
Lactancia materna continuada hasta 24 meses	4/25
Conoce signos de desnutrición (tipo marasmo)	13/25
Conoce signos de desnutrición (tipo Kwashiorkor)	7/25

Fuente: Evaluación cualitativa AIEPI AINM-C, 2007

Estos datos indican que, a pesar de que la mayoría de facilitadores comunitarios y vigilantes de salud reportan haber sido capacitados en el MPC de la estrategia de AIEPI AINM-C, esto no se traduce en conocimientos adecuados. Los vigilantes no llevan a cabo la

clasificación de los niños en forma correcta, lo cual hace poco probable que puedan dar consejería precisa, sino solamente general, suposición que es reforzada por el hecho que muy pocos pudieron mencionar los pasos específicos de la consejería. Los vigilantes tienen algunos conocimientos adecuados sobre alimentación complementaria, pero desconocen las recomendaciones sobre el aprovechamiento del calostro, la lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria y lactancia continuada, que forman el núcleo de la promoción del crecimiento.

En cuanto al tema de supervisión, 11 de los 25 vigilantes de salud reportaron que nunca reciben supervisión por parte de otro miembro del equipo básico de salud, como se muestra en el siguiente cuadro. De los 14 vigilantes que sí han recibido supervisión, nueve señalaron que no reciben la supervisión regularmente, y sólo tres la reciben cada mes.

**Cuadro 9. Sistema de apoyo de supervisión para los vigilantes de salud**

<b>Supervisión recibida</b>	<b>n</b>
Nunca recibe supervisión	11/25
Supervisión sin frecuencia regular	9/25
Supervisión una vez al mes	3/25
No respondió	2/25

Fuente: Evaluación cualitativa AIEPI AINM-C, 2007

2. ¿La capacitación en monitoreo y promoción de crecimiento está relacionada con la práctica adecuada (según normas) de medición de peso en los menores de 2 años?

Para determinar si la práctica de toma de peso en los menores de dos años es realizada en base al cumplimiento de la norma, se observó a 25 vigilantes de salud durante la ejecución de los 19 ítems que se deben cumplir en la actividad (con base en los formularios de supervisión y monitoreo de la UPS1). Los datos obtenidos para cada uno de los vigilantes, que se presentan en el cuadro 10 a continuación, sugieren que, del total de 25 vigilantes, solamente uno alcanzó el máximo de ítems ejecutados correctamente, esto es 14 de los 19 ítems observados; seis cumplieron 9 de los 19 ítems, y los 18 restantes acertaron en 8 o menos de los 19 ítems; es importante destacar que dos de los 25 vigilantes no cumplieron con ninguno de los ítems evaluados y sólo uno recibió una calificación por arriba del 70% (14/19).

**Cuadro 10. Resultados individuales de la observación de la toma de peso a 25 vigilantes de salud**

ID ITEM	PROCESO	vigilante 1	vigilante 2	vigilante 3	vigilante 4	vigilante 5	vigilante 6	vigilante 7	vigilante 8	vigilante 9	vigilante 10	vigilante 11	vigilante 12	vigilante 13	vigilante 14	vigilante 15	vigilante 16	vigilante 17	vigilante 18	vigilante 19	vigilante 20	vigilante 21	vigilante 22	vigilante 23	vigilante 24	vigilante 25	Total
1	Cuelga la balanza a la altura de los ojos	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	20	
2	Calibra la balanza con calzón o pañal puesto	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	8
3	Desvisten al niño/a lo más posible	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	8
4	Mete al niño/a en el calzón primero los pies	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	21
5	Los brazos del niño/a quedan uno adelante y otro atrás de los tirantes	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	12
6	El niño/a cuelga en la balanza sin tocar nada	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	18
7	Lee el peso cuando el niño está lo más quieto posible	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	21
8	Lee el peso en libras y onzas	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	18
9	Informa el peso en libras a la madre (en voz alta)	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	15
10	Calcula la edad del niño/a en meses	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4
11	Anota el peso actual del niño/a en el listado de niños menores de 2 años *	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
12	Compara el peso actual con el peso esperado en el listado de niños menores de 2 años**	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
13	Coloca un punto azul o rojo en la columna de "clasificación" del listado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	Anota en el listado de niños menores de 2 años el peso esperado el próximo mes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	Anota la fecha de peso actual en el carnet del niño/a	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	5
16	Anota la edad en meses en el carnet del niño/a	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	4
17	Anota el peso actual en el carnet del niño/a	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	6
18	Marca el punto del peso en la gráfica del carnet del niño/a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	Traza la curva en la gráfica del carnet del niño/a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	

\* La mayoría de ellos no anota el peso en el listado de menores de 2 años porque no lo tienen.

\*\* La mayoría de ellos no compara el peso actual con el esperado en el listado, porque no lo tienen.

En el cuadro 11 a continuación se presentan los resultados de la observación del desempeño de 25 vigilantes de salud en la toma de peso (medición de 8 ítems) de los niños menores de dos años. De los ocho ítems observados, sólo en tres de ellos - colgar la balanza, meter a los niños en el calzón, y leer el peso cuando el niño está quieto – los VS obtuvieron una calificación adecuada, en base a la escala siguiente: adecuado ( $\geq 80\%$  de las 25 observaciones), regular (60-79% de las 25 observaciones), bajo (40-59% de las 25 observaciones) y deficiente (<40% de las 25 observaciones). Un porcentaje menor de vigilantes realizó correctamente el resto de los pasos. Los ítems más bajos fueron calibrar la balanza con pañal o calzón puesto antes de pesar, y desvestir al niño lo más posible (categoría deficiente en ambos casos).

**Cuadro 11. Desempeño de los vigilantes de salud en la toma del peso (Observación, N=25)**

ITEM OBSERVADO	Número de observaciones en que se hace correctamente	Clasificación del desempeño
<b>Proveedores que pesan correctamente a los menores de 2 años</b>		
Cuelga la balanza a la altura de los ojos	20/25	Adecuada
Calibra la balanza con calzón o pañal puesto antes de pesar	8/25	Deficiente
Desvisten al niño/a lo más posible	8/25	Deficiente
Mete al niño/a en el calzón primero los pies	21/25	Adecuada
Los brazos del niño/a quedan uno adelante y otro atrás de los tirantes	12/25	Baja
El niño/a cuelga en la balanza sin tocar nada	18/25	Regular
Lee el peso cuando el niño está lo más quieto posible	21/25	Adecuada
Lee el peso en libras y onzas	18/25	Regular

Fuente: Evaluación cualitativa AIEPI AINM-C, 2007

Los datos señalan que la capacitación en monitoreo del crecimiento no ha garantizado aún la práctica adecuada, según normas, de todos los pasos en la toma de peso a los menores de 2 años. El 80% de los vigilantes de salud o más cuelgan la balanza en forma adecuada, sientan al niño en el calzón y leen el peso cuando el niño está lo más quieto posible.

3. ¿La información del peso en los menores de 2 años registrada por los vigilantes de salud de las comunidades intervenidas es utilizada para clasificar el crecimiento del niño(a), explicar a la madre la situación encontrada, dar consejería y hacer un compromiso con ella sobre lo que debe hacer ante esta situación?

El siguiente cuadro muestra la calidad del registro de los datos de peso, así como la utilización de los datos para clasificar la tendencia del crecimiento del niño de forma adecuada. El cumplimiento de cada uno de los 13 ítems relacionados con el registro de datos y su uso fue calificado en base a la escala siguiente, adecuado ( $\geq 80\%$  de las 25 observaciones), regular (60-79% de las 25 observaciones), bajo (40-59% de las 25 observaciones) y deficiente (<40% de las 25 observaciones).

**Cuadro 12. Desempeño de los vigilantes de salud en el registro y clasificación del peso (Observación, N=25)**

<b>1. Proveedores que interpretan las mediciones en forma correcta</b>	<b>n</b>	<b>Clasificación del desempeño</b>
Calcula la edad del niño/a en meses	4/25	Deficiente
Anota el peso actual del niño/a en el <b>listado</b> de niños menores de 2 años	1/25	Deficiente
Compara el peso actual con el peso esperado en el <b>listado</b> de niños menores de 2 años	1/25	Deficiente
Coloca un punto azul o rojo en la columna de “clasificación” del <b>listado</b>	0/25	Deficiente
Anota en el <b>listado</b> de niños menores de 2 años el peso esperado el próximo mes	0/25	Deficiente
<b>2. Proveedores observados que anotan correctamente en su cuaderno el peso de los niños/as</b>		
Anota correctamente en su Cuaderno del Vigilante el peso de los niños/as	1/25	Deficiente
<b>3. Proveedores que anotan correctamente el peso en el carnet del niño/a</b>		
Anota la fecha de peso actual en el <b>carnet</b> del niño/a	5/25	Deficiente
Anota la edad en meses en el <b>carnet</b> del niño/a	4/25	Deficiente
Anota el peso actual en el <b>carnet</b> del niño/a	6/25	Deficiente
<b>4. Proveedores observados, que grafican el peso en la gráfica de crecimiento del carnet del niño/a</b>		
Marca el punto del peso en la <b>gráfica</b> del carnet del niño/a	0/25	Deficiente
Traza la curva en la gráfica del carnet del niño/a	0/25	Deficiente
<b>5. Proveedores observados que analizan el crecimiento/ ganancia de peso de un mes al siguiente y emiten su análisis a la madre</b>		
Informa a la madre el peso en voz alta	15/25	Regular
Compara el peso actual con el peso esperado en el listado de niños menores de 2 años en dos controles seguidos	1/25	Deficiente
<b>6. Identificación de casos de niños/as con crecimiento inadecuado (inadecuada ganancia en dos controles seguidos) identificados (documentados)</b>		
Clasifica a los niños que “no crecen bien” (inadecuada ganancia de peso en dos controles seguidos)	1/25	Deficiente

Fuente: Evaluación cualitativa AIEPI AINM-C, 2007

Se pudo observar que, con la excepción de informar a la madre del peso del niño (ítem con desempeño regular), la mayoría de vigilantes no están cumpliendo con el resto de ítems evaluados. Únicamente uno de ellos utiliza el Cuaderno del Vigilante para llevar un sistema de registro del peso del niño, seis de 25 anotaron el peso en el carnet del niño(a), y ninguno utilizó la gráfica de peso para edad para marcar el punto del peso, trazar la curva y evaluar la tendencia en el peso. Tampoco se está utilizando la comparación con el peso esperado (con base en el peso anterior), ni la ganancia de peso mínima mensual para clasificar la tendencia del crecimiento del niño.

Se observa en el Cuadro 13 que los vigilantes tampoco están cumpliendo con los pasos de la consejería, y sorprendentemente sólo tres de 25 utilizaron, al momento de dar la consejería, el material de información, educación y comunicación (IEC) que se les ha distribuido. También es evidente la brecha entre conocimientos y prácticas, ya que mientras 13 de 25 reportaron que usaban material de IEC para la consejería (ver Cuadro No. 8), solamente tres lo utilizaron cuando fueron observados. La mitad de los entrevistados transmitió correctamente el contenido educativo a las madres.

**Cuadro 13. Desempeño de los vigilantes de salud en la consejería para la promoción del crecimiento (Observación, N=25)**

Ítem	n	Clasificación del desempeño
Utiliza en forma correcta el material IEC	3/25	Deficiente
Utiliza con el material de IEC (rotafolios con láminas de consejería, cuaderno del VS)	3/25	Deficiente
Sigue los 5 pasos de consejería	1/25	Deficiente
Transmite contenido correcto de consejería según edad del niño/a y situación	12/25	Bajo

Fuente: Evaluación cualitativa AIEPI AINM-C, 2007

A los vigilantes de salud también se les planteó el caso hipotético de un niño de cuatro meses de edad que no crece bien (que no tiene una ganancia de peso adecuada) en dos controles seguidos, que es el indicador funcional de “desnutrición” que se utiliza en la estrategia de AIEPI AINM-C. Los evaluadores dejaron que los vigilantes identificaran espontáneamente los conceptos transmitidos en manuales y rotafolios utilizados por el Ministerio de Salud. Los conceptos evaluados fueron organizados en los siguientes cinco ítems: 1) hacer referencia a un servicio de salud; 2) aumentar el número de veces que debe dar de mamar; 3) darle de mamar más seguido; 4) darle de mamar cada vez que el niño quiera, y 5) darle de mamar de los dos pechos. Las respuestas indican que menos de la mitad de los vigilantes daría las recomendaciones adecuadas en ese caso, ya que sólo 12 de 25 reconoció entre uno y dos ítems (conceptos) en forma correcta. El resto de vigilantes manejan conceptos equivocados en relación al uso de líquidos como atol y agua de arroz, y la introducción de alimentos. Del total de 25 vigilantes, siete no respondieron.

**Cuadro 14. Respuestas de los vigilantes de salud en relación a la consejería que se debe ofrecer en caso particular planteado (N=25)**

Ítems	n	RECOMENDACIÓN	n
<b>Menciona un ítem correctamente</b>	9/25	Referencia al servicio de salud o personal calificado	4/9
		Darle de mamar más seguido	4/9
		Que lo atienda mejor, que la madre coma mejor para que tenga más leche <sup>5</sup>	1/9
<b>Menciona dos ítems correctamente</b>	3/25	Referencia al servicio de salud y darle de mamar más seguido	2/3
		Número de veces que debe dar de mamar y darle de mamar los dos pechos	3/3
<b>Otra respuesta incorrecta</b>	6/25	Que le dé su alimento para crecer	1/25
		Darle de mamar más seguido y que le de atol	1/25
		Darle de mamar más seguido y que le den agua de arroz	1/25
		Darle de mamar más seguido y que le dé atolitos porque de repente el pecho no le alcanza	2/25
		Que le den alimento y vitamina	1/25
<b>No sabe no responde</b>	7/25	No responde	7

Fuente: Evaluación cualitativa AIEPI AINM-C, 2007

<sup>5</sup> Si bien esta recomendación no es técnicamente correcta, si se ha utilizado como un mensaje en la consejería para motivar el consumo de alimentos en la madre en período de lactancia con un beneficio percibido.

3. ¿La medición del peso realizada por los vigilantes de salud en las comunidades intervenidas se asocia al seguimiento domiciliario de niños clasificados como “no crecen bien”?

Según se aprecia en el cuadro 15, la mayoría de vigilantes de salud reportó que hace visita domiciliaria, que visita a los niños que no crecen bien, y que dan consejería. Estos resultados, si bien positivos, no aseguran que estas actividades se ejecuten adecuadamente, como ha quedado demostrado, especialmente dadas las deficiencias observadas en la clasificación de los niños y en el cumplimiento de las normas de consejería, y las brechas entre conocimientos y prácticas reportadas por los vigilantes de salud y las prácticas observadas.

**Cuadro 15. Respuestas de los vigilantes de salud en relación a la visita domiciliaria de seguimiento (N=25)**

Seguimiento	n
Hace visita domiciliaria	22/25
Visita niños que no crecen bien	19/25
Da consejería en la visita domiciliaria	19/25

Fuente: Evaluación cualitativa AIEPI AINM-C, 2007

4. ¿Cómo es en la ONG y centros de convergencia el manejo de la información en el tema de monitoreo de crecimiento y su presentación en la sala situacional?

Se evaluó el cumplimiento de actividades relacionadas al MPC dentro de la prestación de servicios comunitarios, a través del análisis del uso y manejo de información por las ONG<sup>6</sup> que fueron observadas. El cuadro a continuación muestra los rubros observados a este respecto. Es importante repetir que los vigilantes de salud no cuentan con el Cuaderno del Vigilante porque las ONG no los han impreso para el período 2006 y 2007.

**Cuadro 16. Sistema de información sobre MPC en las ONG**

DESCRIPCIÓN	SI	NO
1. Información disponible según el flujo de información descrito y que es actualmente utilizado por las ONG de extensión de cobertura de acuerdo a la normativa del primer nivel de atención:	*	
2. Documentación de la información relacionada a MPC de forma adecuada de acuerdo a las normas ( <i>Registro del peso y edades</i> )	*	
3. Reporte y envío de la información de MPC a los niveles correspondientes, de acuerdo a las normas ( <i>Datos de peso de los menores</i> )	*	
4. Documentación de intervenciones / cambios implementados como consecuencia del análisis y toma de decisiones tomadas a partir de la información reportada		*
5. La ONG prestadora de servicios de salud cuenta con material IEC de la lista de inventario disponible para el 2006 ( <i>Sí cuentan con material, sin embargo no todo el material indicado, por lo que hay disponibilidad parcial de material de IEC</i> )	*	
6. La ONG prestadora de servicios de salud imprimió el cuaderno del VS para 2006, 2007		*
<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>4/6</b>	

<sup>6</sup> Como parte de las unidades evaluadas, se visitaron 5 ONG'S (ADISS en Malacatán, San Marcos, PROSEDE en Nuevo Progreso San Marcos, ICOS en Santa Cruz del Quiche, Cooperativa Todos Nebajenses en Nebaj, Quiche, y Eb Yajaw en Malacatancito, Huehuetenango)

La información de los Centros de Convergencia que se presenta en el cuadro a continuación es producto de la verificación de ítems por observación directa utilizando una lista de chequeo.

En base al puntaje otorgado, se estimó que sólo 10% (3/30) de los centros de convergencia observados cumplían con tener el gráfico de monitoreo del crecimiento actualizado al momento de la observación. El detalle de los otros ítems observados se presenta en el mismo cuadro para su completa apreciación.

**Cuadro 17. Porcentaje de Centros de Convergencia que contaban con datos en Sala Situacional (Observación, N=30)**

No.	ITEM OBSERVADO	SI	%
1	Gráfico de Monitoreo de Crecimiento actualizado a la fecha	3	10
2	Número de niños menores de 2 años que si crecen bien, identificados en color azul	4	13
3	Número de niños menores de 2 años que no crecen bien, identificados con color rojo	4	13
4	Número de mujeres embarazadas identificadas en la comunidad en control prenatal	11	37
5	Número de menores de 2 años que fueron pesados el mes actual	6	20
6	Número de menores de 2 años clasificados	1	3
7	Número de partos ocurridos en el mes actual	5	17
8	Número de referencias a nivel superior	3	10
9	Número de referencias de niños desnutridos	1	3
10	Número de visitas domiciliarias	1	3
11	Gráfico o esquema para rehidratación oral	0	0
12	Gráfico o esquema para tratamiento de diarrea	2	6
13	Gráfico o esquema para tratamiento de enfermedades respiratorias	2	6
14	Gráfico o esquema de vacunación	10	33
15	Gráfico o esquema de Plan de Emergencia Comunitario	2	6
16	Gráfico o esquema para la identificación de señales de peligro	2	6

Fuente: Evaluación cualitativa AIEPI AINM-C, 2007

### C. Evaluación de los efectos en los conocimientos y prácticas reportadas de las madres

En esta sección se presentan los datos cuantitativos de la encuesta, iniciando con la descripción de las familias de la muestra de los grupos control y de intervención. Luego se analiza la comparabilidad entre los grupos de intervención y control. Enseguida se abordan los conocimientos y prácticas de las madres de ambos grupos. Finalmente, se analiza y compara el estado nutricional de todos los niños menores de 5 años del grupo de intervención y del grupo control.

#### 1. Procedencia de las familias de la muestra según departamento

Un 40% de las 1,351 familias de la muestra reside en San Marcos, y una proporción igual en El Quiché, mientras que el 20% restante es de Huehuetenango. No hay diferencias importantes entre el grupo de intervención y el grupo control en cuanto a lugar de residencia (ver Cuadro 18).

**Cuadro 18. Distribución de las familias de la muestra según departamento de residencia**

Departamento	Intervención Con PEC (N=633)		Control Sin PEC (N=718)		Total	
	n	%	n	%	n	%
San Marcos	263	41.6	278	38.7	541	40.0
Huehuetenango	133	21.0	137	19.1	270	20.0
El Quiché	237	37.4	303	42.2	540	40.0
Total	633	46.9	718	53.1	1351	100.0

Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

#### 2. ¿Son comparables los grupos “control” y “de intervención”?

Una de las limitantes del tipo de diseño utilizado (sólo post-intervención con grupo control) es que, a pesar de todas las precauciones tomadas, los grupos de intervención y control podrían no ser comparables. La información que caracteriza al grupo de intervención y al control (Cuadro 19) sugiere que hay varias diferencias estadísticamente significativas en los indicadores socioeconómicos entre ambos grupos, lo cual indica que se debe tener cautela en la interpretación de los datos. La muestra del grupo de intervención está compuesta por una mayor proporción de población indígena y con menos escolaridad que la del grupo control. Sólo 63% de las viviendas del grupo de intervención tienen electricidad (en comparación con 81.3% en el otro grupo), 65% tienen red pública de agua (80.1% en el grupo control), 5.4% cuentan con fosa séptica (20.2% en el grupo control), 22% tienen paredes de block (35.5% en el grupo control), 31.1% piso de torta de cemento (44.6% en el control) y 68% techo de lámina (81.3% del grupo control). Por una parte, esto puede indicar buena focalización del Programa de Extensión de Cobertura en las comunidades más postergadas. Por otra, la poca comparabilidad entre los grupos intervención y control plantea dificultades para el análisis posterior ya que las diferencias que se encuentren pueden deberse tanto a diferencias entre grupos como a los posibles efectos del programa.

**Cuadro 19. Porcentaje de hogares con características seleccionadas por grupos de intervención y control**

<b>Características seleccionadas</b>	<b>Intervención Con PEC (N=633) %</b>	<b>Control Sin PEC (N=718) %</b>
<b>Entrevista en español **</b>	76.8	89.6
Identificó 'correctamente' estar/ no estar en EC	99.3	94.1
<b>Escolaridad *</b>		
- Alguna vez	64.60	72.3
- No ganó ningún grado	11.0	4.6
- Ganó alguno de primaria	83.8	83.0
- Ganó alguno de secundaria	4.7	11.7
<b>Grupo étnico **</b>		
- Indígena	78.0	68.8
- Ladino	21.9	31.2
<b>Lugar donde cocina alimentos **</b>		
- Suelo	19.9	7.7
- Poyo	42.6	47.4
- Estufa plancha	1.7	10.3
- Estufa mejorada	35.6	34.4
Cocina separada de dormitorio	95.1	94.6
<b>Hay electricidad **</b>	62.7	81.3
<b>Abastecimiento de agua **</b>		
- río, manantial	18.8	7.5
- lluvia	0.2	0.0
- pozo	0.5	0.4
- red pública	64.6	80.1
<b>Servicio sanitario **</b>		
- letrina	77.9	50.8
- no tiene	14.5	18.2
- fosa séptica	5.4	20.2
<b>Material del piso **</b>		
- tierra	63.5	43.0
- torta de cemento	31.1	44.6
<b>Material del techo **</b>		
- lámina	67.3	81.3
- teja	29.4	15.2
<b>Material paredes **</b>		
- adobe	33.8	38.7
- block	21.6	35.5

Diferencias estadísticamente significativas con \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.001$

Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

### 3. ¿Las familias de las comunidades que recibieron la intervención reportan mayor frecuencia de prácticas que favorecen el crecimiento y la salud de los niños y niñas, en comparación con las familias de las comunidades que no recibieron la intervención?

Hay diferencias significativas entre grupos control e intervención que indican patrones diferentes de obtención y búsqueda de servicios de salud, que también reflejan distinto acceso a los servicios (cuadro 20). Las diferencias se resumen como sigue: la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es mayor en el grupo control que en el de intervención (26.9 y 22.0%, respectivamente); sin embargo el uso de la inyección es más prevalente en el segundo; una proporción significativamente mayor de madres del grupo de intervención tienen carné del niño/a, en comparación con el grupo control (84.4 y 77.0%, respectivamente); las madres del grupo de intervención y del control buscan servicios de salud de manera significativamente distinta cuando detectan en su niño señales de peligro, encontrándose que más madres del grupo de intervención van al hospital (24.2%) y al centro de convergencia (16.4%), mientras que las madres del grupo control reportaron que prioritariamente van al centro de salud. Estas diferencias son atribuibles, naturalmente, a que las familias tienen acceso diferenciado a modelos distintos de prestación de servicios.

**Cuadro 20. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo intervención y control sobre acceso a servicios de salud**

Cobertura, conocimientos y prácticas	Intervención Con PEC	Control Sin PEC
<b>Usa métodos de planificación familiar *</b>	22.0	26.9
<b>Tipo de método de planificación familiar</b>		
- Inyección	69.8	62.7
- Operación de la mujer	10.8	11.9
<b>Visita del VS en el último mes *</b>	31.2	NA
- Tema discusión; peso	51.6	NA
- Tema discusión: vacuna	24.6	NA
<b>Tienen carné, fue visto **</b>	84.4	77.0
Tienen carné, no fue visto	8.1	10.6
No tiene carné	7.5	12.5
Muestra carné del MSPAS	99.8	98.9
<b>A dónde lleva al niño con señal de peligro **</b>		
- Hospital	24.2	21.1
- Centro de Salud	10.3	35.7
- Puesto de Salud	12.7	5.5
- Centro Convergencia/ Comunitario	16.4	NA

Diferencias estadísticamente significativas con \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.001$

Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

Por otra parte, los datos del cuadro 21 indican que las tasas de enfermedad respiratoria en las últimas dos semanas son similares en los dos grupos. El 65.9% de las madres del grupo de intervención reporta que sus niños enfermos mostraron respiración rápida, proporción que es significativamente mayor que en el grupo control. Los datos indican, también, que en ambos grupos casi tres de cada 10 madres dio una mayor cantidad de líquidos al niño enfermo, no encontrándose ninguna diferencia entre grupos. El comportamiento de búsqueda de atención cuando el niño tiene infección respiratoria es siempre diferente en ambos grupos de madres, según el modelo de prestación de servicios que corresponde. Se aprecia que el motivo principal para no consultar por infecciones respiratorias que reportan las madres en ambos grupos es la automedicación.

**Cuadro 21. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo intervención y control sobre infección respiratoria en hijos menores de 5 años, manejo y acceso a servicios de salud**

<b>Cobertura y prácticas en casos de IRA</b>	<b>Intervención Con PEC</b>	<b>Control Sin PEC</b>
Enfermó de IRA últimas 2 semanas	48.6	47.6
<b>Signos de gravedad</b>		
Tos con respiración rápida *	65.9	57.3
Tos con tiraje intercostal	41.0	35.4
<b>Buscó servicios para IRA</b>	48.5	50.9
<b>Dónde consultó por IRA**</b>		
- Hospital	3.0	3.2
- Centro de Salud	5.7	37.3
- Puesto de Salud	12.6	5.4
- Centro Convergencia/ Comunitario	31.7	0.4
- Farmacia		
<b>A quién consultó por IRA**</b>		
- Médico ambulatorio	13.7	0.4
- Personal centro o puesto de salud	17.2	42.1
- Médico privado	16.8	21.6
- Vigilante de salud	5.7	NA
<b>Motivo de no consultar por IRA</b>		
- Automedicación	76.5	66.8
- Falta de recursos	7.9	12.6

Diferencias estadísticamente significativas con \* p<0.05; \*\* p< 0.001  
Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

Respecto de la enfermedad diarreica, cuadro 22, no hay mayores diferencias en las prevalencias ni en la duración del episodio reportado. Adicionalmente, es importante destacar que una mayor proporción de madres del grupo de intervención que del grupo control reportó que el niño enfermo tenía sangre en las deposiciones (signo de gravedad). Esta diferencia es estadísticamente significativa, pero no hay ninguna diferencia en los otros signos reconocidos de gravedad entre ambos grupos. Tampoco se encontraron diferencias entre grupos en relación al tipo de líquidos administrados: aproximadamente 10% de las madres respondieron espontáneamente que habían dado sales de rehidratación oral, un tercio administró agua, 11% dieron café, y cuando se preguntó específicamente sobre las sales de rehidratación oral ambos grupos reportaron haberlas administrado en alrededor de 28% de los casos.

**Cuadro 22. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo intervención y control sobre manejo de casos de diarrea en hijos menores de 2 años**

<b>Cobertura y prácticas en casos de diarrea</b>	<b>Intervención Con PEC</b>	<b>Control Sin PEC</b>
Enfermó de diarrea últimas 2 semanas	28.2	30.7
<b>Duración de la diarrea</b>		
- 1 - 3 días	47.6	54.2
- 4 – 7 días	30.1	27.7
- 8+ días	22.4	18.1
<b>Signos de gravedad</b>		
- Asientos con sangre *	12.9	7.2
- Ojos hundidos	22.3	22.0
- Letárgico	23.7	25.2
- Más diarrea	13.0	13.9

Cobertura y prácticas en casos de diarrea	Intervención Con PEC	Control Sin PEC
- No come	11.9	10.7
- Deshidratación	0.9	1.6
- Tuvo mucha sed	72.7	74.1
<b>Líquidos administrados</b>		
- Dio suero oral (respuesta espontánea)	9.7	11.9
- Agua	27.3	30.4
- Atoles	22.1	16.8
- Café	11.2	11.2
- Dio suero oral (recordatorio inducido)	27.2	28.9

Diferencias estadísticamente significativas con \* p<0.05; \*\* p< 0.001  
Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

En relación con el comportamiento de búsqueda de tratamiento para la enfermedad diarreica, cuadro 23, hay diferencias entre ambos grupos, tanto en lo que se refiere al lugar donde se obtuvo las sales de rehidratación oral, el lugar de la atención, y el personal consultado, producto del tipo de modelo de prestación de servicios de salud al que tienen acceso las familias. Alrededor del 20 por ciento en ambos grupos acude al médico privado. Más de dos terceras partes de las familias en ambos grupos no consultaron porque automedicaron a sus hijos, mientras que menos madres en el grupo de intervención que en el grupo control reportaron que la distancia es un factor que limita la consulta, lo cual refleja que el acceso físico al servicio parece no ser un impedimento para buscar atención en el grupo de intervención.

**Cuadro 23. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo intervención y control sobre acceso y servicios de salud en caso de diarrea en hijos menores de 2 años**

Cobertura y prácticas en casos de diarrea	Intervención Con PEC	Control Sin PEC
<b>Buscó servicios para diarrea</b>	42.5	38.9
Dio SRO para diarrea	27.2	28.9
<b>Lugar donde obtuvo SRO</b>		
- Centro de Salud	2.5	21.0
- Puesto de Salud	5.0	5.0
- Centro Convergencia/ Comunitario	57.0	2.0
- Farmacia	22.9	43.0
<b>Dónde consultó por diarrea**</b>		
- Hospital	0.8	3.7
- Centro de Salud	3.1	24.4
- Puesto de Salud	4.7	9.6
- Centro Convergencia/ Comunitario	39.8	1.5
- Farmacia	11.7	13.3
<b>A quién consultó por diarrea**</b>		
- Médico ambulatorio	14.3	1.5
- Personal centro o puesto de salud	7.9	34.8
- Médico privado	19.0	20.7
- Vigilante de salud	12.0	NA
- Facilitador Comunitario	16.7	NA
<b>Motivo de no consulta por diarrea</b>		
- Automedicación	70.7	67.0
- Falta dinero	9.9	12.5
- Distancia	3.3	8.2

Diferencias estadísticamente significativas con \* p<0.05; \*\* p< 0.001  
Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

Como se muestra en el cuadro 24, un poco más de la mitad de las madres en ambos grupos indicaron que administraron más líquidos a sus hijos enfermos. Una proporción insignificante de madres administró más cantidad de alimentos sólidos; más de la mitad redujo la cantidad, casi 20% retiró completamente los alimentos sólidos, y un tercio dio pecho con mayor frecuencia durante la enfermedad. No hay ninguna diferencia significativa entre los dos grupos en relación con el uso de medidas preventivas de la diarrea: llama la atención que únicamente un cuarto de las madres identificó el lavado de manos como una medida de prevención de la diarrea, lo cual sugiere que debe insistirse en el tema de lavado de manos durante los procesos de educación.

**Cuadro 24. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo intervención y control sobre manejo y prevención de casos de diarrea en hijos menores de 2 años**

<b>Cobertura y prácticas en casos de diarrea</b>	<b>Intervención Con PEC</b>	<b>Control Sin PEC</b>
<b>Suministro de líquidos y sólidos durante la diarrea</b>		
- Más líquidos	51.9	52.1
- Más alimentos sólidos	2.1	1.5
- Menos alimentos sólidos	57.0	54.8
- Ningún alimento sólido	18.2	19.6
<b>Lactancia materna</b>		
- Más pecho	32.0	30.5
- Menos pecho	31.4	24.6
- Igual pecho	36.1	43.3
<b>Suministro de líquidos durante la diarrea del niño más pequeño</b>		
- Adecuado (mayor cantidad)	48.1	50.5
<b>Suministro de sólidos durante la diarrea del niño más pequeño</b>		
- Adecuado (mayor cantidad)	1.7	1.9
<b>Lactancia durante la diarrea del niño más pequeño</b>		
- Adecuado (mayor cantidad)	32.3	31.4
<b>Medidas aplicadas de prevención de diarrea</b>		
- Lactancia	3.4	3.5
- Alimentación	19.4	19.0
- Agua segura	34.4	39.0
- Higiene de alimentos	38.6	41.0
- Lavado de manos	25.5	24.3

Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

En relación con el monitoreo de crecimiento, cuadro 25, es importante destacar que hay una proporción significativamente mayor de madres del grupo de intervención que del grupo control (69.9% vs 12.9%) que llevan a pesar a sus hijos menores de 5 años. Además, casi 40% de éstas, en comparación con 21% de las madres del otro grupo, los llevaron dos veces en los últimos dos meses y hay un mayor número de madres con intervención que reporta lleva a sus hijos a pesar cada mes en comparación con las madres del otro grupo, encontrándose que esta diferencia es estadísticamente significativa. También significativamente diferentes son el proveedor que pesa y el lugar donde pesa al niño. Por otra parte, es importante destacar que un menor número de madres de la intervención indicó que el trabajador de salud le había explicado sobre el peso de su niño, proporción que es estadísticamente significativa, mientras que un mayor número de madres con intervención, en comparación con el grupo control, indican que el trabajador de salud le informó que sus hijos tenían peso adecuado.

**Cuadro 25. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo intervención y control sobre monitoreo del crecimiento a su hijo más pequeño**

<b>Cobertura, conocimientos y prácticas</b>	<b>Intervención Con PEC</b>	<b>Control Sin PEC</b>
<b>Lleva a pesar al niño más pequeño **</b>	69.9	12.9
<b>Cuántas veces últimos 2 meses **</b>		
- Ninguna	12.6	19.4
- Una	45.2	58.3
- Dos	39.9	20.9
<b>Cada cuanto lleva a pesar al niño **</b>		
- Cada mes	88.8	51.8
<b>Quién pesa **</b>		
- Vigilante de salud	81.6	1.4
- Facilitador Comunitario	12.6	5.0
- Enfermera	2.4	79.9
- Médico	0.6	4.3
- Creciendo Bien (técnico)	0.0	0.7
<b>La última vez dónde pesaron **</b>		
- Centro de Convergencia/ Comunitario	50.3	2.2
- Puesto de Salud	1.0	15.1
- Centro de Salud	0.8	58.3
- Su casa	39.0	13.0
<b>Explicación la última vez sobre el peso del niño*</b>	40.6	54.7
<b>Explicación del trabajador de salud sobre el peso del niño</b>		
- Bajo peso	26.6	31.6
- Peso adecuado	72.7	65.8

Diferencias estadísticamente significativas con \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.001$   
Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

El cuadro 26 muestra que las madres del grupo de intervención reportaron, en una proporción significativamente mayor a las del grupo control (48.8% vs 34.3%), que amamantaron exclusivamente a su último hijo hasta los 6 meses (variable calculada). La media de duración de lactancia materna exclusiva es mayor en el grupo de intervención que en el grupo control, encontrándose una diferencia de 1.4 meses entre ambos grupos. No hay diferencias en la duración de la lactancia entre grupos en el caso de niños que lactan todavía.

Los datos indican que menos madres del grupo de intervención han introducido alimentos o líquidos a sus hijos menores de 6 meses que el otro grupo de madres, y que esta diferencia es estadísticamente significativa. Por otra parte, una mayor proporción de madres en el primer grupo, en comparación con el grupo control, han introducido alimentos a sus hijos a los 6 meses y después de los 6 meses de edad, encontrándose que ésta es, también, una diferencia significativa. La mitad de las madres del grupo de intervención reportó que su hijo menor de 6 meses recibe otro alimento además de lactancia, proporción que alcanza 66% en el caso de las madres control, y que es diferente a la del otro grupo con significancia estadística. No hay diferencias entre grupos en relación a los motivos para dejar de dar de mamar.

**Cuadro 26. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo de intervención y control sobre alimentación de sus hijos menores de 2 años**

Prácticas reportadas	Intervención Con PEC	Control Sin PEC
<b>Inicio de lactancia en primera hora posparto</b>	64.8	62.9
<b>Dio sólo pecho hasta 6 meses (variable calculada<sup>1</sup>) al niño más pequeño* de 0-23 meses</b>	48.8	34.3
<b>Media de duración de lactancia materna exclusiva al niño más pequeño (reportado por la madre)</b>	3.9	2.5
<b>Edad en la que introdujo alimentos al niño más pequeño**</b>		
- < 6 meses	62.3	80.3
- 6 meses cumplidos	21.7	12.0
- > 6 meses	16.0	7.7
- Media en meses	3.9	2.5
<b>Meses de lactancia materna al más pequeño (lactancia continuada)</b>		
- < 6 meses	35.0	39.5
- 6 – 11 meses	36.5	35.3
- 12 – 17 meses	17.9	15.3
- 18 – 23 meses	10.6	9.8
<b>Además de pecho recibe otro alimento el niño más pequeño de 0-23 meses (variable calculada<sup>2</sup>)</b>		
- < 6 meses*	51.7	65.7
- 6 – 11 meses	95.2	96.8
- 12 – 17 meses	100.0	99.0
- 18 – 23 meses	100.0	100.0
<b>Motivos de no lactancia materna</b>		
- Leche insuficiente	4.2	5.0
- No quería el niño	16.3	13.8
- Destete	19.1	26.1
- Embarazo	52.6	44.6

Diferencias estadísticamente significativas con \* p<0.05; \*\* p< 0.001

Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

<sup>1</sup> Variable calculada tomando al niño más pequeño de cada familia que: 1) recibieron pecho el día anterior, 2) tienen entre 0 y 5 meses, 3) no han consumido ningún líquido/alimento de los listados

<sup>2</sup> Variable calculada tomando al niño más pequeño de cada familia: 1) cuya madre ha respondido que además de lactancia recibe otro alimento, 2) que haya consumido algún líquido/alimento listado

No se encontró ninguna diferencia entre grupos con respecto al número de veces que la madre amamanta a su hijo durante la noche o en el día, según se muestra en el cuadro 27: en el caso de la lactancia durante la noche, un poco más de la mitad de madres en ambos grupos amamanta cuatro veces y más, mientras que durante el día alrededor de tres cuartas partes de ellas amamantan cinco veces y más al día.

**Cuadro 27. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo intervención y control sobre frecuencia de amamantamiento del hijo más pequeño**

Prácticas reportadas	Intervención Con PEC	Control Sin PEC
<b>Número de veces que da de mamar en la noche al más pequeño</b>		
- 0 - 3	46.8	46.0
- 4+	53.2	54.0
Media en veces	4.16	4.16
<b>Número de veces que da de mamar durante el día al más pequeño</b>		
- 1 - 5	25.2	25.4
- 5+	74.8	74.6
- Media en veces	6.6	6.6

Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

Como se evidencia en el cuadro 28, las madres de los menores de 6 meses en familias de intervención indicaron usar la pacha en un porcentaje menor al de las madres del grupo control, diferencia que es estadísticamente significativa, así como las diferencias en los grupos de 12-17 meses y 18-23 meses (la primera indica un porcentaje mayor en el grupo de intervención y la segunda un porcentaje menor en este mismo grupo). Además, los datos sugieren que los niños de la intervención que son menores de 6 meses reciben menor número de pachas, y que esta diferencia tiene significancia estadística.

**Cuadro 28. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo intervención y control sobre alimentación con biberón de sus hijos menores de 2 años**

Prácticas reportadas	Intervención Con PEC	Control Sin PEC
<b>Tomó pacha ayer o anoche</b>		
- < 6 meses*	35.8	49.4
- 6 – 11 meses	50.0	54.3
- 12 – 17 meses*	67.2	54.8
- 18 – 23 meses*	46.6	62.0
<b>Número de pachas que tomó ayer el niño 0 – 5 meses*</b>		
- 0	61.7	46.3
- 1 - 3	32.1	48.0
- 4+	6.2	5.6
<b>Número de pachas que tomó ayer el niño 6 – 11 meses</b>		
- 0	48.8	43.7
- 1 - 3	44.6	43.7
- 4+	6.6	12.7
<b>Número de pachas que tomó ayer el niño 12 – 17 meses</b>		
- 0	32.8	44.8
- 1 - 3	49.1	40.0
- 4+	18.0	15.2
<b>Número de pachas que tomó ayer el niño 18 – 23 meses</b>		
- 0	52.9	38.0
- 1 - 3	33.3	45.4
- 4+	13.8	16.7

Diferencias estadísticamente significativas con \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.001$

Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

Con respecto al tipo de alimentos que recibieron los niños el día previo y la noche previa a la entrevista, cuadro 29, es importante destacar que la proporción de madres de menores de 6 meses del grupo de intervención que da agua sola a sus hijos es menor que las madres del otro grupo, diferencia que es estadísticamente significativa. Sin embargo, en el mismo grupo de edad, hay más madres del grupo intervención que dieron a sus hijos alimentos preparados de cereales, tortilla y pan que las madres del otro grupo. En el caso del grupo de niños de 6 a 11 meses, dos tercios de las madres del grupo control dieron agua sola a sus hijos, proporción que fue menor en las madres del grupo de intervención (diferencia estadísticamente significativa): esto es importante debido a que la administración de agua a niños menores de un año constituye un factor de riesgo de infecciones y, además, de desnutrición. Por otra parte, la proporción de madres del grupo de intervención que dieron a sus hijos alimentos preparados de cereales es mayor, y con significancia estadística, que la proporción de madres en el otro grupo,

con la excepción del caso del pan en el grupo de niños de 6 a 11 meses de edad, en donde hay mayor proporción de madres que dan pan en el grupo control. Es necesario destacar los altos porcentajes de madres cuyos niños menores de 6 meses consumieron el día o noche previos alimentos preparados de tortilla y pan.

**Cuadro 29. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo intervención y control sobre alimentación complementaria de sus hijos menores de 2 años**

Consumo de alimentos	Intervención Con PEC	Control Sin PEC
<b>Alimentos que recibió ayer o anoche el niño 0 – 5 meses además de lactancia materna</b>		
- Agua*	21.9	35.9
- Agua azucarada	27.9	28.6
- Jugos	3.5	1.2
- Té	11.4	9.8
- Fórmula	10.0	13.5
- Otros líquidos	11.4	10.6
- Alimentos preparados de cereales*	6.0	1.6
- Caldo de frijol	7.5	4.5
- Tortilla*	10.4	4.5
- Pan**	8.0	0.8
<b>Alimentos que recibió ayer o anoche el niño 6 – 11 meses además de lactancia materna</b>		
- Agua**	46.2	67.1
- Agua azucarada	51.0	50.0
- Fórmula	7.6	11.9
- Otros líquidos	25.7	33.8
- Alimentos preparados de cereales*	44.8	31.0
- Verduras	40.5	39.7
- Huevo	36.2	28.3
- Pollo	17.1	12.3
- Carne	6.2	5.0
- Caldo de frijol	54.3	60.3
- Tortilla	81.4	77.6
- Pan**	46.2	67.1

Diferencias estadísticamente significativas con \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.001$   
Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

La información sobre los alimentos que el niño consumió el día anterior a la encuesta fue ordenada en ocho grupos, como sigue: 01 cereales, 02 leguminosas, 03 verduras, 04 carnes todas clases, 05 huevo, 06 frutas, 07 lácteos, 08 otros alimentos. Los datos relacionados con el número de grupos de alimentos consumidos por los menores de 2 años el día anterior (cuadro 30) indican que el número de grupos consumidos aumenta conforme avanza la edad del niño y que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención y control, a pesar de que se detecta siempre que -con la excepción del grupo de 6 a 11 que comieron 0 - 2 grupos y del grupo de 12-17 meses que comieron también 0 - 2 grupos- en todos los casos una mayor proporción de madres del grupo de intervención que del control le dio de comer una dieta más variada a sus hijos. Al analizar la información desagregando según grupo de alimentos y edad, se logra establecer que: en primer lugar, en todos los grupos de edad se encuentran más niños del grupo intervención que reciben cereales, carnes y huevo, que en el

grupo control, según el reporte de las madres. En segundo término, más niños de edades 9 - 11 y 12 - 23 meses del grupo intervención consumieron verduras y hierbas, en comparación con los del grupo control.

**Cuadro 30. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo intervención y control sobre alimentación complementaria de sus hijos menores de 2 años**

<b>Consumo de alimentos</b>	<b>Intervención Con PEC</b>	<b>Control Sin PEC</b>
<b>Número de grupos de alimentos que comió ayer</b>		
- Niños 6-11 meses comieron 0-2 grupos	15.7	19.4
- Niños 6-11 meses comieron 3-4 grupos	44.9	38.3
- Niños 6-11 meses comieron 5+ grupos	39.4	32.8
- Niños 12-17 meses comieron 0-2 grupos	1.6	4.8
- Niños 12-17 meses comieron 3-4 grupos	45.1	42.1
- Niños 12-17 meses comieron 5+ grupos	53.3	53.2
<b>Grupos de alimentos que comió ayer niño 6-8 meses</b>		
- Cereales	82.2	73.7
- Leguminosas	49.5	56.4
- Verduras	35.6	39.1
- Carnes todas clases	20.8	14.3
- Huevo	22.8	21.0
- Frutas	34.7	25.6
- Lácteos	13.9	20.3
- Otros alimentos	87.1	93.2
<b>Grupos de grupos de alimentos que comió ayer niño 9-11 meses</b>		
- Cereales	96.5	93.9
- Leguminosas	56.5	67.7
- Verduras	61.7	46.5
- Carnes todas clases	25.2	23.2
- Huevo	48.7	38.4
- Frutas	37.4	41.4
- Lácteos	12.2	15.2
- Otros alimentos	93.0	97.0
<b>Grupos de grupos de alimentos que comió ayer niño 12-23 meses</b>		
- Cereales	97.1	97.0
- Leguminosas	62.9	69.7
- Verduras	61.0	53.4
- Carnes todas clases	41.9	40.6
- Huevo	51.4	48.7
- Frutas	55.7	56.4
- Lácteos	23.9	27.7
- Otros alimentos	96.2	97.0

Diferencias estadísticamente significativas con \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.001$

Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

Según se aprecia en el cuadro 31 a continuación, una mayor proporción de niños de la intervención que del grupo control comen con mayor frecuencia durante el día, ello ocurre en todos los grupos de edad, pero estas diferencias no son significativas. Al desagregar esta información por cada grupo de edad y por rangos de número de veces al día, queda

manifiesto que, con la excepción del grupo de 18 a 23 meses que comen 1-3 veces, las madres del grupo intervención siempre indicaron que dan de comer a sus hijos un mayor número de veces que las madres del otro grupo.

**Cuadro 31. Porcentaje de respuestas de madres entrevistadas en grupo intervención y control sobre alimentación complementaria de sus hijos menores de 2 años**

Consumo de alimentos	Intervención Con PEC	Control Sin PEC
<b>Niños 0-23 meses que comieron ayer <math>\geq 3</math> veces</b>	68.1	60.1
- Niño 6-11 meses	63.6	57.6
- Niño 12-17 meses	83.6	77.6
- Niño 18-23 meses	86.2	76.9
<b>Número de veces que comió ayer el niño de 0 – 5 meses de edad</b>		
- 0	85.5	90.5
- 1 - 3	14.0	9.0
- 4+	0.5	0.4
<b>Número de veces que comió ayer el niño de 6 – 11 meses de edad</b>		
- 0	9.8	13.1
- 1 - 3	77.1	77.7
- 4+	13.1	9.2
<b>Número de veces que comió ayer el niño de 12 - 17 meses de edad</b>		
- 0	0.0	2.4
- 1 - 3	81.1	79.2
- 4+	18.9	18.4
<b>Número de veces que comió ayer el niño de 18 – 23 meses de edad</b>		
- 0	0.0	1.9
- 1 - 3	63.3	74.1
- 4+	36.8	24.1
<b>Número de veces que comió el niño en cada grupo de edad (# adecuado según normas)</b>		
- 6-8 meses entre 2 y 4 veces	75.8	71.7
- 9-11 meses entre 4 y 6 veces	11.9	12.9
- 12-23 meses entre 4 y 6 veces	26.3	21.0

Diferencias estadísticamente significativas con \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.001$

Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

#### 4. Estado nutricional de los niños menores de 5 años

Los resultados de la medición en menores de 5 años fueron analizados en relación a los indicadores antropométricos del estado nutricional, y comparados con los nuevos estándares de referencia (OMS) y con los patrones de referencia utilizados anteriormente (NCHS). Los resultados fueron clasificados de acuerdo a: peso para edad, talla para edad y peso para talla, ubicándolos según la distribución normal como se muestra en el siguiente cuadro.

**Cuadro 32. Clasificación del estado nutricional e interpretación de los valores de la prevalencia**

Puntos de corte	Clasificación del estado nutricional		
	Peso para edad	Peso para talla	Talla para edad
> + 2DE	Obesidad	Obesidad	Normal
Entre $\leq + 2DE$ y $> + 1 DE$	Riesgo leve de obesidad	Riesgo leve de obesidad	
Entre $\leq + 1DE$ y $> - 1 DE$	Normal	Normal	
Entre $\leq - 1 DE$ y $> -2$	Deficiencia leve	Deficiencia leve	
Entre $\leq - 2DE$ y $> - 3 DE$	Deficiencia moderada	Deficiencia moderada	Retardo moderado
$\leq - 3DE$	Deficiencia severa	Deficiencia severa	Retardo severo
Interpretación de los valores de la prevalencia	Rangos de la prevalencia		
	Bajo peso para edad	Bajo peso para talla	Baja talla para edad
Baja	< 10	< 5	< 20
Media	10-19	5-9	20-29
Alta	20-29	10-14	30-39
Muy alta	$\geq 30$	$\geq 15$	$\geq 40$

Fuente: WHO, "Physical Status: the Use and Interpretation of Anthropometry", Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854; Geneva, 1995.

Hay diferencias estadísticamente significativas en el estado nutricional de los niños del grupo de intervención y del grupo control, a favor de este último, en el caso de peso para edad y talla para edad, como se muestra en los cuadros 33, 34 y 35, en base a los estándares de la OMS. Las más importantes en niños menores de 2 años son en el indicador talla/ edad para niños de 0 a 11 meses y la alta prevalencia de desnutrición global en niños de 12 a 23 meses. También se destaca que las diferencias de prevalencia de baja talla para edad en niños de 36 a 47 meses entre ambos grupos son estadísticamente significativas. Las diferencias en el grupo total de niños menores de 5 años son estadísticamente significativas en talla/edad y peso/edad a favor del grupo control.

**Cuadro 33. Porcentaje de niños con desnutrición aguda (Peso/ talla <- 2.00 DE) por categoría de edad en grupo intervención y control (estándares OMS)**

Desnutrición aguda (Peso/talla <-2.00 DE)	Intervención Con PEC	Control Sin PEC
<b>Grupos de edad</b>		
0-11 meses	3.1	3.7
12-23 meses	2.2	1.4
24-35 meses	1.2	0.7
36-47 meses	0.0	0.8
48-59 meses	0.0	0.8
0-59 meses	2.5	2.7

Diferencias estadísticamente significativas con \* p<0.05; \*\* p< 0.001  
Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

**Cuadro 34. Porcentaje de niños con desnutrición crónica (Talla/ edad <- 2.00 DE) por categoría de edad en grupo intervención y control (estándares OMS)**

Desnutrición crónica (Talla/ edad <- 2.00 DE)	Intervención Con PEC	Control Sin PEC
<b>Grupos de edad</b>		
0-11 meses **	37.6	27.3
12-23 meses	65.7	57.8
24-35 meses	77.0	76.3
36-47 meses*	79.2	66.9
48-59 meses	70.8	62.0
0-59 meses**	59.0	48.6

Diferencias estadísticamente significativas con \* p<0.05; \*\* p< 0.001  
Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

**Cuadro 35. Porcentaje de niños con desnutrición global (Peso/ edad <- 2.00 DE) por categoría de edad en grupo intervención y control (estándares OMS)**

Desnutrición global (Peso/ edad <- 2.00 DE)	Intervención Con PEC	Control Sin PEC
<b>Grupos de edad</b>		
0-11 meses	15.4	12.4
12-23 meses *	32.5	23.6
24-35 meses	27.3	27.7
36-47 meses	30.5	21.0
48-59 meses	27.5	21.5
0-59 meses**	24.3	18.8

Diferencias estadísticamente significativas con \* p<0.05; \*\* p< 0.001  
Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

Como muestran los cuadros 36, 37 y 38 que incluyen los datos según los estándares del NCHS, hay diferencias estadísticamente significativas en el estado nutricional de los niños del grupo de intervención y del grupo control, a favor de este último, en el caso de peso para edad y talla para la edad. Las diferencias más importantes en los niños menores de 2 años se manifiestan en el índice de talla para edad en niños de 0 a 11 meses y también en la alta prevalencia de desnutrición global en niños de 12 a 23 meses. Al igual que con los estándares de OMS, se destaca que las diferencias de prevalencia de baja talla para edad en niños de 36 a 47 meses entre ambos grupos son estadísticamente significativas. Las diferencias en el grupo de niños menores de 5 años son estadísticamente significativas en talla/edad y peso/edad a favor del grupo control. Como se esperaba, cuando se utilizan los estándares de la OMS la magnitud de la desnutrición crónica es más alta en ambos grupos.

El cuadro 36 muestra una tendencia, estadísticamente no significativa, a un mejor estado de nutrición actual en el grupo intervención, en comparación con el grupo control, lo que daría base a la hipótesis de un efecto favorable del AIEPI AINM-C en el estado de nutrición actual de los niños. Como se ha argumentado previamente, la ausencia de una línea basal no permite la prueba de hipótesis planteada.

**Cuadro 36. Porcentaje de niños con desnutrición aguda (Peso/ talla < -2.00 DE) por categoría de edad en grupo intervención y control (patrones NCHS)**

Desnutrición aguda (Peso/ talla < -2.00 DE)	Intervención Con EC	Control Sin EC
<b>Grupos de edad</b>		
0-11 meses	0.7	1.5
12-23 meses	5.0	4.8
24-35 meses	0.6	0.0
36-47 meses	0.0	0.8
48-59 meses	0.0	0.0
0-59 meses	1.5	1.9

Diferencias estadísticamente significativas con \* p<0.05; \*\* p< 0.001  
Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

**Cuadro 37. Porcentaje de niños con desnutrición crónica (Talla/ edad < -2.00 DE) por categoría de edad en grupo intervención y control (patrones NCHS)**

Desnutrición crónica (Talla/ edad < -2.00 DE)	Intervención Con PEC	Control Sin PEC
<b>Grupos de edad</b>		
0-11 meses **	30.3	19.5
12-23 meses	60.7	55.2
24-35 meses	67.7	58.5
36-47 meses *	73.4	55.6
48-59 meses	68.3	57.0
0-59 meses**	52.6	40.7

Diferencias estadísticamente significativas con \* p<0.05; \*\* p< 0.001  
Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

**Cuadro 38. Porcentaje de niños con desnutrición global (Peso/ edad < -2.00 DE) por categoría de edad en grupo intervención y control (patrones NCHS)**

Desnutrición global Peso/ edad < -2.00 DE	Intervención Con PEC	Control Sin PEC
<b>Grupos de edad</b>		
0-11 meses	14.2	11.1
12-23 meses *	47.5	33.2
24-35 meses	38.5	31.4
36-47 meses	34.4	29.3
48-59 meses	31.7	25.4
0-59 meses**	29.8	22.4

Diferencias estadísticamente significativas con \* p<0.05; \*\* p< 0.001  
Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

Al relacionar algunos datos de naturaleza socioeconómica con las prevalencias de desnutrición crónica y global presentadas antes (cuadro 39) se encuentran algunas asociaciones importantes, aunque no significativas. Las prevalencias de desnutrición aguda son más altas en el grupo de intervención que en el grupo control cuando la madre tiene 26-32 años, la madre no tiene educación formal, la familia no tiene agua segura, y no tiene servicio sanitario; para las demás características socioeconómicas la prevalencia es igual entre grupos o es mayor en el grupo control. Sin embargo, ninguna diferencia entre grupos es estadísticamente significativa.

**Cuadro 39. Porcentaje de niños con desnutrición aguda (Peso/ talla <- 2.00 DE) según características socioeconómicas en grupo intervención y control (estándares OMS)**

Características socioeconómicas	Intervención Con PEC	Control Sin PEC
Edad de la madre 14 - 21	3.4	3.4
Edad de la madre 22 - 25	0.8	3.0
Edad de la madre 26 - 32	2.8	2.3
Ninguna educación de madre	8.9	2.3
Educación secundaria de madre	3.9	4.8
Indígena	2.4	2.7
No Indígena	2.7	2.7
Cocina separada	2.5	2.8
Con electricidad	2.8	2.8
Sin electricidad	1.9	2.2
Con agua segura	1.9	2.6
Sin agua segura	3.5	3.1
Con sanitario	2.1	2.9
Sin sanitario	4.3	2.1
Con piso adecuado	2.3	3.2
Sin piso adecuado	2.5	2.1

Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

Las diferencias en desnutrición crónica (baja talla para edad) entre los grupos intervención y control son estadísticamente significativas, a favor del grupo control, como se muestra en el cuadro 40, en los casos siguientes: edad de la madre entre 26 y 32 años, indígena, vivienda con cocina separada, electricidad, sanitario, agua segura, y con y sin piso adecuado. Es interesante notar que las prevalencias en niños con vivienda sin agua segura y sin sistema de disposición adecuada de desechos son prácticamente iguales para el grupo de intervención y control.

**Cuadro 40. Porcentaje de niños con desnutrición crónica (Talla/ edad <-2.00 DE) según características socioeconómicas en grupo intervención y control (estándares OMS)**

Características socioeconómicas	Intervención Con PEC	Control Sin PEC
Edad de la madre 14 - 21	46.2	39.9
Edad de la madre 22 - 25	53.9	47.8
Edad de la madre 26 – 32**	65.8	52.4
Ninguna educación de madre	60.8	45.5
Educación secundaria de madre	34.6	30.9
Indígena*	61.9	54.5
No Indígena*	47.5	33.9
Cocina separada**	58.6	48.3
Con electricidad**	56.1	46.1
Sin electricidad	63.7	58.6
Con agua segura**	57.7	45.9
Sin agua segura	61.1	60.0
Con sanitario**	59.0	45.2
Sin sanitario	58.6	61.6
Con piso adecuado*	46.8	40.0
Sin piso adecuado*	65.6	59.0

Diferencias estadísticamente significativas con \* p<0.05; \*\* p< 0.001  
Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

En el caso del bajo peso para la edad (cuadro 41) las diferencias siempre están a favor del grupo control y son significativas cuando la edad de la madre es 26-32, no tiene escolaridad, no es indígena, hay cocina separada, electricidad, con servicio sanitario, agua segura y no hay piso adecuado. Es interesante notar que para madres indígenas la prevalencia de desnutrición global de los niños en ambos grupos es similar, así como en familias sin agua y sin servicio sanitario.

**Cuadro 41. Porcentaje de niños con desnutrición global (Peso/ edad <-2.00 DE) según características socioeconómicas en grupo intervención y control (estándares OMS)**

Características socioeconómicas	Intervención Con PEC	Control Sin PEC
Edad de la madre 14 - 21	20.0	16.0
Edad de la madre 22 - 25	23.5	21.0
Edad de la madre 26 – 32*	26.3	18.9
Ninguna educación de madre*	36.7	11.4
Educación secundaria de madre	11.5	8.3
Indígena	24.9	21.0
No Indígena*	22.0	13.6
Cocina separada*	24.3	18.7
Con electricidad	23.2	17.7
Sin electricidad*	26.2	23.6
Con agua segura*	23.0	17.3
Sin agua segura	26.6	25.0
Con sanitario**	24.0	16.5
Sin sanitario	25.9	28.0
Con piso adecuado	20.9	17.2
Sin piso adecuado*	26.2	20.8

Diferencias estadísticamente significativas con \* p<0.05; \*\* p< 0.001  
Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

En los cuadros 42, 43 y 44 se presentan análisis similares utilizando los patrones de referencia de NCHS.

**Cuadro 42. Porcentaje de niños con desnutrición aguda (Peso/ talla <- 2.00 DE) según características socioeconómicas en grupo intervención y control (patrones NCHS)**

Características socioeconómicas	Intervención Con PEC	Control Sin PEC
Edad de la madre 14 - 21	1.7	2.1
Edad de la madre 22 - 25	0.4	2.0
Edad de la madre 26 - 32	1.8	1.7
Ninguna educación de madre	2.5	0.0
Educación secundaria de madre	0.0	2.4
Indígena	1.3	2.1
No Indígena	2.2	1.2
Cocina separada	1.4	1.9
Con electricidad	1.8	2.1
Sin electricidad	1.0	1.0
Con agua segura	1.2	1.9
Sin agua segura	2.0	1.8
Con sanitario	1.2	1.9
Sin sanitario	3.1	1.7
Con piso adecuado	1.0	1.9
Sin piso adecuado	1.7	1.7

Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

**Cuadro 43. Porcentaje de niños con desnutrición crónica (talla/edad <-2.00 DE) según características socioeconómicas en grupo intervención y control (patrones NCHS)**

Características socioeconómicas	Intervención Con PEC	Control Sin PEC
Edad de la madre 14 - 21	41.4	33.6
Edad de la madre 22 - 25	46.9	40.1
Edad de la madre 26 – 32**	59.0	43.8
Ninguna educación de madre	54.4	38.6
Educación secundaria de madre	26.9	24.7
Indígena**	55.4	46.7
No Indígena**	41.3	25.7
Cocina separada**	52.3	40.4
Con electricidad**	49.0	38.9
Sin electricidad*	58.6	48.0
Con agua segura**	51.8	38.1
Sin agua segura	53.9	51.8
Con sanitario**	52.6	36.8
Sin sanitario	52.5	55.7
Con piso adecuado**	41.3	31.6
Sin piso adecuado*	58.7	51.6

Diferencias estadísticamente significativas con \* p<0.05; \*\* p<0.001  
Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

**Cuadro 44. Porcentaje de niños con desnutrición global (peso/ edad <-2.00 DE) según características socioeconómicas en grupo intervención y control (patrones NCHS)**

Características socioeconómicas	Intervención Con PEC	Control Sin PEC
Edad de la madre 14 - 21	23.5	16.0
Edad de la madre 22 - 25	29.3	25.8
Edad de la madre 26 – 32**	32.4	23.1
Ninguna educación de madre*	39.2	20.5
Educación secundaria de madre	23.1	11.9
Indígena*	31.2	25.1
No Indígena*	24.7	15.8
Cocina separada*	30.0	21.7
Con electricidad**	28.7	20.9
Sin electricidad	31.9	28.3
Con agua segura*	28.1	21.3
Sin agua segura	32.9	26.6
Con sanitario**	29.7	20.0
Sin sanitario	30.9	31.4
Con piso adecuado*	26.2	19.8
Sin piso adecuado*	31.9	25.4

Diferencias estadísticamente significativas con \* p<0.05; \*\* p< 0.001  
Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

A partir de los análisis presentados en los cuadros 39 - 44, se hizo una regresión múltiple con el propósito de controlar por variables potencialmente interferentes en la relación de participación en la intervención como predictor de estado nutricional de los niños. En la ecuación múltiple se incluyeron las siguientes variables independientes: edad y sexo del niño, edad y educación de la madre, grupo étnico, cocina separada, luz, agua, sanitario, material del piso y de la pared. Las variables dependientes fueron la talla para edad menor o igual a menos 2 desviaciones estándar (DE) –desnutrición crónica- en niños menores de dos años y en niños menores de cinco años.

Los resultados de las regresiones múltiples realizadas para el niño más pequeño (menor de 2 años) y para todos los niños (menores de 5 años) con el propósito de predecir el retardo en talla se presentan en el cuadro 45 y muestran que la participación en el programa está significativamente asociada con mayor desnutrición crónica, en el sentido esperado: el estado nutricional de los niños del grupo de intervención es significativamente peor que el del otro grupo, aún controlando por las variables confusoras antes mencionadas. En los niños menores de 2 años, los factores predictores del estado nutricional más significativos son: edad del niño (a mayor edad, mayor deterioro), sexo del niño (niños de sexo masculino muestran mayor deterioro), grupo étnico, y material de construcción de las paredes. En el total de niños menores de 5 años, los factores predictores del estado nutricional estadísticamente significativos son: edad del niño, sexo del niño, grupo étnico, material del piso y material de las paredes de la vivienda.

Los resultados confirman la hipótesis de una adecuada focalización del programa de grupos poblacionales con mayor desnutrición, es decir de aquellos que crónicamente

han estado postergados. Las diferencias encontradas entre los grupos son altamente significativas y, de acuerdo a este análisis, no son atribuibles a los factores de confusión.

**Cuadro 45. Resultados de regresión múltiple para talla/ edad <-2.00 DE en niños menores de 2 años y en los niños menores de 5 años, estándares OMS**

Parámetro	Niño menor de 2 años				Niños menores de 5 años			
	Estimador	Error estándar	Valor t	Pr >  t	Estimador	Error estándar	Valor t	Pr >  t
Término in	0.430762367	0.11470238	3.76	0.0002	0.576382533	0.09273188	6.22	<.0001
Edad niño	0.023629488	0.00233571	10.12	<.0001	0.008173535	0.00072209	11.32	<.0001
Sexo niño	-0.073724781	0.02954592	-2.5	0.0128	-0.048192045	0.02407637	-2	0.0455
Edad madre	0.010109407	0.0137675	0.73	0.463	0.021754622	0.01158386	1.88	0.0606
Educación madre	0.001849063	0.021061	0.09	0.9301	-0.02550424	0.01769495	-1.44	0.1497
Grupo étnico	-0.1192494	0.03261645	-3.66	0.0003	-0.093651336	0.027401	-3.42	0.0006
Cocina separada	0.023259418	0.07905	0.29	0.7686	-0.000824985	0.06337912	-0.01	0.9896
luz	0.018743226	0.03802676	0.49	0.6222	0.018292797	0.03041677	0.6	0.5477
agua	-0.015305707	0.03642684	-0.42	0.6745	-0.050675255	0.02888262	-1.75	0.0795
sanitario	-0.019183655	0.04635814	-0.41	0.6791	0.00502569	0.03720906	0.14	0.8926
piso	-0.058697886	0.03508983	-1.67	0.0947	-0.081812954	0.02882051	-2.84	0.0046
pared	-0.128361331	0.03562	-3.6	0.0003	-0.138713543	0.02966232	-4.68	<.0001

Diferencias estadísticamente significativas con \* p<0.05; \*\* p<0.001  
Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

### 5. ¿La diferencia en los conocimientos y las prácticas reportadas por las madres de los menores de 2 años guardan alguna relación con la prevalencia de desnutrición en los niños de comunidades que recibieron la intervención en relación a las que no recibieron la intervención?

A fin de responder a la última interrogante, se realizó un análisis orientado a determinar si los niños de las madres que reportaron un mayor número de “prácticas adecuadas” (desde la perspectiva de salud pública, y de la educación en alimentación, salud y nutrición) tenían un mejor estado nutricional que los niños de madres que indicaron realizar menos prácticas adecuadas. Para ello, se elaboró un índice compuesto por la suma de cinco variables de prácticas de las madres relacionadas al cuidado de los niños, asignando un punto por cada variable que representara una práctica positiva. Las variables usadas en la generación del índice son las siguientes:

- La madre reconoce respiración rápida del niño con tos como señal de peligro
- La madre reporta que el niño(a) menor de 2 años está en control de peso
- La madre reporta que lleva a pesar al niño(a) menor de 2 años cada mes
- El número de controles de peso es mayor o igual a 2 en dos meses
- El niño(a) menor de 2 años tiene carnet y fue visto

El rango posible del valor del índice es de 0 a 5, que se dividió en tres categorías que corresponden a prácticas en nivel “bajo” y “alto” con valores del índice de 0 - 2 y 3 - 5, respectivamente. El índice se construyó para el niño más pequeño comprendido entre 0 y 23 meses de edad (0 < 24 meses). La variable dependiente fue el estado nutricional del niño expresado en desnutrición aguda, global y crónica, según los nuevos estándares de la OMS y los antiguos patrones de referencia de NCHS. Los resultados se muestran en el cuadro 46.

El análisis de la relación entre el estado nutricional y el índice de prácticas de salud reportadas por las madres categorizado en “bajo” y “alto” señala que tanto en el grupo de intervención como en el grupo control existe una relación directa entre desnutrición global (peso/edad <-2.00 DE) y el índice categorizado, y una relación directa y estadísticamente significativa entre desnutrición crónica (talla/edad <-2.00 DE) y el índice categorizado. Es decir, que los niños cuyas madres tienen un índice “alto” tienen menos desnutrición global y significativamente menos desnutrición crónica que los niños cuyas madres tienen un índice “bajo” en ambos grupos, de intervención y control. Lo contrario sucede en relación al indicador de desnutrición aguda (peso/talla <-2.00 DE) donde hay diferencias no significativas entre el grupo de intervención y el grupo control, mostrando los segundos un porcentaje más alto de desnutrición aguda que los primeros: considerando que estas diferencias no son estadísticamente significativas, éstas podrían atribuirse al azar.

Considerando la importancia que la promoción del crecimiento de AIEPI AINM-C otorga a la ganancia de peso en visitas sucesivas, el hecho de encontrar que el peso para edad y la talla para edad son más adecuados en el grupo que más se adhiere a las prácticas promovidas por la estrategia puede interpretarse de dos formas: como autoselección (las madres cuyos niños tienen mejor estado nutricional para comenzar tienen prácticas reportadas más positivas), o como efecto de los mensajes de salud (las madres que adoptan prácticas más positivas tienen niños con mejor estado nutricional). Dado que esto sucede en ambos grupos – intervención y control- estas alternativas serían hipótesis a confirmar con mediciones subsiguientes.

**Cuadro 46. Porcentaje de niños de 0-23 meses con desnutrición aguda, global y crónica según índice de prácticas adecuadas de salud en grupo intervención y grupo control (estándares NCHS y OMS)**

Índices antropométricos por índice de prácticas categorizado	Intervención Con PEC	Control Sin PEC
<b>OMS</b>		
<b>Desnutrición aguda</b>		
Peso/talla < -2.00 DE Índice bajo	1.7	2.8
Peso/talla < -2.00 DE Índice alto	1.6	5.8
<b>Desnutrición global</b>		
Peso/edad < -2.00 DE Índice bajo	26.5	18.8
Peso/edad < -2.00 DE Índice alto	22.8	14.0
<b>Desnutrición crónica</b>		
Talla/edad < -2.00 DE Índice bajo	69.0**	50.4*
Talla/edad < -2.00 DE Índice alto	49.9**	34.9*
<b>NCHS</b>		
<b>Desnutrición aguda</b>		
Peso/talla < -2.00 DE Índice bajo	0.8	1.4

Índices antropométricos por índice de prácticas categorizado	Intervención Con PEC	Control Sin PEC
Peso/talla < -2.00 DE Índice alto	2.2	4.8
<b>Desnutrición global</b>		
Peso/edad < -2.00 DE Índice bajo	33.0	22.6
Peso/edad < -2.00 DE Índice alto	27.2	16.3
<b>Desnutrición crónica</b>		
Talla/edad < -2.00 DE Índice bajo	63.4**	42.3*
Talla/edad < -2.00 DE Índice alto	42.5**	29.1*

Diferencias estadísticamente significativas con \* p<0.05; \*\* p< 0.001

Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

Con el propósito de establecer si un conjunto de factores socioeconómicos tiene efectos en la desnutrición infantil en la población total de la muestra, y dentro de cada uno de los grupos intervención y control, también se construyó un índice básico socioeconómico con las siguientes ocho variables, en las que se asignó un punto por cada variable positiva:

- Educación de la madre secundaria o superior
- Cocina separada
- Cocina sus alimentos en estufa de gas, o plancha
- Obtiene el agua para beber de red pública, acueducto o agua embotellada
- Tiene sanitario en su casa
- Material principal del piso de cualquier tipo de piso, excepto tierra
- NO ha tenido tos
- NO ha tenido asientos

El rango posible del valor del índice es de 0 a 8, que se dividió en tres categorías que corresponden a nivel “bajo”, “medio” y “alto”, con valores del índice de 0 - 3, 4, y 5 - 8, respectivamente. El cuadro 47 a continuación presenta la relación entre índice de nivel socioeconómico en categorías bajo y alto, y estado nutricional expresado como peso para edad, talla para edad, y peso para talla, en grupos de intervención y control.

Como muestran estos datos, consistentemente el grupo de nivel socioeconómico “alto” presenta mejor estado nutricional en peso para talla, peso para edad y talla para edad, en comparación con el estrato “bajo”, tanto en el grupo intervención como en el control. Sin embargo, la prevalencia de desnutrición es casi idéntica en los estratos bajos, tanto del grupo de intervención como del grupo control lo cual demuestra la fuerte relación de factores socioeconómicos con la desnutrición. Es necesario destacar también que la diferencia de la prevalencia de baja talla para edad (OMS) en el grupo intervención entre estrato “bajo” y estrato “alto” es de 12 puntos porcentuales, y que la diferencia en la prevalencia de bajo peso para edad entre estos mismos estratos es de 9 puntos porcentuales. Esta diferencia es casi el doble en el grupo control para baja talla para edad: 22 puntos porcentuales de diferencia entre estratos “alto” y “bajo”.

**Cuadro 47. Porcentaje de niños de 0-23 meses con desnutrición aguda, global y crónica según índice básico socioeconómico en grupo intervención y grupo control (estándares NCHS y OMS)**

Índices antropométricos por índice socioeconómico categorizado	Intervención Con PEC	Control Sin PEC
<b>OMS</b>		
<b>Desnutrición aguda</b>		
Peso/talla < -2.00 DE Índice SE bajo	4.5*	2.6
Peso/talla < -2.00 DE Índice SE alto	1.6*	2.4
<b>Desnutrición global</b>		
Peso/edad < -2.00 DE Índice SE bajo	22.8**	19.2*
Peso/edad < -2.00 DE Índice SE alto	13.7**	13.7*
<b>Desnutrición crónica</b>		
Talla/edad < -2.00 DE Índice SE bajo	64.6*	62.9**
Talla/edad < -2.00 DE Índice SE alto	52.4*	40.7**
<b>NCHS</b>		
<b>Desnutrición aguda</b>		
Peso/talla < -2.00 DE Índice SE bajo	3.0*	1.7
Peso/talla < -2.00 DE Índice SE alto	0.8*	1.1.3
<b>Desnutrición global</b>		
Peso/edad < -2.00 DE Índice SE bajo	34.3*	33.0**
Peso/edad < -2.00 DE Índice SE alto	26.3*	17.0**
<b>Desnutrición crónica</b>		
Talla/edad < -2.00 DE Índice SE bajo	59.3*	56.3**
Talla/edad < -2.00 DE Índice SE alto	46.5*	32.3**

Diferencias estadísticamente significativas con \* p<0.05; \*\* p< 0.001

Fuente: Evaluación cuantitativa AIEPI AINM-C, 2007

## **VI. DISCUSIÓN**

### **1. Diseño**

Los hallazgos deben ser analizados a la luz de la debilidad en el diseño de esta evaluación: post-intervención con grupo control, sin línea de base. Esto hace que, en este momento, sólo sea posible concluir que los niños del grupo de intervención presentan un estado nutricional más deteriorado que los niños del grupo control, y que estas diferencias se observan aún controlando por variables confusoras. Por lo tanto, no es posible concluir que la estrategia de AIEPI AINM-C tenga un impacto o, por el contrario, que no lo tenga en el estado nutricional de los niños; en todo caso, es recomendable dar seguimiento a los datos obtenidos por medio de otra medición más adelante, posiblemente alrededor del año 2009, acompañada de un cuidadoso monitoreo y documentación de los procesos de implementación de la estrategia a lo largo de este período en estos lugares.

### **2. Implementación**

Durante el proceso de documentación no fue posible constatar que exista pleno conocimiento, por parte de los niveles técnico y operativo, de las tareas específicas desarrolladas para posicionar la estrategia de AIEPI AINM-C en el proceso de extensión de cobertura. Lo contrario ocurre en el caso del nivel gerencial (nivel central), quienes han tenido un involucramiento continuo desde el inicio de la implementación de la estrategia. Esta situación es importante para entender las dificultades enfrentadas para la institucionalización del programa de Extensión de Cobertura, en general, y de los nuevos modelos de gestión y de prestación de servicios, en particular.

A partir del análisis completo sobre el proceso de implementación de AIEPI AINM-C se desea destacar, como factor crítico, el modelo de supervisión y monitoreo del desempeño del personal: en tal sentido, la cobertura de la supervisión pareciera ser inadecuada, en la medida que 11 de los 25 vigilantes de salud reportaron que nunca habían recibido supervisión; de los 14 vigilantes que sí han recibido supervisión, nueve señalaron que no la reciben regularmente, y tres la reciben cada mes. Por otra parte, en las entrevistas no se indicó con precisión cuáles son las actividades que les son supervisadas. Al parecer no hay un patrón bajo el cual son supervisados todos los integrantes del mismo nivel. Por otro lado, todos identifican algún responsable de mayor jerarquía que les supervisa en campo las actividades que realizan, pero la principal forma de supervisión es la escrita, es decir, a través de los informes, actas e instrumentos de auto evaluación, mientras que la supervisión directa es insignificante.

En relación a la capacitación, los datos indican que a pesar de que la mayoría de facilitadores comunitarios y vigilantes de salud reportan haber sido capacitados en el MPC de la estrategia de AIEPI AINM-C, esto no se traduce necesariamente en conocimientos adecuados. Los vigilantes no llevan a cabo la clasificación del crecimiento (según ganancia de peso) de los niños en forma correcta, lo cual hace poco probable que puedan dar consejería precisa, sino solamente general, suposición que es reforzada por el hecho que muy pocos pudieron mencionar los pasos específicos de la consejería. Los vigilantes tienen algunos conocimientos adecuados sobre alimentación complementaria, pero la mayoría desconoce las recomendaciones sobre el aprovechamiento del calostro, la lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria y lactancia continuada, que forman el núcleo de la promoción del crecimiento.

Las deficiencias en los conocimientos y prácticas reportadas por los vigilantes de salud se pueden explicar, también, por factores tales como:

- **Capacitación:** la documentación sobre la metodología utilizada y el proceso de capacitación de los vigilantes de salud permite identificar algunos problemas. Entre estos problemas se destaca, en primer lugar, que la duración estándar programada de la actividad inicial (nueve días) puede ser insuficiente para la mayoría de vigilantes, debido a que éstos no han sido formados previamente en temas técnicos, lo cual, se sugiere, no podría garantizar la transmisión de conocimientos de manera efectiva. Por otra parte, se identificó la limitante de la baja frecuencia de las acciones de inducción y refrescamiento ante la alta rotación de vigilantes de salud; por otra parte, es importante preguntarse si funciona o no la metodología en cascada.
- **Monitoreo y supervisión:** la ausencia o escasa frecuencia de la supervisión directa del quehacer de los vigilantes de salud en monitoreo y promoción del crecimiento, mediante la cual se podrían detectar oportunamente los problemas de inadecuado desempeño de estos proveedores comunitarios.

### **3. Efectos en las madres**

El estudio documenta efectos positivos en conocimientos y prácticas de madres: los datos encontrados sugieren que las familias que han estado expuestas al modelo de atención propuesto por el programa de extensión de cobertura y la estrategia AIEPI AINM-C han sido empoderadas con herramientas útiles para prevenir muertes y enfermedades, básicamente a través del reconocimiento de signos de peligro en episodios de enfermedad, la asistencia periódica a la toma de peso y prácticas beneficiosas de alimentación infantil. Se reconoce, sin embargo, que existen algunas conductas fuertemente arraigadas que contrarrestan los efectos positivos de la lactancia materna, como la entrega de agua sola, agua azucarada y alimentos a base de cereales antes de cumplir los 6 meses, y la poca diversidad de la dieta en niños mayores de un año. Para explicar este último aspecto, es importante reconocer la escasa disponibilidad de alimentos variados en el hogar que condiciona la monotonía de las dietas de los preescolares, como contribuyente a las prácticas, y no tanto la ausencia de conocimientos.

La evaluación de conocimientos de los proveedores comunitarios señala que éstos tienen, en general, conocimientos adecuados sobre los mensajes que deben transmitir a las madres sobre frecuencia de la alimentación y formas de preparación que facilitan la ingesta. No obstante, se detectaron deficiencias en la calidad de la consejería que realizan los proveedores comunitarios con las madres, lo cual podría explicar por qué la intervención de los proveedores no se refleja necesariamente en estas prácticas de las madres.

La ausencia de diferencias importantes en conductas y conocimientos adecuados sobre algunos temas entre madres intervención y madres control, y la existencia de una mayor proporción de madres con algunas prácticas negativas en el grupo de intervención que en el grupo control, se podría atribuir a la falta de calidad en el servicio prestado por el personal comunitario, como resultado de las deficiencias metodológicas de este personal para la realización de las visitas domiciliarias.

### **4. Estado nutricional**

El análisis por índice de prácticas adecuadas de salud es interesante ya que se destaca que la hipótesis de que las madres expuestas al MPC muestran mejores conductas que tienen repercusiones positivas en el estado nutricional podría probarse en una futura evaluación.

En el análisis por índice socioeconómico para cada indicador de estado nutricional el porcentaje de niños con desnutrición es mayor en el grupo socioeconómico “bajo” que en el “alto” y esto es así tanto en el grupo de intervención como en el grupo control. Este hallazgo es coincidente con los resultados de otros estudios que se han realizado en el país que demuestran la relación directa del nivel socioeconómico con el estado nutricional de los niños.

### **5. Buena focalización del programa**

Como se ha señalado, los resultados del análisis del estado nutricional de los menores de 5 años indican mayor deterioro en los que provienen de las familias del grupo de intervención que en los de familias del grupo control. Se han encontrado resultados similares de otros esfuerzos de evaluación recientes, tales como la línea basal del Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica (PRDC) y la línea basal del programa Creciendo Bien. Ello confirma que la extensión de cobertura y, por lo tanto, AIEPI AINM-C al igual que estas intervenciones han sido bien focalizadas hacia los territorios y las poblaciones que presentan las condiciones nutricionales más deficitarias.

### **6. Intervención menos intensiva**

Se debe hacer notar que las jurisdicciones que fueron seleccionadas en el grupo de intervención (3 en San Marcos, 3 en Huehuetenango, y 4 en Quiché) tuvieron como criterio de selección la presencia de la extensión de cobertura, pero la ausencia de la intervención con el alimento complementario Vitacereal. Las jurisdicciones que cumplían con esta segunda condición (ausencia de Vitacereal) son –de acuerdo a informantes clave del nivel central- las menos fortalecidas en varios sentidos, ya que no pertenecían a los 83 municipios priorizados por el Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica, y, por ello, el equipo básico de salud no se fortaleció con la presencia de una o dos educadoras comunitarias en salud y nutrición, las capacidades logísticas no se reforzaron con transporte, ni recibieron un per cápita anual mayor que el resto, de alrededor de US \$10. Solamente las cinco jurisdicciones de Nebaj tienen un per cápita más alto como resultado de un menor tamaño poblacional, pero con mayor dispersión y difícil acceso, y de la creación de una nueva jurisdicción conformada por el área de cobertura de los puestos de salud. Es decir que las jurisdicciones incluidas en el grupo de intervención de esta evaluación únicamente recibieron -en el año 2005- la capacitación en cascada de AIEPI AINM-C y los materiales únicos de capacitación y de IEC.

Se puede pensar que lo anterior podría contribuir a explicar el valor de los indicadores medidos y la falta de los efectos esperados del monitoreo y promoción del crecimiento en el estado de nutrición de la población beneficiaria. Para fines de la siguiente medición, es importante señalar que las jurisdicciones de Quiché serán incluidas en los convenios del Banco Mundial en el 2008 porque pertenecen a los 70 municipios de prioridad 2.

## VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### A. Proceso de implementación de la Estrategia AIEPI AINM-C

**Conclusión:** se nota, en términos generales, una concentración de fortalezas en el nivel central, a diferencia del nivel departamental (Área de Salud) y local (Distrito de Salud/ comunidad). Los tres niveles involucrados en la implementación reconocen la importancia del concepto de monitoreo y promoción del crecimiento. La abogacía necesaria para posicionar la estrategia en las diversas instituciones del nivel central, departamental y local se concentró en el primero de ellos, lo cual se confirma por el hecho que el segundo nivel manifestó poco conocimiento y experiencia en este tema. El apoyo político se dio siempre desde el nivel central y no se consiguió un apoyo similar de las Áreas y Distritos de Salud, lo cual ha dificultado la aceptación del modelo en los niveles descentralizados.

El proceso de planificación y programación abarcó todas las dimensiones del modelo de gestión y de prestación de servicios. Se constató por medio de entrevistas que los proveedores comunitarios fueron capacitados según el diseño del proceso, pero no se encontraron medios de verificación de la efectividad del proceso de capacitación que fue realizado para la implementación. La institucionalización de la estrategia AIEPI AINM-C con el monitoreo y promoción del crecimiento ha sido completa ya que se integró al conjunto de Servicios Básicos de Salud que forma parte del Programa de Extensión de Cobertura. Esto refleja el éxito logrado en el posicionamiento de la estrategia AIEPI AINM-C en el sistema oficial de salud. Más aún, los materiales con que cuenta el equipo básico de salud fueron fruto del diseño y la implementación de la estrategia de AIEPI AINM-C. A partir de los materiales diseñados y producidos para esta estrategia, actualmente se cuenta un material estándar del cual se hizo una reproducción masiva para todo el país. El material incluye protocolos de atención clínica y comunitaria, rotafolios de consejería clínica y comunitaria, afiches, trifolios y hasta los carnets para el registro del monitoreo de crecimiento y esquema de vacunación de los niños menores de 5 años.

**Recomendación:** es importante profundizar el desarrollo del modelo, priorizando el fortalecimiento de la capacidad estratégica y de gestión de los niveles departamental y local, contribuyendo al empoderamiento progresivo de las estructuras descentralizadas para garantizar mayores niveles de confianza, aceptación y efectividad.

### B. Proceso de capacitación

**Conclusión:** a través de la revisión documental se ha podido hacer una apreciación del modelo de capacitación que estuvo orientado, en su diseño, al fortalecimiento de las destrezas del personal técnico para formar y educar al equipo básico de salud y a los proveedores comunitarios en la aplicación de normas del primer nivel de atención. El modelo de capacitación también se ha dirigido al fortalecimiento de conocimientos y destrezas de los proveedores comunitarios para brindar servicios básicos de salud de calidad a nivel comunitario, de acuerdo al perfil definido: se contemplan temas vinculados al modelo de prestación de servicios (promoción, prevención, consejería) y al

modelo de gestión (vigilancia, sistema de información, participación comunitaria). La capacitación es sistemática en base a una programación ajustada al modelo de atención.

**Recomendación:** es crítico realizar un estudio sobre el costo-efectividad del proceso global de capacitación, en vista de los resultados obtenidos en el análisis de conocimientos y destrezas de los proveedores comunitarios en aspectos del monitoreo y promoción del crecimiento.

### C. Proceso de información, monitoreo y supervisión

**Conclusión:** hay un sistema de monitoreo y supervisión del componente de MPC que define indicadores, objetivos, roles, métodos, instrumentos, programación y recomendaciones que deben conseguirse y realizarse a partir de la identificación de problemas encontrados. El monitoreo lo realizan los técnicos de la Unidad de Asistencia Técnica (UAT) y los Facilitadores Institucionales: los primeros lo realizan en los Centros de convergencia, al Equipo Básico de Salud y durante el proceso de capacitación de los EBS. Los Facilitadores Institucionales monitorean el quehacer de los FC y VS y la actividad de monitoreo y promoción del crecimiento. Se estableció en las entrevistas que existen deficiencias en cuanto a la multiplicidad de formatos de monitoreo, el desconocimiento de los Jefes de Distrito sobre el funcionamiento del sistema de monitoreo y supervisión, la falta de tiempo para cumplir con la programación de visitas a las comunidades, entre otras.

En relación con la supervisión de los vigilantes de salud que fueron entrevistados y que sí recibieron supervisión, la mayor parte manifestó no recibir supervisión de manera regular, y sólo una porción insignificante indicó que recibía visitas mensuales. Respecto de los métodos de supervisión utilizados, la mayoría indicó que la supervisión se realizaba mediante informes y actas, llamadas telefónicas, pero escasamente a través de métodos directos en los cuales se privilegiara la función capacitante o facilitante de la supervisión.

El sistema de información recoge datos sobre los niños menores de 5 años que son beneficiarios a través de un listado de beneficiarios, y para el caso de los menores de 2 años, la ficha clínica y el carné. Sin embargo, los vigilantes de salud no cuentan con cuadernos del vigilante el cual constituye el primer eslabón en el sistema de información para el monitoreo de crecimiento. Por lo tanto, no hay una adecuada consolidación ni adecuado flujo de datos de los indicadores de cobertura del monitoreo de crecimiento y clasificación del crecimiento de los niños en dos mediciones consecutivas en los centros comunitarios, ni hacia niveles superiores.

**Recomendación:** es importante tomar medidas para lograr el cumplimiento de la normativa del sistema de monitoreo y supervisión. Para ello se sugiere: capacitar al personal en procesos y metodologías de supervisión capacitante, racionalizar el uso de formatos de monitoreo, privilegiar los métodos de supervisión directa como las visitas para entrevistar personal, observar prácticas y verificar procesos con las familias. Es urgente, asimismo, garantizar que quienes llevan a cabo el monitoreo de crecimiento a nivel comunitario tengan los insumos necesarios que les permitan, primero, registrar los datos para la toma de decisiones y consejería adecuada según crecimiento de cada niño y, luego, para la consolidación y análisis del crecimiento de los niños a nivel comunitario.

#### **D. Conocimientos y prácticas de Vigilantes de Salud en monitoreo y promoción del crecimiento, lactancia materna y alimentación complementaria**

**Conclusión:** Los conocimientos correctos que los Vigilantes de Salud reportan en una proporción mayor al 60% de los casos son en los temas de frecuencia adecuada de toma de peso, edad correcta para administrar comida machacada, y edad correcta en que niños pueden comer de la dieta familiar. Las prácticas observadas que fueron correctas en una proporción mayor al 60% de los casos fueron las referidas a la posición en que se coloca la balanza, la forma de poner al niño en el calzón (primero los pies y sin tocar nada), y la lectura del peso en el momento adecuado en libras y onzas. Sin embargo, como se mencionó en secciones anteriores, se identifican vacíos de conocimiento y deficiencias en la ejecución del proceso de pesado de niños, registro del peso en el listado y carnet, ploteo en la gráfica y trazado de la tendencia, el análisis de la ganancia de peso de un mes al siguiente, la consejería y el uso de materiales de IEC.

**Recomendación:** deben desarrollarse esfuerzos por continuar reforzando los conocimientos y destrezas adecuadas que ya ejecutan algunos proveedores comunitarios. Por otra parte, el abordaje de las múltiples deficiencias detectadas necesariamente requiere mejorar los métodos de capacitación, vigilar de cerca y estimular la adopción de prácticas pedagógicas críticas por parte de los proveedores comunitarios. A través del modelo de gestión debe garantizarse que el proceso de supervisión se orienta a la verificación del cumplimiento de normas, a la identificación de problemas de conocimientos y destrezas, y a la puesta en marcha de las recomendaciones que se deriven del análisis.

#### **E. Efectos en los servicios de salud**

**Conclusión:** los datos recabados sobre la sala situacional de los Centros de Convergencia (incluidos en el Anexo 5) indican que existen deficiencias críticas que se relacionan con todos los ítems observados que se vinculan al modelo de atención en el nivel comunitario, y específicamente al tema de monitoreo y promoción del crecimiento: sobresalen, entre ellos, la ausencia de gráficos o esquemas para el diagnóstico y el manejo de enfermedades diarreicas y respiratorias, la falta de gráfica resumen de datos de crecimiento actualizada, la ausencia de información que permita la clasificación de niños según su ganancia de peso, la falta de cumplimiento de metas de programación de peso en el mes actual.

**Recomendación:** en primer lugar, urge tomar medidas para garantizar que se cumple la normativa disponible para el establecimiento y funcionamiento de las salas de situación. Adicionalmente, será necesario revisar de manera integral el uso actual que se le da a la información que es generada en las salas de situación de los Centros de Convergencia, a fin de formular una estrategia para adecuar y ajustar la generación de datos a las necesidades de información de los distintos usuarios.

## **F. Conocimientos y prácticas de las madres: reconocimiento, manejo y búsqueda de atención por morbilidad, asistencia al MPC, lactancia materna y alimentación infantil**

**Conclusión:** una mayor proporción de madres del grupo intervención, en comparación con el control, reportaron y mostraron carnet infantil, indicaron que detectan signos de gravedad de las enfermedades respiratorias y diarreicas, llevaron a pesar a sus hijos con una mayor frecuencia, amamantaron exclusivamente a sus niños pequeños hasta los 6 meses, retardaron el inicio de la introducción de alimentos antes de los 6 meses, y dieron pacha en menor proporción y frecuencia.

**Recomendación:** es importante insistir en el uso de la visita domiciliaria por el Vigilante de Salud como medio para apoyar a la madre en el reforzamiento de conocimientos y prácticas exitosas en el cuidado de los niños, apoyar en la resolución de problemas prácticos, y utilizar la metodología de transmisión de experiencias exitosas de madre a madre (desviantes positivas) para garantizar cambios en las prácticas.

## **G. Estado nutricional**

**Conclusión:** como ha sido reportado, hay diferencias estadísticamente significativas en el estado nutricional de los niños del grupo de intervención y del grupo control, a favor de este último, de acuerdo a ambos estándares. Esto sugiere que la focalización del Programa de Extensión de Cobertura ha sido efectiva, en la medida que el programa se desarrolla en las comunidades con mayores niveles de inseguridad alimentaria y nutricional del país. Cuando se emplearon dos índices para predecir diferencias estadísticamente significativas en las tasas de desnutrición de los niños de ambos grupos, se pudo determinar que la relación es directa: en el caso del índice socioeconómico, las familias con índice bajo presentaban las más altas prevalencias; cuando se aplicó el índice de prácticas de salud adecuadas por parte de las madres, las prevalencias son menores precisamente en los niños cuyas madres reportaron mejores conductas en la búsqueda de atención. El comportamiento de la relación entre cada uno de los índices y estado nutricional es similar tanto en el grupo de intervención como en el grupo control.

**Recomendación:** es necesario reforzar e intensificar la implementación de la estrategia de AIEPI AINM-C. Es además importante combinar estrategias orientadas al cambio de conductas y comportamientos de salud, alimentación y nutrición con iniciativas que se dirijan a garantizar condiciones económicas y sociales que les permitan a las familias pobres ir mejorando su situación de seguridad alimentaria y nutricional y sus niveles de desarrollo humano. Finalmente, es necesario reforzar en la estrategia las intervenciones más efectivas de salud reproductiva, a fin de fortalecer la prevención de la desnutrición enfocándose en el mejoramiento de la situación nutricional de la madre.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Sistema Integrado de Atención en Salud. AIEPI AINM-C, Bases Conceptuales y Plan Para Implementar y Fortalecer la Estrategia de AIEPI AINM-C durante 2002. Guatemala, abril 2002.
2. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Proceso de Modernización, Lineamientos Políticas, Estrategias, Líneas de acción y Avances. Guatemala: Sistema Integral de Atención en Salud SIAS, MSPAS. Guatemala 1998. Plan Nacional de Salud 2000-2004. Guatemala 2000.
3. Alianza Regional AIEPI COMUNITARIO. Los actores sociales y la sostenibilidad de la Estrategia AIEPI: ejemplos en Latinoamérica. Abril 2006.
4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sistema Integrado de Atención en Salud. Avances: Extensión de cobertura Primer Nivel de Atención en Salud. <http://www.funhsalud.org.mx/red-jlb/pdf/guat-mex.pdf>
5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Sistema Integrado de Atención en Salud. AIEPI AINM-C, Bases Conceptuales y Plan Para Implementar y Fortalecer la Estrategia de AIEPI AINM-C durante 2002. Guatemala, abril 2002.
6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Proceso de Modernización, Lineamientos Políticas, Estrategias, Líneas de acción y Avances. Guatemala: Sistema Integral de Atención en Salud SIAS, MSPAS. Guatemala 1998. Plan Nacional de Salud 2000-2004. Guatemala 2000.
7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Sistema Integral de Atención en Salud. Estrategia AIEPI AINM-C. Componente Comunitario, Manejo Integrado de la Niñez de 1 semana a menor de 5 años. Cuadros de Procedimientos (Protocolo) para el Facilitador Institucional, Auxiliar de Enfermería y Facilitador Comunitario. Guatemala Julio 2005.
8. Calidad en Salud. Unidad de Provisión de Servicios 1. Metodología para la participación comunitaria en el Primer Nivel de Atención de los Servicios de Salud. Guatemala, diciembre de 2002.

## ANEXO 1: METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

### 1. Componente cualitativo

VARIABLES ANALIZADAS EN BASE AL MARCO DE LA EVALUACIÓN:

- Abogacía para la implementación
- Decisión política y participación en la decisión en todos los niveles involucrados
- Planificación y programación de la implementación
- Capacitación inicial y seguimiento
- Contratación y cambio de ONG
- Material IEC (su disponibilidad y uso a través del tiempo)
- Normativa
- Alcance en la participación comunitaria (reportado)
- Monitoreo y supervisión
- Sistema de información
- Alcance y calidad en la implementación, en base a patrón de referencia

LOS ASPECTOS ESPECÍFICOS QUE SE DOCUMENTARON SON:

- Monitoreo y Promoción del Crecimiento:
  - Medición del peso
  - Registro de la información
  - Identificación de casos de con deterioro en el crecimiento (“no crece bien”)
  - Consejería (lactancia materna y alimentación complementaria)
  - Referencia a otros servicios
  - Visitas domiciliarias (importancia, planificación, seguimiento domiciliar)
- Información Educación y Comunicación: Documentación del grado de disponibilidad y utilización del material IEC para la capacitación a proveedores y para el proceso de consejería a las madres.

La información se organizó en base a los cuatro niveles operativos:

**Cuadro 1. Definición de niveles y categorías que fueron objeto de la evaluación**

NIVEL	CATEGORIA	DESCRIPCION	FUENTE / INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN
Central	Gerencial	Gerentes involucrados en la gestión e implementación de la estrategia.	Revisión documental y entrevistas
	Técnico Operativa	Técnicos de la Unidad de Asistencia Técnica del Ministerio de Salud, responsables del monitoreo y supervisión de la estrategia	Entrevistas
Regional-Departamental	Gerencial	Directores de Áreas de Salud seleccionadas	Entrevistas y verificación de documentos
	Técnico Operativa	Coordinadores técnicos de las unidades prestadoras de servicios de salud en la comunidad (ONG's localizadas en cabecera departamental)	Entrevistas y verificación de documentos
Municipal	Gerencia	Directores de Distritos de Salud Seleccionados	Entrevistas y verificación de documentos
	Técnico Operativa	Coordinadores técnicos de las unidades prestadoras de servicios de salud en la comunidad (ONG's localizadas en cabeceras municipales de los Municipios seleccionados)	Entrevistas y verificación de documentos
Local-comunitario	Institucional Operativo	Facilitadores comunitarios: técnico capacitado para la prestación de servicios básicos de salud en Centro de Convergencia o Centro Comunitario, vinculado directamente a la ONG	Entrevistas Observación con base en lista de chequeo
	Comunitario	Vigilantes de Salud: Agentes voluntarios que interactúan directamente en la comunidad para ofrecer monitoreo del crecimiento, consejería y vigilancia en temas de salud, dentro de su propia comunidad	Entrevistas Observación con base en las listas de chequeo definidas para monitoreo de peso y consejería Observación/ revisión del cuaderno del vigilante

Para obtener la información se utilizaron las siguientes técnicas de recolección de información.

**Cuadro 2. Técnicas de recolección de información del componente cualitativo**

TECNICA	DESCRIPCION
Revisión documental	Documentos oficiales del proceso Manuales de capacitación Manuales de normas y procedimientos Términos de referencia
Entrevistas	A informantes y actores clave de cada nivel definido
Observación	De materiales y proceso de monitoreo de crecimiento y consejería (lactancia materna y alimentación complementaria)

## 2. Muestra para el componente cualitativo

El número de informantes clave que fueron entrevistados se muestra en el siguiente cuadro.

**Cuadro 3. Número y tipo de informantes clave entrevistados**

NIVEL	CATEGORIA	n
Central	Gerencial	3
	Técnico Operativa	3
Regional- Departamental	Gerencial	3
	Técnico Operativa	3
Municipal	Gerencial	5
	Técnico Operativa	5
Local-comunitario	Institucional	5
	Operativo	
	Comunitario	25

## 3. Componente cuantitativo

**Cuadro 4. Definición de intervalos de edad válidos para la medición de peso y talla**

Categoría de edad de los/as niños/as al momento de participar en el MPC (por cada año específico)	Intervalo de edad actual (año 2007)
Intervalo de edad < 2 años en el 2003	4 a 6 años
Intervalo de edad < 2 años en 2004	3 a 5 años
Intervalo de edad < 2 años en el 2005	2 a 4 años
Intervalo de edad < 2 años en 2006	1 a 3 años
Intervalo de edad < 2 años en 2007	0 a 2 años

**Cuadro 5. Distribución por edades dentro de los grupos elegibles definidos para la evaluación del AIEPI AINM-C**

Unidades de evaluación = 600 casos						Unidades de control = 600 controles				
DEPARTAMENTO	Unidades de evaluación				Total Unidades de evaluación	Unidades de control				Total Unidades de evaluación
		0 a < 6 m	6 a 11 m	12 a 24 m			0 a < 6 m	6 a 11 m	12 a 24 m	
SAN MARCOS	<b>El Tumbador</b>	40	40	40	120	<b>El Quetzal</b>	40	40	40	120
	<b>Malacatán</b>	40	40	40	120	<b>Nuevo Progreso</b>	40	40	40	120
HUEHUETENANGO	<b>Malacatancito</b>	40	40	40	120	<b>Santa Ana Huista</b>	40	40	40	120
QUICHE	<b>Santa Cruz del Quiché</b>	40	40	40	120	<b>Pachalum</b>	40	40	40	120
	<b>Nebaj</b>	40	40	40	120	<b>Chinique</b>	40	40	40	120
Total		200	200	200	600		200	200	200	600

Dado que los hogares están agrupados en municipios y que esto incrementa la similitud entre los hogares de un mismo municipio, también se consideró la probabilidad de un incremento de la intercorrelación entre los valores observados de estos hogares.

En cada hogar que cumpliera los criterios de inclusión se midieron a todos lo/as niños/as en las edades consideradas, de modo que el número de niños/as fue mayor al número de familias en cada uno de los grupos de intervención y control. En cada hogar seleccionado, también se evaluaron los conocimientos y las prácticas reportadas por las madres en relación a comportamientos esperados por la estrategia AIEPI AINM-C y vinculadas con los temas de MPC, lactancia materna y alimentación complementaria.

#### 4. Criterios y pasos para la selección de los municipios y comunidades

##### a. Selección de departamentos

Se realizó una selección intencionada de tres departamentos: Quiché, Huehuetenango y San Marcos.

##### b. Selección de municipios con comunidades experimentales y comunidades control

Posterior a la definición de departamentos de interés para el estudio, se llevó a cabo la selección de los municipios con comunidades experimentales y control, en forma intencionada, dentro de cada departamento, en base a los siguientes criterios:

i. Criterios para la selección de municipios con comunidades experimentales: municipios con comunidades que participan en extensión de cobertura (en base a los listados proporcionados por el Programa de Extensión de Cobertura) y que no reciben Vitacereal, en base a listados proporcionados por la contraparte de Calidad en Salud.

ii. Criterios para la selección de municipios con comunidades control: municipios con comunidades que no participan en extensión de cobertura y AIEPI AIMN

C, y que no reciben Vitacereal, en base a listados proporcionados por contraparte de Calidad en Salud.

iii. Para la selección del municipio con comunidades control se buscó la mayor semejanza entre sus indicadores y los del municipio experimental a ser comparado, y se completó la cuota establecida por rangos de edad. Los indicadores socioeconómicos utilizados para definir homogeneidad entre los municipios con comunidades experimentales y municipios con comunidades control se listan a continuación: porcentaje de hogares rurales dentro del municipio (año 2002), porcentaje de hacinamiento (año 2002), porcentaje de analfabetismo en mayores de 15 años (año 2002), porcentaje de hogares conectados a una red de agua (año 2002), porcentaje de pobreza extrema y total (año 2002), IDH (año 2002), y desnutrición crónica en escolares (año 2001).

En base a estos criterios, se seleccionó a priori los siguientes municipios:

**Cuadro 6. Municipios con comunidades experimentales y control**

DEPARTAMENTO	Municipios con comunidades experimentales	Municipios con comunidades control
SAN MARCOS	Malacatán Nuevo Progreso	Malacatán Nuevo Progreso El Quetzal
HUEHUETENANGO	Malacatancito	Santa Ana Huista
QUICHE	Santa Cruz del Quiché Nebaj	Pachalum Chinique

## 5. Identificación de viviendas visitadas

La ubicación específica se hizo siguiendo la técnica de barrido en las comunidades. Se visitó el número de hogares que fue necesario hasta completar 120 hogares donde existía al menos un menor de 2 años por cada municipio. Al visitar la vivienda seleccionada se verificó que en ella viviese al menos un menor de dos años. En caso de no cumplirse el criterio anterior, el hogar no fue elegible para ser incluido en el estudio, y se repitió el proceso hasta encontrar y cumplir con la cuota que se había determinado para esa comunidad (Anexo 1).

Cuando había un menor de dos años en la vivienda visitada, pero la madre o persona a cargo del menor no estaba presente en ese momento, se hizo una nueva visita, hasta un máximo de tres. De no encontrar a la madre en ninguna de las tres visitas, se hizo una anotación en la boleta y, automáticamente, la vivienda quedó fuera del número de casos válidos para el análisis, y se repitió el proceso de sustitución por otra vivienda hasta completar el tamaño de la muestra definido para cada comunidad.

## 6. Calidad de la información y procesos de validación de información

Para asegurar la calidad de los datos, la información fue manejada por un equipo técnico de campo previamente capacitado. La coordinación técnica de campo tuvo a su cargo los procesos que garantizan el manejo adecuado de la información, asegurando confidencialidad de los datos que fueron obtenidos de forma directa. El equipo de trabajo de campo recibió la capacitación y estandarización correspondiente para el manejo y

captura adecuada de la información, para asegurar el manejo correcto de los cuestionarios (llenado, validación, almacenamiento, entrega), y para la toma de medidas antropométricas.

La recolección de datos por medio de entrevista, observación y toma de peso y talla, en los hogares e individuos se realizó con la aplicación de cuestionarios y guías de observación previamente validadas, cuya aplicación fue supervisada y validada por personal designado en de cada equipo de trabajo. El trabajo de campo fue realizado por cinco equipos conformados por:

- Una supervisora (que también es encuestadora- antropometrista)
- Tres encuestadoras-antropometristas
- Un piloto

Cada supervisora tuvo doble función, porque además de realizar entrevistas, tuvo asignada la tarea de supervisar a las dos encuestadoras y antropometrista de su equipo. Acompañó a cada encuestadora de su equipo en al menos una entrevista en cada jurisdicción visitada, y además seleccionó al azar una entrevista completada por cada encuestadora de su equipo en cada jurisdicción para validar preguntas al azar.

Al final de cada visita los cuestionarios fueron revisados por la encuestadora inmediatamente después de completarlos, antes de retirarse del domicilio o lugar de la entrevista para garantizar que no hubiese información faltante. Al detectar problemas, se retomó la entrevista en ese mismo momento.

Los cuestionarios fueron almacenados y entregados a la supervisora de campo el mismo día en que fueron completados. La supervisora verificó y archivó la información, y entregó grupos de formularios a la supervisora general de la operación de campo, quien revisó y realizó la limpieza de los formularios, los aprobó para su digitación y trasladó a la sede de INCAP. La digitación fue hecha por personal experimentado de INCAP y supervisada de acuerdo a normas generales de manejo de la información. Posterior a ello se generaron los archivos y se elaboraron salidas para el análisis que desarrolló el equipo técnico y especializado de INCAP.

Se ha considerado la posibilidad de que se presentaran algunos sesgos, los cuales se detallan a continuación:

**Cuadro 7. Identificación de posibles sesgos**

Tipo de sesgo identificado	Riesgo de ocurrencia determinado por	Disminución del sesgo mediante
1. Sesgo de selección	Selección de casos previos Dificultad en aislar a la población seleccionada de variables confusoras	Grupo control
2. Sesgos de Información <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clasificación</li> <li>• Observador</li> <li>• De recuerdo</li> </ul>	Capacidad de los entrevistadores/as Capacidad de recuerdo de los entrevistados	Estandarización de entrevistadores Capacitación e indagación del equipo entrevistador
3. Sesgos de confusión	Actuación de terceros eventos que no están controlados por la evaluación	Control por diseño

Fuente: Elaboración propia con fines de ilustración

**7. Consideraciones especiales para el manejo de la información y análisis de datos**

a. Ésta evaluación se limita a evaluar el efecto del componente de monitoreo y promoción del crecimiento de la estrategia AIEPI AIMN-C de extensión de cobertura, y excluye el resto de elementos de la estrategia.

b. Una limitante para hacer el análisis es la ausencia de información basal, lo cual impide realizar una evaluación de impacto.

c. Los elementos que integran la evaluación de conocimientos y prácticas reportadas por proveedores (vigilantes de salud) y madres, se fundamentan en el material informativo que esta disponible y es utilizado por el Ministerio de Salud.

d. Los contenidos incluidos en cada instrumento de evaluación se organizan en los cuadros de características generales y específicas de este plan de análisis. Los instrumentos informativos y material IEC de donde se generó los contenidos de la evaluación están incluidos en el capítulo de Referencias Bibliográficas.







## ANEXO 2: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE PROCESOS

### Objetivo 1

#### Documentar el proceso de implementación de la estrategia AIEPI AINM-C

Se presenta en este anexo la documentación detallada del proceso de implementación de la estrategia AIEPI AINM-C, especialmente del componente de promoción y prevención, con su eje principal de monitoreo y promoción del crecimiento. Para la documentación de procesos se entrevistó a 52 funcionarios; su distribución por nivel y categoría se presentan en el cuadro 1 a continuación.

**Cuadro 1: Número y tipo de informantes clave entrevistados en el componente cualitativo**

NIVEL	CATEGORIA	N
Central	Gerencial	3
	Técnico Operativa	3
Regional- Departamental	Gerencial	3
	Técnico Operativa	3
Municipal	Gerencial	5
	Técnico Operativa	5
Local-comunitario	Institucional	5
	Operativo	
	Comunitario	25
TOTAL		52

#### A. Proceso de Implementación del componente de Monitoreo y Promoción del Crecimiento

Se analizó el proceso de implementación del componente de MPC a través de la indagación sobre:

1. Conocimiento correcto del concepto en todos los niveles involucrados: Central, Área de Salud, Distrito de Salud y ONG
2. Participación en tareas de abogacía claramente definidas para la implementación de MPC en todos los niveles involucrados
3. Decisión política
  - Participación en cada nivel
4. Planificación
  - Participación de cada nivel en la programación de la implementación
  - Participación de cada nivel en la preparación y definición de roles
  - Funciones definidas para cada nivel
5. Capacitación
  - Participación de cada nivel en el proceso de capacitación
  - Participación de cada nivel en la elaboración de materiales
  - Definición de metodologías para la capacitación y proceso de seguimiento.
6. Modelo de prestación de servicios en cada nivel

## 1. Conocimiento del modelo de monitoreo y promoción de crecimiento

La estrategia AIEPI AINM-C tiene como objetivo disminuir la mortalidad y morbilidad en los niños menores de 5 años de edad, a través de actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud, principalmente a través de la promoción de la prácticas clave que llegan a las familias en sus propias comunidades, no sólo a través de la prestación de servicios básicos en salud sino del monitoreo y promoción de crecimiento en la comunidad<sup>††</sup>. La promoción del crecimiento incorpora prácticas familiares y comunitarias clave destinadas a la supervivencia infantil y a su crecimiento y desarrollo saludable<sup>§§</sup>.

La implementación de los servicios básicos de salud para la extensión de cobertura fue definida para la provisión en jurisdicciones de 10,000 habitantes, a cargo de un equipo básico de salud (EBS) <sup>\*\*\*</sup>.

Dentro de las actividades de implementación documentadas están: la organización comunitaria, incorporación del personal comunitario (EBS), establecimiento de centros comunitarios, actividades específicas para la prestación de servicios básicos de salud. La primera actividad en el proceso es la inducción del personal comunitario. Como producto de la inducción se obtiene información específica de las comunidades como el croquis y los censos de población.<sup>†††</sup>

En las acciones definidas que realiza extensión de cobertura están incluidos:

- a. El componente de Monitoreo y Promoción del Crecimiento, definido como acción prioritaria que funciona como eje integrador y organizador de la oferta de otros servicios para la niñez y la mujer con enfoque preventivo.
- b. La información, educación y comunicación para el cambio de comportamientos es un elemento transversal en la estrategia
- c. El manejo básico y estandarizado de casos de enfermedades prevalentes de la niñez
- d. La referencia de complicaciones en el embarazo, parto, post parto, neonato y niñez y la planificación familiar.

La estrategia AIEPI AINM-C incluye 15 objetivos, pero la información obtenida en la evaluación se refiere al objetivo relacionado con Monitoreo y Promoción de Crecimiento que, por su carácter de eje integrador, está relacionado con más de uno del resto de objetivos específicos que no son objeto de esta evaluación.

---

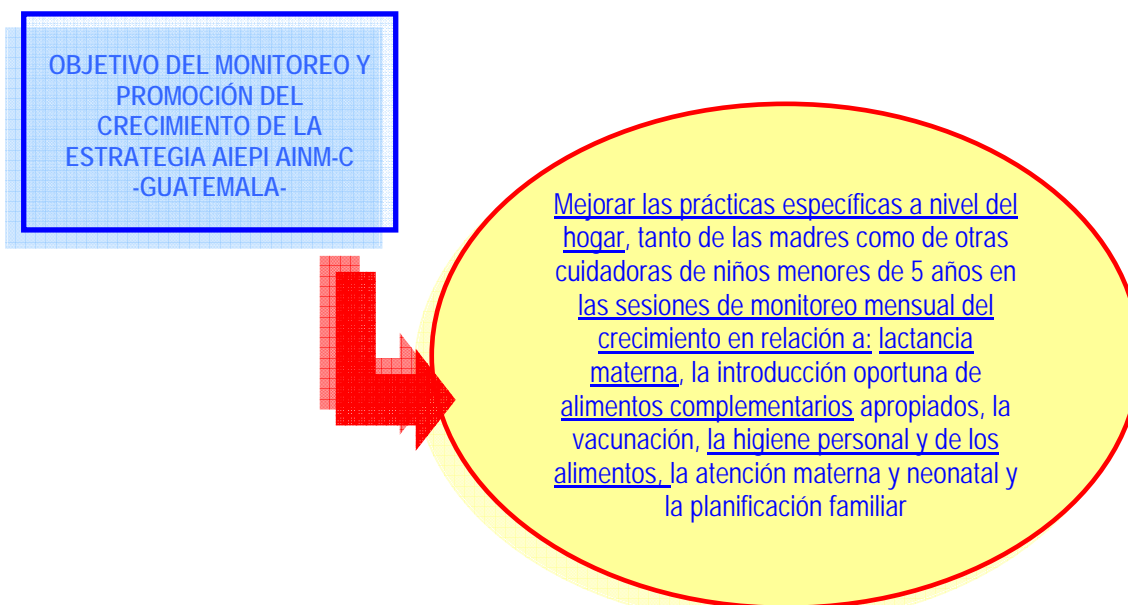
<sup>††</sup> Alianza Regional AIEPI COMUNITARIO. Los actores sociales y la sostenibilidad de la Estrategia AIEPI: ejemplos en Latinoamérica. Abril 2006.

<sup>§§</sup> El proceso de extensión de cobertura de la Reforma del Sector Salud en Guatemala fue implementado para dar respuesta al problema de la extremada baja de cobertura en los servicios. En 1995 el 46% de la población no tenía acceso a servicios de salud. En 1996, se implementó el proceso de extensión de cobertura, presta servicios directos en las comunidades a través de las alianzas, contratación y convenios con Organismos no gubernamentales que se desempeñan como prestadoras o administradoras de servicios de salud que se hace con la participación de la población en viviendas y centros comunitarios.

<sup>\*\*\*</sup> Equipo Básico de salud integrado por: un médico ambulatorio, un facilitador institucional y personal comunitario; específicamente el personal comunitario definido fueron 84 vigilantes de salud, 8 facilitadores comunitarios y comadronas tradicionales de cada localidad.

<sup>†††</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sistema Integrado de Atención en Salud. Avances: Extensión de cobertura Primer Nivel de Atención en Salud. <http://www.funsalud.org.mx/red-jlb/pdf/guat-mex.pdf>

### Diagrama 1: Objetivo específico de la estrategia AIEPI AINM-C para el Monitoreo y Promoción del Crecimiento



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Sistema Integrado de Atención en Salud. Bases Conceptuales y Plan para la implementar y fortalecer la estrategia de AIEPI AINM-C. Pág. 8. Guatemala 1 de abril 2002.

En esta evaluación se recolectó información sobre el concepto de componente de Monitoreo y Promoción del Crecimiento que conocen y utilizan informantes clave que hacen operativa la estrategia de AIEPI AINM-C. Se encontró que el objetivo está teóricamente definido con exactitud en la estructura de la estrategia y en los elementos que la integran.

El componente no fue mencionado como tal en las entrevistas. Sin embargo, en los tres niveles abordados se reportó que el componente de MPC está relacionado a la toma de peso a menores de 5 años. En el nivel gerencial del nivel central se hizo referencia a las principales actividades relacionadas, y del mismo modo se integró el concepto como tal. También se hizo referencia concreta a que de los 28 indicadores definidos para extensión de cobertura, tres corresponden al MPC.

Algunas de las expresiones relacionadas a la estrategia en el nivel gerencial fueron:

*“en la estrategia AIMN-C integramos atención al niño y la mujer de Guatemala, estamos enfocados en la mujer, son procesos de atención integrada” ...”incluimos atención a inmunizaciones, niño sano, entrega de hierro y vitamina A, control prenatal y uso de métodos...” y en relación al componente de Monitoreo y Promoción de Crecimiento: “.... es un proceso infiltrado dentro de los procesos que hace el servicio de extensión de cobertura... para atención del niño y de la mujer” .....*

## 2. Abogacía

El monitoreo y promoción del crecimiento constituye uno de los componentes que integra los Servicios Básicos de Salud<sup>+++</sup> por lo que no puede aislarse del proceso del cual formó parte en su implementación. Como se ha indicado antes, en el año 2001 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social realizó un proceso de revisión y sistematización en la cual se validó la participación comunitaria como herramienta y se mejoró la metodología para su fortalecimiento. Esto es resultado de procesos de abogacía llevados a cabo por los responsables de llevar adelante el proceso de extensión de cobertura.

Durante el proceso de documentación no fue posible constatar que exista pleno conocimiento, por parte de los niveles técnico y operativo, de las tareas específicas desarrolladas para posicionar el proceso de extensión de cobertura. Lo contrario ocurre en el caso del nivel gerencial (nivel central) quienes han tenido un involucramiento continuo desde el inicio de la implementación de la estrategia.

## 3. Decisión política

Al igual que en los dos ítems anteriores, existe relación de elementos pasados, para el efecto del proceso actual. Uno de los entrevistados en el nivel gerencial se refirió a este punto como se menciona a continuación: “... se recibió bastante apoyo político, pues el señor Vice-ministro de Salud en ese entonces, y que luego fue Ministro de Salud, proporcionó mucho apoyo.....” Además hizo mención de otras personas en representación de organismos cooperantes y colabores como son: la unidad ejecutora (actualmente ya no está en función) y USAID/Calidad en Salud. La mejor evidencia la constituye el hecho que la estrategia es parte del proceso de expansión de cobertura en 26 áreas de Salud de Guatemala que están a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de acuerdo a las Políticas de Salud del actual ciclo de gobierno (2004-2008).

A pesar de lo referido por gerentes del nivel central, en la actualidad no hay pleno conocimiento de este proceso en los niveles técnico y operativo, y tampoco por parte de los jefes de área y de distrito, debido a que la mayoría de ellos inició su participación en el programa, cuando éste ya había iniciado, es decir que no fueron parte del proceso de implementación inicial.

## 4. Planificación

Para la implementación de la estrategia se estableció el plan de implementación del 2002<sup>§§§</sup>, que describe el proceso para iniciar operaciones en campo a partir del año 2002 en 10 áreas de salud de Guatemala. Específicamente, el plan define la implementación para

---

<sup>+++</sup> Servicio Básico de Salud: Conjunto de Servicios que ofrece el personal de salud, institucional y voluntario, a las personas en forma permanente y con participación de la comunidad: Atención integral a la mujer, atención infantil y preescolar, atención a la demanda por urgencia y morbilidad y atención al ambiente.

<sup>§§§</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Sistema Integrado de Atención en Salud. AIEPI AINM-C, Bases Conceptuales y Plan Para Implementar y Fortalecer la Estrategia de AIEPI AINM-C durante 2002. Guatemala, abril 2002.

2,354 comunidades distribuidas en 91 municipios. Esa planificación agrupa actividades en tres fases: Fase de preparación, fase de implementación inicial y fase de implementación.

También existe documentación del MSPAS, que es parte del proceso de modernización del sector, lineamientos, políticas, estrategias, líneas de acción y avances del plan nacional de salud del período 2000-2004\*\*\*\* que recoge información referente a la planificación.

Durante las entrevistas a personal técnico y operativo comunitario, la planificación de procesos se menciona en relación a planificación de actividades de tipo administrativo, así como también las actividades que son realizadas para el monitoreo y supervisión mensual.

Existe planificación periódica anual, semestral, y trimestral, así como planificación basada en necesidades. Esto hace pensar que existe coordinación para la planificación y participación de los sectores involucrados principalmente entre las Unidades de Asistencia Técnica (UAT) y las ONG responsables.

En términos específicos, los entrevistados de la Unidad de Asistencia Técnica reportaron actividades de planificación para el proceso de evaluación de los indicadores actuales y de todas las actividades del área, del trabajo en equipo, producto del cual se da la toma de decisiones en equipo y éstas a su vez, están relacionadas al desarrollo de reuniones mensuales y trimestrales. También fue indicado el desarrollo de la planificación inicial anual que ocurre al principio del año y durante la cual se hace la planificación de todos los indicadores. Además de la planificación anual, se hace planificación semanal, trimestral, y en base a necesidades encontradas en el campo, conjuntamente con las ONG. Es importante mencionar que de los ocho representantes de la UAT que fueron entrevistados, sólo uno de ellos respondió que no hace planificación.

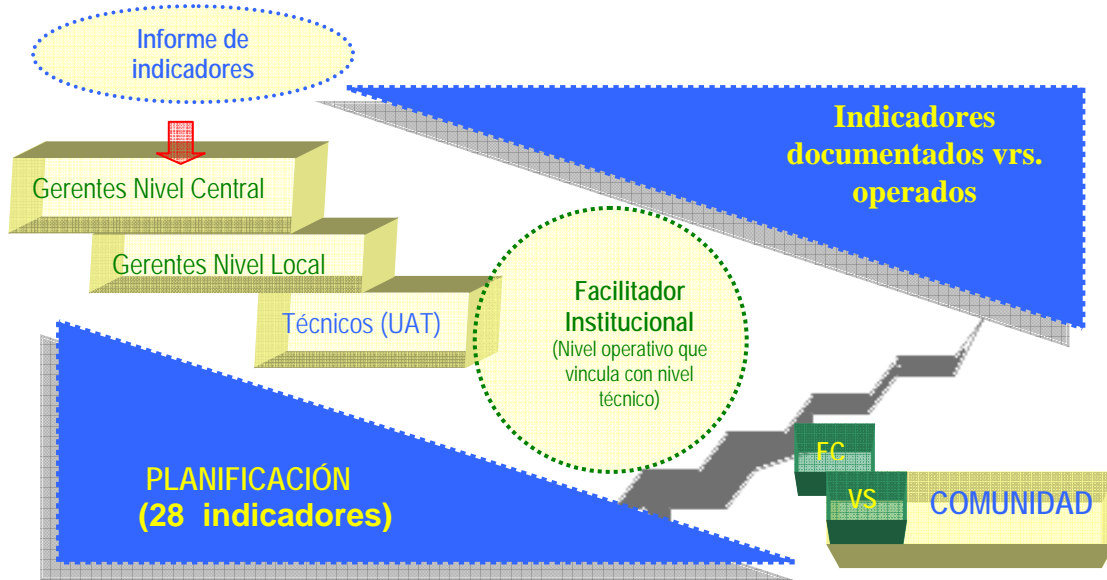
A nivel operativo, los Facilitadores Institucionales refirieron que se hace planificación mensual de los casos de niños que “no crecen bien”, durante la cual se debe coordinar para hacer las convocatorias del equipo básico comunitario y las visitas domiciliarias correspondientes, a través de un cronograma mensual de actividades. Sin embargo, cuando se realizó la observación y entrevista al nivel comunitario (vigilantes de salud y facilitadores comunitarios) no fue posible verificar el desarrollo de visitas domiciliarias en forma sistemática para dar seguimiento específico a las actividades mencionadas por los Facilitadores Institucionales. La planificación de los procesos es generada desde el nivel central (indicado por la flecha roja en el diagrama de abajo), hacia los niveles locales y técnicos.

Sin embargo, se ha detectado una ruptura entre los niveles técnicos y los operativos comunitarios, en la medida que estos últimos no logran reproducir con fidelidad los procesos como han sido diseñados y definidos por el nivel técnico, dando como resultado diferencias entre los indicadores de lo planificado y de lo realizado.

---

\*\*\*\* Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Proceso de Modernización, Lineamientos Políticas, Estrategias, Líneas de acción y Avances. Guatemala: Sistema Integral de Atención en Salud SIAS, MSPAS. Guatemala 1998. Plan Nacional de Salud 2000-2004. Guatemala 2000.

**Diagrama 2: Vinculación entre niveles para el desarrollo de actividades planificadas que contribuyen al cumplimiento de los indicadores**



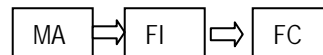
Fuente: Creación propia con fines de ilustración, con base a información obtenida durante el trabajo de campo de la evaluación del componente de MPC de la estrategia AIEPI ANM-C. INCAP 2007.

## 5. Capacitación

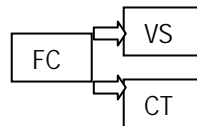
El proceso de capacitación para implementar AIEPI AINM-C y fortalecer la extensión de cobertura en el año 2002 está documentado<sup>§§§</sup>, y sugiere una capacitación en cascada en la que se plantea capacitación específica en los dos componentes: manejo de casos (AIEPI) y promoción y prevención (monitoreo y promoción de crecimiento). Está descrita una secuencia de capacitación como se ilustra en el siguiente diagrama.

**Diagrama 3. Capacitación en cascada**

Capacitación en manejo de casos<sup>††††</sup>:



Capacitación en MPC:



Con las entrevistas al nivel gerencial se documentó que el proceso de capacitación inició en el año 1998<sup>††††</sup>,

<sup>††††</sup> MA=Médico Ambulatorio, FI= Facilitador Institucional, FC= Facilitador Comunitario, VS= Vigilante de Salud, CT= Comadrona Tradicional.

<sup>§§§§</sup> Entrevista en el nivel central de UPS 1

*...“fue en 1998 cuando se desarrollaron guías, fueron las primeras guías que se hicieron e indicaban lo que era la norma paso por paso y los servicios que se entregaban cada mes; a través de la estrategia de AIEPI AIMN-C esto fue lo que después se convirtió en manuales específicos...”..... “luego en el año 2003 USAID/Calidad en Salud empezó a fortalecer con talleres” .... “en el año 2005 hicimos talleres con todo el Equipo Básico de Salud...”...”...con los Vigilantes se dio dos días de capacitación por módulos y por pasos, se volvió a recapacitar...”*

Es importante resaltar que en este nivel se identifica el siguiente problema:

*“...el problema es que no son los mismos Vigilantes de Salud, y también la metodología con los adultos...”.... “donde yo he visto el problema es que ahora la metodología no llega hasta abajo...con comadronas y Vigilantes.”...”es complejo porque son procesos grandes, me acuerdo que en 2005 fue la capacitación de 35,000 personas, incluyendo enfermería y jefe de distrito...”*

El proceso de capacitación está descrito como un proceso permanente y de formación continua en el que tiene participación el equipo básico de salud y la Unidad de Asistencia Técnica. El proceso está sistematizado y contenido en guías específicas para la capacitación las cuales están descritas en el siguiente cuadro.

**Cuadro 2: Identificación de guías para el desarrollo de la capacitación de la estrategia de AIEPI AINM-C**

DOCUMENTO / REFERENCIA	DESCRIPCIÓN GENERAL	OBJETIVOS RELACIONADOS CON CUMPLIMIENTO DE MPC	TEMAS RELACIONADOS AL MPC	DURACIÓN DE LA CAPACITACIÓN	RESPONSABLE
Guía para capacitar a <b>Médico y enfermera ambulatorio/a</b> . Actualización de Normas de Atención del Primer Nivel de Atención con Énfasis en el Componente Materno Infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación como proceso permanente</li> <li>• Enfoque de supervisión capacitante</li> <li>• Reuniones mensuales</li> <li>• Capacitación teórico practica</li> </ul>	Formar un equipo de médicos y enfermeras ambulatorios, capacitador de Facilitadores Comunitarios y Comadronas en actualización de normas del primer nivel, con énfasis en el componente materno infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducción a la estrategia</li> <li>• Funciones del Equipo Básico de Salud</li> <li>• Participación comunitaria</li> <li>• Visita domiciliaria</li> <li>• Monitoreo del Crecimiento</li> <li>• Sistema de información</li> </ul>	8 días	UAT
Guía para capacitar a <b>Facilitador Institucional</b> Actualización de Normas de Atención del Primer Nivel de Atención con Énfasis en el Componente Materno Infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso permanente</li> <li>• Capacitación teórico práctica</li> <li>• Es una guía para inducción a cargo de la UAT</li> </ul>	Formar un equipo capacitador para replicar en Vigilantes de Salud En actualización de normas del primer nivel.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducción de la estrategia</li> <li>• Manejo integrado de la niñez</li> <li>• Participación comunitaria</li> <li>• Visita domiciliaria</li> <li>• Monitoreo del crecimiento</li> </ul>	7 días	UAT
Guía para capacitar a <b>Facilitador Comunitario</b> Actualización de Normas de Atención del Primer Nivel de Atención con Énfasis en el Componente Materno Infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso permanente</li> <li>• Contiene los pasos a seguir para trasladar los contenidos y actividades de capacitación.</li> <li>• Contiene distribución de horarios, actividades o temas, tiempo estimado, metodología, recursos didácticos</li> </ul>	Que los Facilitadores comunitarios adquieran los conocimientos y habilidades para requeridos dentro de sus funciones en la implementación de la estrategia AIEPI AINM-C para apoyar la atención de calidad de los servicios básicos de salud a nivel comunitario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducción a la estrategia</li> <li>• Monitoreo del crecimiento</li> <li>• Sistema de información y seguimiento de las actividades de monitoreo del crecimiento</li> <li>• Como dar charlas en la comunidad y consejería</li> <li>• Programación de sesiones de MPC</li> <li>• Atención y consejería para prevención</li> <li>• Sistema de información y monitoreo para las actividades de manejo integrado de la atención de la niñez</li> <li>• Participación comunitaria</li> <li>• Censo y Croquis comunitario</li> <li>• Sala situacional</li> <li>• Visita domiciliaria</li> </ul>	8 días	MA
Guía para capacitar a <b>Vigilante de salud</b> Actualización de Normas de Atención del Primer Nivel de Atención con Énfasis en el Componente Materno Infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso permanente</li> <li>• Contiene los pasos a seguir para trasladar los contenidos y actividades de capacitación</li> <li>• Contiene distribución de horarios, actividades o</li> </ul>	Que los Vigilantes comunitarios adquieran los conocimientos y habilidades para requeridos dentro de sus funciones en la implementación de la estrategia AIEPI AINM-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducción a la estrategia</li> <li>• Monitoreo del crecimiento</li> <li>• Sistema de información y seguimiento de las actividades de monitoreo del crecimiento</li> <li>• Como dar charlas en la</li> </ul>	10 días	FI y FC

DOCUMENTO / REFERENCIA	DESCRIPCIÓN GENERAL	OBJETIVOS RELACIONADOS CON CUMPLIMIENTO DE MPC	TEMAS RELACIONADOS AL MPC	DURACIÓN DE LA CAPACITACIÓN	RESPONSABLE
	temas, tiempo estimado, metodología, recursos didácticos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseñado para que el FI realice la inducción del Vigilante de Salud.</li> </ul>	C para apoyar la atención de calidad de los servicios básicos de salud a nivel comunitario.	comunidad y consejería <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programación de sesiones de MPC</li> <li>• Atención y consejería para prevención</li> <li>• Sistema de información y monitoreo para las actividades de manejo integrado de la atención de la niñez</li> <li>• Participación comunitaria</li> <li>• Censo y Croquis comunitario</li> <li>• Sala situacional</li> <li>• Visita domiciliaria</li> </ul>		
Estrategia AIEPI AINM-C. Componente comunitario. Manejo Integrado de la niñez de 1 semana a menor de 5 años. Cuadros de procedimientos para la auxiliar de enfermería, el Facilitador Institucional y el Facilitador comunitario <sup>§§§§</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuadros de procedimientos para manejo Integrado de la niñez de 1 semana a menor de 5 años.</li> <li>• Utiliza el rotafolio de consejería como herramienta de apoyo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Está orientado a detección oportuna de situaciones de riesgo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas de crecimiento y / o alimentación</li> <li>• Desnutrición grave</li> <li>• Anemia grave</li> <li>• No crece bien</li> <li>• Crece bien</li> </ul>	NO APLICA Es material de referencia en campo para replicar conocimiento	FI FC
Metodología para la participación comunitaria en Primer Nivel de Atención de los servicios de salud <sup>*****</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se propone como herramienta de apoyo a los procesos de capacitación que los equipos básicos de salud, personal institucional y comunitario desarrollan con los líderes y comités de salud para mejorar el autocuidado de la salud, uso de los servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar una herramienta de apoyo al Facilitador Institucional y al Médico Ambulatorio para el fortalecimiento de la participación comunitaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metodología para la participación comunitaria</li> <li>• Organización del trabajo en la comunidad</li> <li>• Sala situacional</li> <li>• Soluciones y planes locales</li> <li>• Ejecución monitoreo y evaluación</li> </ul>	NO APLICA Es material de referencia en campo para replicar conocimiento	FI FC

Fuente: Construido con información obtenida de las Guías para la capacitación del Personal de salud. Ministerio de Salud Pública, Dirección General del SIAS, UPSI. Guatemala 2005.

<sup>§§§§</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Sistema Integral de Atención en Salud. Estrategia AIEPI AINM-C. Componente Comunitario, Manejo Integrado de la Niñez de 1 semana a menor de 5 años. Cuadros de Procedimientos (Protocolo) para el Facilitador Institucional, Auxiliar de Enfermería y Facilitador Comunitario. Guatemala Julio 2005.

<sup>\*\*\*\*\*</sup> Calidad en Salud. Unidad de Provisión de Servicios 1. Metodología para la participación comunitaria en el Primer Nivel de Atención de los Servicios de Salud. Guatemala, diciembre de 2002.

El proceso de capacitación tiene diferentes momentos que se presentan en el siguiente cuadro.

**Cuadro 3. Agrupación de tipos de capacitación mencionados en las entrevistas de nivel gerencial y técnico**

<b>Tipo de capacitación</b>	<b>Descripción</b>
a. Capacitación de inducción (una sola vez al inicio)	Para equipos nuevos
b. Capacitación anual sistemática	Una vez al año se capacita a médicos quienes a su vez replican en niveles inferiores
c. Capacitación trimestral	Se hace en el nivel central y es replicada, por temas específicos, en el nivel operativo local
d. Capacitación en base a necesidades emergentes	Ejemplo: Capacitación realizada previo a la campaña de vacunación contra el Sarampión y la Rubéola; capacitación previa entrega de Vitacereal, y capacitación para la Auditoria Social
e. Capacitación a profesional específico	Es entregada a personal específico, ejemplo capacitación dirigida a los responsables financieros de la Unidad de Asistencia Técnica
f. Capacitación personalizada	Se realiza durante las visitas al campo en la comunidad a las personas beneficiarias y personal operativo cuando se requiere.

Fuente: Creación propia con fines de información. Evaluación cualitativa AIEPI AINM-C, 2007

Como medio indirecto de verificación de los procesos de capacitación realizados para la toma de peso y consejería, a continuación se resumen las respuestas a las entrevistas realizadas a los proveedores comunitarios.

**Cuadro 4. Capacitación a Facilitadores Comunitarios observados/entrevistados en la toma de peso**

<b>Pregunta</b>	<b>No de observaciones</b>
Ha sido capacitado para toma de peso	9/9
<b>Capacitación impartida por</b>	
Capacitado por médico	1/9
Capacitado por enfermera	1/9
Capacitado por FI	6/9
Capacitado por técnico del ministerio	1/9

Fuente: Creación propia con fines de información. Evaluación cualitativa AIEPI AINM-C/ INCAP 2007

**Cuadro 5. Capacitación para la toma de peso en los Vigilantes de Salud observados/entrevistados**

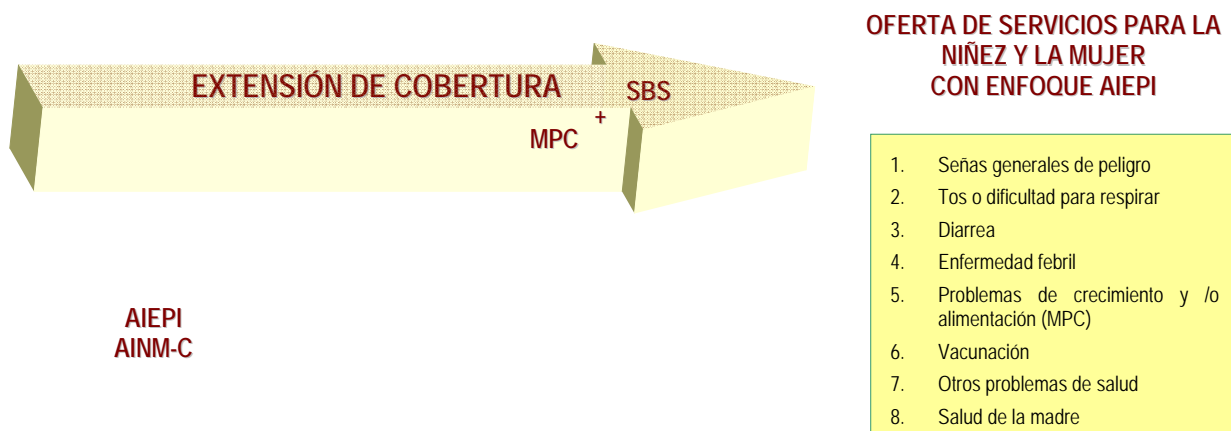
Pregunta	No de observaciones
Ha sido capacitado para toma de peso	22/25
Nadie lo capacitó	3/25
<b>Quién lo capacitó</b>	
Capacitado por enfermera	5/25
Capacitado por otro vigilante	2/25
Facilitador comunitario	14/25
No sabe quién lo capacita	1/25

Fuente: Creación propia con fines de información. Evaluación cualitativa AIEPI AINM-C/ INCAP 2007

## 6. Modelo de prestación de servicios (MPC)

El modelo de prestación de servicios en cada nivel está integrado al proceso de implementación de la extensión de cobertura. La estrategia de AIEPI AINM-C complementa las acciones de ese proceso, a su vez el componente de MPC es parte del componente de “*promoción y prevención de la estrategia AIEPI AINM-C*”<sup>§§§</sup>, y por lo tanto es parte del conjunto de servicios básicos de salud que actualmente se presta con la extensión de cobertura.

**Diagrama 4. Fortalecimiento de la Extensión de Cobertura con AIEPI y el MPC**

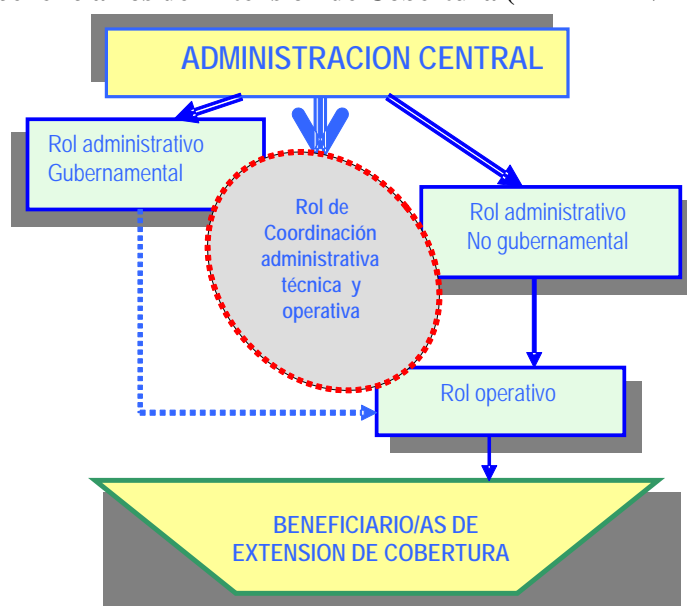


Para la prestación del MPC se definen principios básicos que incluyen el monitoreo mensual a todos los niños y niñas menores de dos años, cada tres meses a los niños de 2 a 3 años, y cada seis meses a los niños y niñas de 3 a 5 años:

- Empieza al momento del nacimiento
- Toma de peso mensual a los menores de 2 años
- Clasificación del crecimiento de acuerdo a la tabla de ganancia de peso mínima mensual o tendencia en los de 2 a 5 años.
- Consejería personalizada
- Los trabajadores comunitarios (FC y VS) deben estar capacitados para analizar las causas del crecimiento inadecuado en cada niño y en la comunidad

Las responsabilidades específicas para cada uno de los tipos de prestadores de servicios en el nivel comunitario están indicadas en el Anexo 3. Los entrevistados reconocen el rol de la comunidad, la participación de diversas entidades y representantes locales, nacionales e internacionales para llevar a cabo el proceso. La responsabilidad directa del programa es del MSPAS, pero el proceso en las comunidades es favorecido por la colaboración de múltiples organizaciones, principalmente las no gubernamentales. El modelo define tres roles principales, y de los cuales se derivan las actividades: el rol administrativo gubernamental, el rol administrativo no gubernamental, y el operativo. A continuación se presenta una grafica que sugiere la interacción de roles.

**Diagrama 5. Identificación de roles y relación administrativa-operativa para la entrega de los servicios a beneficiarios de Extensión de Cobertura (AIEPI AINM-C)**



Fuente: Creación propia con fines ilustrativos. Guatemala 2007

El rol de la administración central de la Extensión de Cobertura corresponde a la Unidad de Provisión de Servicios del primer nivel de atención (UPS I) desde donde se generan los procesos que son implementados.

A nivel local, el rol administrativo gubernamental corresponde a las jefaturas de Área y Distrito. El rol administrativo no gubernamental lo asumen las direcciones de las prestadoras de servicios de salud que están bajo la supervisión de la administración central. El rol operativo está a cargo del personal técnico de campo y voluntarios prestadores de servicios en la comunidad, ellos están, a su vez, bajo responsabilidad de las prestadoras de servicios de salud.

En esta vinculación de roles existe, además, el rol de coordinación administrativa técnica y operativa que ejercen los representantes de la Unidad de Asistencia Técnica (UAT) que tiene a su cargo los procesos de monitoreo, supervisión y retroalimentación de información, así como otras responsabilidades de coordinación que aseguran la implementación acorde a la normativa.

Como se aprecia en el Cuadro 6 a continuación, el nivel gerencial presentó niveles adecuados de conocimientos, aplicación y verificación en los rubros de concepto, planificación, normas (guías e instrumentos), y, además, en la definición de roles para la prestación de servicios. El nivel técnico mostró fortaleza en la planificación y definición de roles para la prestación de servicios. El nivel operativo fue el que mostró más deficiencias, excepto en lo relativo a la definición de roles para la prestación de servicios. Es importante destacar que la calificación más deficiente tiene que ver con la existencia de medios de verificación de los procesos en los distintos niveles, y que esta situación sugiere que hay limitantes para la institucionalización de los modelos de gestión y de prestación de servicios en el sistema de salud.

**Cuadro 6. Resumen de la calificación del conocimiento, aplicación y verificación del proceso de implementación del componente de Monitoreo y Promoción del Crecimiento de la estrategia AIEPI AINM-C en la Extensión de Cobertura**

No.	ITEM	Nivel	Conocimiento	Aplicación	Verificación	Puntaje obtenido
1	Concepto	Gerencial	1	1	1	Muy bueno
		Técnico	0	1	1	Bueno
		Operativo	0	1	0	Deficiente
2	Tareas de abogacía	Gerencial	1	1	0	Bueno
		Técnico	0	0	0	Desconoce
		Operativo	0	0	0	Desconoce
3	Decisión política	Gerencial	1	0	0	Deficiente
		Técnico	0	0	0	Desconoce
		Operativo	0	0	0	Desconoce
4	Planificación	Gerencial	1	1	1	Muy bueno
		Técnico	1	1	1	Muy bueno
		Operativo	0	1	0	Deficiente
5	Capacitación	Gerencial	1	1	0	Bueno
		Técnico	1	1	0	Bueno
		Operativo	1	0	0	Deficiente
6	Normas, guías e instrumentos	Gerencial	1	1	1	Muy bueno
		Técnico	1	1	0	Bueno
		Operativo	1	0	0	Deficiente
7	Definición de roles para prestación de servicios	Gerencial	1	1	1	Muy bueno
		Técnico	1	1	1	Muy bueno
		Operativo	1	1	1	Muy bueno
			14	14	8	

Escala de calificación: de 0 a 3 puntos

3 = muy bueno  
2 = bueno  
1 = deficiente  
0 = desconoce

<b>Conocimiento:</b> conceptualización correcta (valor: 1 punto)	<b>Aplicación:</b> Enuncia actividades relacionadas (Valor: 1 punto)	<b>Verificación:</b> Existe medio de verificación (Valor: 1 punto)
--	---	---

## **B. Sistema de Información del Monitoreo de Crecimiento**

### **1. Se analizó el sistema de monitoreo e información del componente de MPC a través de la revisión de:**

#### a) Monitoreo y supervisión

- Existencia de: responsabilidades definidas para el monitoreo y supervisión en cada nivel; métodos, materiales e instrumentos de monitoreo; métodos, materiales e instrumentos de supervisión
- Aplicación de los métodos e instrumentos en cada nivel definido
- Cumplimiento de la implementación de acuerdo a lo programado
- Existencia de cambios documentados como consecuencia de recomendaciones a partir de problemas identificados por el sistema de monitoreo
- Implementación de los procesos de acuerdo a lo establecido en los sitios piloto

#### b) Sistema de información

- Definición del flujo de datos por cada nivel
- Verificación del flujo de datos por cada nivel
- Definición de los datos a registrar por cada nivel
- Verificación del registro de los datos en cada nivel
- Definición de un estándar de informes para cada nivel
- Existencia de normas, guías y procedimientos para el sistema de información definidos para cada nivel.
- Existencia de un sistema de verificación para la toma de decisiones basadas en el sistema de información y definido para cada nivel
- Existencia de un sistema de documentación y seguimiento de casos referidos al nivel superior

### **2. Principales hallazgos**

#### a) Monitoreo y supervisión

En la documentación revisada se define un Sistema de Supervisión, Monitoreo e Información (SSMI)<sup>§§§</sup>, como resultado del proceso de fortalecimiento en el año 2002. Éste se refiere a fortalecer un sistema de supervisión facilitadora a través de la Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación (USME), y su articulación con los tres niveles de atención y el Sistema Único de Información (SUI). En ese momento (2002) se normó el uso de instrumentos estandarizados ya existentes para supervisión y monitoreo. Además, se planteó en ese momento el establecimiento de actividades de monitoreo y evaluación a través de indicadores específicos: 4 indicadores para manejo integrado de casos (AIEPI), 10 indicadores para promoción y prevención (MPC) y 3 indicadores para organización comunitaria.

En las entrevistas se estableció que el seguimiento en campo se hace a través de 28 indicadores específicos, tres de los cuales corresponden a MPC. El seguimiento a las actividades se realiza en forma selectiva como es: el acompañamiento por listados específicos de participantes, seguimiento de fichas clínicas y visita a las comunidades. Es importante mencionar que el monitoreo y supervisión se conciben como componentes de un mismo proceso. Los cuadros 7, 8, 9 y 10 documentan las principales respuestas relacionadas a los temas de monitoreo y supervisión.

**Cuadro 7. Actividades de monitoreo que fueron reportadas por los técnicos de la Unidad de Asistencia Técnica y los Facilitadores Institucionales**

TECNICOS DE UAT	FACILITADORES INSTITUCIONALES	INTERPRETACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo a los Centros de Convergencia</li> <li>• Monitoreo de la capacitación</li> <li>• Monitoreo de coordinadores y técnicos, VS y FC</li> <li>• Monitoreo al EBS por entrega del Vitacereal</li> <li>• Monitoreo de llenado de fichas clínicas (auditorías)</li> <li>• Monitoreo del MPC, observación de calibración de la balanza en la toma de peso y la consejería</li> <li>• Monitoreo de procesos que aplican las técnicas, especialmente con la vacuna pentavalente</li> <li>• Monitoreo a los facilitadores del área: Técnico financiero</li> <li>• Monitoreo y acompañamiento durante la prestación de servicios para que se logre alcanzar los indicadores</li> <li>• Monitoreo de todos los programas de atención de la niñez y de la madre, en centros comunitarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo a Facilitadores Comunitarios y Vigilantes de Salud</li> <li>• Monitoreo por medio de preguntas a las madres sobre el trabajo que hacen los Vigilantes de Salud</li> <li>• Visita a los vigilantes de salud una vez al mes y se documenta en hojas de control</li> <li>• Monitoreo del MPC y del cuaderno del VS</li> </ul>	<p>El perfil de un Técnico de la Unidad de Asistencia Técnica del Ministerio de Salud corresponde a alguien con funciones administrativas y de coordinación, para ejecutar acciones de monitoreo, supervisión y soporte para el logro y cumplimiento de los indicadores. El monitoreo es una de sus principales atribuciones y lo identifican desde diferentes perspectivas y aplicaciones específicas así:</p> <p>Monitoreo de procesos en campo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoreo de la capacitación</li> <li>2. Monitoreo del desempeño del VS y FC en las comunidades (toma de peso, consejería, etc.) por acompañamiento directo</li> <li>3. Monitoreo del cumplimiento de indicadores y registro correcto de información periódica (llenado de fichas clínicas, reporte de indicadores, etc.)</li> <li>4. Monitoreo de procesos específicos al área técnica financiera.</li> </ol> <p>Sin embargo, ninguno de estos elementos es aislado en el proceso de Monitoreo y Promoción del Crecimiento que es ofrecido en las comunidades: es parte del proceso integrado de la estrategia de AIEPI AIMN-C</p>

Se identificó que para los representantes de las UAT los principales procesos que se llevan a cabo en el campo son: el monitoreo y supervisión de los Centros de Convergencia, el monitoreo del Equipo Básico de Salud, la capacitación del EBS y, en términos mucho más generales, “velar por el cumplimiento de las normas”. Sin embargo, al momento de la entrevista, no se hizo distinción específica de las actividades para cada uno de estos procesos. Los tres procesos fueron identificados como grandes actividades, sin mayor especificación.

Para garantizar el cumplimiento de los procesos operativos es necesario ejecutar acciones de verificación y monitoreo; en este caso, los responsables de ejecutar estos procesos son los técnicos de la Unidad de Asistencia Técnica del primer nivel de atención de los servicios de salud (UPS I). No obstante, también es importante garantizar que estas actividades de monitoreo se cumplan. La verificación permitió constatar que existe diversidad de formatos para monitoreo. En relación a la identificación de los instrumentos utilizados para el monitoreo, la respuesta fue muy variada y diferente en cada nivel abordado (ver cuadro 8). Es evidente que existe un importante desconocimiento por parte de los jefes de Área y de Distrito sobre la existencia y manejo de los instrumentos definidos para uso de los técnicos de la UAT y de los Facilitadores Institucionales.

**Cuadro 8. Respuestas sobre los instrumentos utilizados por los responsables del monitoreo de la implementación y operación de la estrategia de AIEPI AIMN-C**

JEFES DE ÁREA	JEFES DE DISTRITO	TÉCNICOS DE UAT	FACILITADORES INSTITUCIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>No ha habido monitoreo en estos meses</li> <li>Hay un formato que llevan las UAT de monitoreo y evaluación de ONG y de centros comunitarios</li> <li>Instrumentos creados para fin de semana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Traen sus instrumentos para monitoreo</li> <li>No identificó la pregunta, ni los instrumentos de evaluación porque “en el contrato no dice”</li> <li>No hay supervisión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formato de centros comunitarios para verificación de procesos</li> <li>Fichas Clínica y Formato para monitoreo de uso de la ficha clínica</li> <li>Formato de monitoreo de la comunidad (F-19)</li> <li>Formato de plan de acción</li> <li>Formato de plan de capacitación</li> <li>Formulario de auditoria de la ficha clínica para la niñez, paciente menor de 5 años</li> <li>Guía de monitoreo de procesos administrativos y financieros</li> <li>Hoja de chequeo</li> <li>Hoja de registro del niño o niña de 2 meses hasta menor de 5 años de edad</li> <li>Informe técnico trimestral</li> <li>Instrumento autoevaluable del desempeño técnico financiero</li> <li>Instrumento de campo para verificación de CENSO</li> <li>Instrumento de matriz de análisis y soluciones</li> <li>Instrumento de mobiliario</li> <li>Instrumento del MSPAS / DG / SIAS Unidad de Provisión de Servicios en el primer nivel (UPS I)</li> <li>Instrumento y estrategia AIEPI AIMN-C manejo integrado de la niñez</li> <li>Libro de actas en la prestadora</li> <li>Libro de actas del área</li> <li>Lista de chequeo para demostración de preparación Vitacereal</li> <li>Lista de chequeo para demostración de Vitacereal para hacer en casa (visita domiciliaria)</li> <li>Listado para monitoreo de medicamentos del listado básico</li> <li>Listado de jurisdicciones nuevas</li> <li>Listado para monitoreo de sala situacional</li> <li>Listado para monitoreo prestación de servicios</li> <li>Medición de análisis y soluciones</li> <li>Monitoreo del componente de alimentación complementaria (Vitacereal, Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica)</li> <li>Verificación de cadena de frío</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actas para la ONG</li> <li>Conocimientos en las comunidades</li> <li>Instrumentos propios de evaluación UAT</li> <li>No los conoce</li> <li>No utiliza 1 verificación del desempeño</li> </ul>

Fuente: Respuestas a entrevistas realizadas durante el trabajo de campo para la evaluación del componente de MPC de la estrategia AIEPI AIMN-C. Guatemala 2007



**Cuadro 9. Actividades de supervisión de campo reportadas como rutinarias por los técnicos de la Unidad de Asistencia Técnica y los facilitadores institucionales**

TÉCNICOS DE UAT	FACILITADORES INSTITUCIONALES	INTERPRETACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisión constante a los CC y trabajadores de las ONG's</li> <li>• Supervisión específica del Vitacereal</li> <li>• Supervisión de la recolección de datos de llenado de fichas clínicas</li> <li>• La supervisión se hace mensual y trimestralmente</li> <li>• Supervisión al EBS</li> <li>• La hacen en equipo control de la niñez y la mujer</li> <li>• Supervisión del trabajo de los UATS, por ejemplo una capacitación planificada</li> <li>• Visita domiciliaria para verificación, se realiza para ver los resultados, y para la verificación de ficha clínica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se supervisa a los FC y VS para poder reforzar debilidades y ver si están pesando bien y reproduciendo lo que se les indica</li> <li>• Supervisión a los vigilantes de salud una vez por mes</li> <li>• Supervisión a centros de convergencia</li> <li>• Supervisión a FC y VS y a sus familias a cargo para ver como van, cómo está creciendo el niño</li> </ul>	<p>La supervisión es uno de los procesos rutinariamente realizado por los técnicos de las UAT y FI. Es un proceso que no está aislado del resto de actividades que realizan en campo.</p>

No se indicó con precisión cuáles son las actividades que les son supervisadas. Al parecer no hay un patrón aplicado a todos los integrantes del mismo nivel bajo el cual son supervisados. Todos indican actividades diferentes e integran actividades de monitoreo y de supervisión. Por otro lado, todos identifican algún responsable de mayor jerarquía que les supervisa en campo las actividades que realizan, y coinciden en que al menos una vez al mes son supervisados. La principal forma de supervisión es la escrita, es decir, a través de los informes, actas e instrumentos de auto evaluación. La supervisión directa únicamente fue mencionada por uno de los entrevistados.

**Cuadro 10. Actividades supervisadas en campo de acuerdo a niveles**

JEFES DE AREA	JEFES DE DISTRITO	TECNICOS DE UAT	FACILITADORES INSTITUCIONALES
<p><b>QUÉ ACTIVIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Avances físico y financiero del área</li> <li>Desarrollo del programa ASDI</li> <li>Actividades específicas del área</li> <li>Monitoreo y supervisión se hace a la par realmente no se hace supervisión sino análisis de información</li> <li>“Que nos dé tiempo”</li> </ul>	<p><b>QUÉ ACTIVIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Inmunización</li> <li>Control de crecimiento y desarrollo</li> <li>Enfermedades transmitidas por vectores</li> <li>Todos los componentes materno y de crecimiento y desarrollo</li> <li>No hay supervisión</li> </ul>	<p><b>QUÉ ACTIVIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prestación de servicio</li> <li>Entrega de informes</li> <li>Atención a personas</li> <li>Trato humanizado</li> <li>Equipamiento</li> <li>Cumplimiento de metas trazadas</li> <li>Horarios</li> <li>Elaboración de fichas clínicas</li> <li>SIGSA 5</li> <li>Capacitación</li> </ul>	<p><b>QUÉ ACTIVIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitación</li> <li>Que técnicas se utilizan</li> <li>Materiales</li> <li>Lenguaje</li> <li>Evaluación de desempeño total</li> <li>Visitas de supervisión</li> <li>Revisión de informes y documentación</li> </ul>
<p><b>QUIÉN LE SUPERVISA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asesores técnicos del nivel central</li> <li>Otro jefe de área</li> </ul>	<p><b>QUIÉN LE SUPERVISA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Director del área de salud</li> <li>Enfermera de área</li> <li>Epidemióloga</li> <li>Área de Salud, encargado de programas</li> </ul>	<p><b>QUIÉN LE SUPERVISA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jefe de Área</li> <li>Equipo técnico</li> <li>Reuniones de Consejo Técnico</li> <li>Coordinador regional</li> <li>UPS I</li> </ul>	<p><b>QUIÉN LE SUPERVISA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>UPS I</li> <li>Coordinador de la ONG</li> <li>UAT</li> <li>Enfermera Profesional</li> <li>Técnico en Salud</li> </ul>
<p><b>CÓMO LE SUPERVISAN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión de informes</li> <li>Visitas de supervisión a los distritos</li> <li>Revisión de libros</li> <li>Formatos especiales</li> </ul>	<p><b>CÓMO LE SUPERVISAN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Visitas</li> <li>Formatos de supervisión</li> </ul>	<p><b>CÓMO LE SUPERVISAN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vía telefónica</li> <li>Directamente</li> <li>A través de programaciones</li> <li>Informes</li> <li>Actas</li> <li>Visitas</li> <li>Instrumentos de auto evaluación</li> </ul>	<p><b>CÓMO LE SUPERVISAN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por medio de visitas</li> <li>Informes</li> <li>Visitas a comunidades</li> <li>Evaluación directa en el campo</li> </ul>
<p><b>CADA CUÁNTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2 veces por año</li> <li>Cada mes</li> <li>Cada 3 veces al mes</li> </ul>	<p><b>CADA CUÁNTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3 o 4 veces al mes</li> <li>2 veces al año</li> <li>Mensualmente</li> <li>2 o 3 meses</li> <li>Cada semana</li> </ul>	<p><b>CADA CUÁNTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Constantemente</li> <li>Mensualmente</li> <li>Semestralmente</li> <li>Diariamente</li> <li>Cada semana</li> </ul>	<p><b>CADA CUÁNTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Esporádicamente</li> <li>Cada mes</li> <li>Cada 15 días</li> <li>Cada 2 meses</li> </ul>

b) Sistema de Información

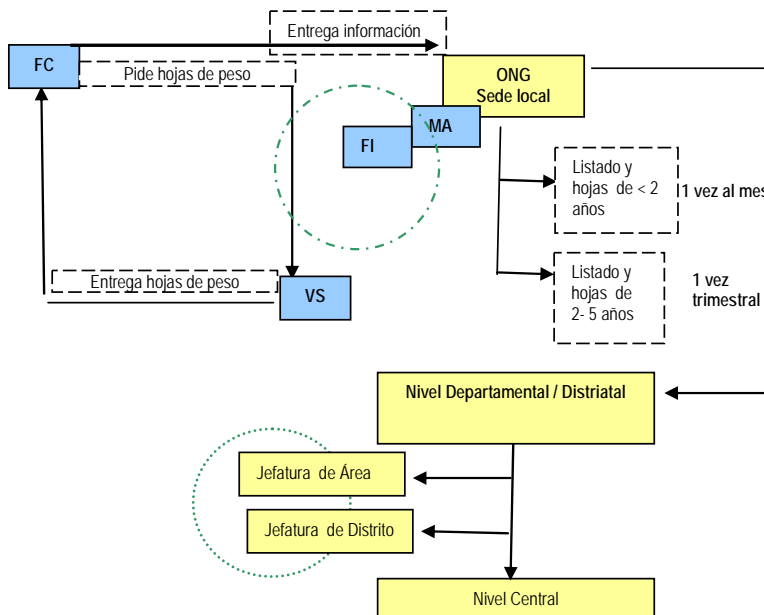
Durante la entrevista se indagó si existe o no un sistema de información; la mayoría de entrevistados respondió afirmativamente. Sin embargo, no se constató que todos manejen la misma cantidad de información.

Se constató que para la prestación de servicios en el nivel comunitario, está definida la información que debe ser recolectada y registrada por los responsables de los procesos, y también esta definido un flujo de datos para cada nivel que participa en la entrega de servicios a nivel comunitario. Los funcionarios entrevistados describieron el flujo del sistema de información, como lo demuestra la respuesta afirmativa proporcionada por los jefes de Área y de Distrito, como por los responsables del área técnica (Facilitadores Institucionales y Unidad de Asistencia Técnica). Como resultado de la pregunta “Existe un sistema de información relacionado al componente de MPC y dentro de la estrategia de AIEPI AINM-C?”, la mayoría de los entrevistados proporcionó respuesta afirmativa: Jefes de Área = 4/4, Jefes de distrito 3/4, UAT = 7/8, Facilitadores Institucionales 5/5.

Está establecido que para el cumplimiento de las normas, la información debe ser entregada, en forma mensual, durante la última semana de cada mes calendario (día 26) al nivel inmediato superior, y trimestralmente, de acuerdo al flujo resumido en el cuadro de abajo. Al parecer existe coordinación para el cumplimiento de este plazo. Esto no se cumple en el 100% de los casos porque hay elementos como la distancia que retrasan el proceso.

En relación a la información del peso de los niños/as, se documentó el flujo de información representado en el diagrama 7, en el cual se observa que todos los niveles están inter relacionados para la recolección y entrega de información hacia el nivel central, de forma tal que los Vigilantes de Salud (VS) y los Facilitadores Comunitarios (FC) son los responsables de la recolección de información primaria (desde la comunidad). Esa información es entregada a la sede local (ONG) donde se revisan los datos, ser depurados y consolidados para su posterior envío al nivel distrital, en la sede local de la ONG. Es responsabilidad del Facilitador Institucional que interactúa directamente con el Médico/a o Enfermero/a ambulatorio/a para la construcción de los consolidados e informes. Además, el rol de la UAT constituye un elemento principal para el manejo y cumplimiento del flujo de información.

Diagrama 7: Flujo de recolección y entrega de información relacionada a monitoreo del peso



El Programa de Extensión de Cobertura ha establecido 28 indicadores para seguimiento y cumplimiento de las metas según las normas que maneja. Aunque los indicadores no son mencionados de forma espontánea por los entrevistados, sí existe conocimiento en el manejo y aplicación de los indicadores descritos por grandes temas. Además, los indicadores son reportados mensualmente de forma escrita hacia el nivel central a través del proceso establecido.

El nivel central reportó que existe un sistema que recoge el número de beneficiarios (menores de 5 años de edad), y que cada prestadora de servicios básicos a nivel local tiene sus propias bases de registro. Esta información está relacionada con el registro que es utilizado para la entrega de Vitacereal. Se mencionó que el listado de menores de 2 años documentados constituye un medio para control de campo, así como el carnet y la ficha clínica. Otro aspecto reportado es que en la actualidad se está fortaleciendo el sistema de información electrónico llamado CENSO NET.

La información identificada como parte del sistema de información, por cada categoría, se resume en el cuadro a continuación, en el cual se enumeran los formatos de información que son documentados en forma sistemática, así como los responsables del flujo de la misma en cada nivel. Cada nivel de entrevistado reconoce responsabilidades específicas para la recolección y entrega de información en el nivel correspondiente, del mismo modo que se refieren a que todas las responsabilidades ya están definidas y que existen lineamientos del nivel central para que se de cumplimiento al flujo de esta información.

NIVEL QUE PRODUCE LOS INFORMES	INFORMES GENERADOS	¿A QUIÉN SE ENTREGA ESA INFORMACION?
Jefes de área	SIGSAs consolidados CENSONET	Nivel central
Jefes de distrito	SIGSA 1 Nacimientos SIGSA 2 Defunción SIGSA 5 SIGSA 6 SIGSA 7 SIGSA Trimestral de Producción Informe narrativo	Área de Salud
UAT	Informe ejecutivo Cronogramas Información requerida del nivel central Cumplimiento y análisis de la información SIGSAs consolidados	Coordinadora técnica, Jefe de área y a UPS I
Facilitador Institucional (ONG)	Informe de Control de crecimiento (Peso) Consolidado de Actividades por jurisdicción Hoja mensual de monitoreo y promoción del crecimiento SIGSA 5 + anexo Narrativo, planes de capacitación e informe de capacitación Consolidado de información de la ficha clínica, registro de vacunación, SIGSA 1 y 2	ONG Jefe de distrito
Facilitador comunitario	Informe de control de peso y listado de pesos de los niños =Consolidación de peso Resumen de actividades cumplidas según el plan de cada mes Consolidado de Inmunización y de actividades (de la ficha clínica, el registro de vacunación) Informe de nacimientos y defunciones	Facilitador Institucional
Vigilante de Salud	Datos de los pesos de los niños (anotados en listados manuales elaborados por ellos mismos)	Facilitador Comunitario

En relación con la verificación de información documentada para la toma de decisiones basadas en el sistema de información, puede decirse que el rol definido para los miembros de la UAT es al que corresponde esta responsabilidad, y a través del cual puede verificarse la toma de decisiones y los resultados en respuesta a esas decisiones. No existe evidencia clara de seguimiento de casos referidos al nivel superior, sin embargo, la ficha clínica documenta decisiones tomadas por los médicos ambulatorios o enfermero/as ambulatorio/as, que podría ser utilizada para ese fin.

También se indicó que existe debilidad de recurso humano para realizar las actividades de supervisión y monitoreo, así como las actividades necesarias para el sistema de información. El nivel central consideró como un gran logro el hecho de que ahora se lleve un registro de información, a pesar de las debilidades existentes.

Además de lo anterior, se verificó que en el nivel central existe el registro electrónico que permite hacer un análisis trimestral de la información de todo el país, para hacer comparación de todos los indicadores.

El nivel técnico presentó un mejor conocimiento que otros niveles del concepto, aplicación y verificación para el monitoreo, supervisión y sistema de información del monitoreo y promoción del crecimiento de la estrategia de AIEPI AINM-C.

**Cuadro 11. Resumen de la calificación del conocimiento, aplicación y verificación del componente de Monitoreo y Promoción del Crecimiento para los procesos de monitoreo, supervisión y sistema de información, dentro de la estrategia AIEPI AINM-C en la extensión de cobertura**

No.	ITEM	NIVEL	Conocimiento	Aplicación	Verificación	Escala de valuación
1	Sistema de monitoreo y supervisión	Gerencial	0	1	1	Bueno
		Técnico	1	1	1	Muy bueno
		Operativo	0	1	0	deficiente
2	Sistema de información	Gerencial	0	1	1	Bueno
		Técnico	1	1	1	Muy bueno
		Operativo	0	1	1	Bueno

**Escala de calificación:  
de 0 a 3 puntos**  
3 = muy bueno  
2 = bueno  
1 = deficiente  
0 = desconoce

<b>Conocimiento:</b> conceptualización correcta (valor: 1 punto)	<b>Aplicación: Enuncia</b> actividades relacionadas (Valor: 1 punto)	<b>Verificación: Existe</b> medio de verificación (Valor: 1 punto)
--	--	--

### ANEXO 3

#### ACTIVIDADES DEFINIDAS PARA CADA FASE DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI AINM-C

PRIMERA FASE	SEGUNDA FASE	TERCERA FASE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuación de la estrategia y coordinación</li> <li>• Revisión documental</li> <li>• Revisión e integración de materiales de capacitación IEC y otros</li> <li>• Presentación de la estrategia AIEPI AINM-C al despacho Ministerial</li> <li>• Entrega de contenidos protocolo salud materna neonatal</li> <li>• Entrega final del protocolo salud materna neonatal</li> <li>• Agenda y guía metodológica de la capacitación a nivel central</li> <li>• Reproducción de materiales y capacitación.</li> <li>• Entrega de todos los materiales de IEC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación al nivel central MSPAS y agencias de cooperación</li> <li>• Revisión final de indicadores de seguimiento en el desarrollo de la estrategia</li> <li>• Producción final de materiales de capacitación IEC, instrumentos de monitoreo y supervisión de la estrategia</li> <li>• Socialización de la estrategia AIEPI AINM-C en los tres niveles de atención</li> <li>• Socialización de la estrategia AIEPI AINM-C en la DAS</li> <li>• Análisis de información existente de extensión de cobertura (UPS I) como línea de base de la estrategia</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>I.</b> Capacitación por etapas en la estrategia hasta el nivel local (puesto de salud y jurisdicciones de extensión de cobertura a través de los equipos básicos de salud)</li> <li><b>II.</b> Monitoreo del proceso de capacitación por etapas</li> <li><b>III.</b> Monitoreo del proceso de capacitación por etapas</li> <li><b>IV.</b> Monitoreo y evaluación del desempeño de los trabajadores de salud en la aplicación de AIEPI AINM-C</li> <li><b>V.</b> Planificación para el 2003</li> </ol>

Fuente: Construido con información de “Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Sistema Integrado de Atención en Salud. AIEPI AINM-C, Bases Conceptuales y Plan Para Implementar y Fortalecer la Estrategia de AIEPI AINM-C durante 2002. Guatemala, abril 2002” con fines de ilustración.

## ANEXO 4

### FUNCIONES DEL EQUIPO BASICO

#### Médico (a) Ambulatorio o Enfermera (o) Ambulatoria – MA-

Perfil: Médico(a) en el grado de Licenciatura en Ciencias de la Salud y colegiado activo, Enfermera(o) en grado de Licenciatura y colegiada activa ó Enfermera(o) egresada de escuelas oficiales avaladas por el MSPAS y/o Universidades y registrada; experiencia comprobable mínima de un año en la prestación de SBS; residir en el área geográfica donde se desarrollan las actividades del convenio.

Objetivo del puesto: Asegurar la oferta y entrega de servicios básicos de salud a la población bajo convenio en la jurisdicción.

Funciones definidas	Relacionadas a MPC
1. Programar actividades de prestación, monitoreo y evaluación de SBS por jurisdicción.	X
2. Asistir a capacitación mensual.	X
3. Brindar atención médica en los centros comunitarios de la jurisdicción, una vez por mes como mínimo.	X
4. Efectuar control prenatal de los casos esperados por lo menos cuatro controles.	
5. Efectuar control postnatal de los casos esperados antes de los 40 días post parto	
6. Efectuar control, evaluación física completa de niños menores de 1 año dos veces al año y de 1 a menores de 5 años 1 vez al año.	X
7. Da consejería en salud Planificación Familiar, VIH y en AIEPI AINM-C (Atención integrada del niño (a) y la Mujer)	X
8. Durante la atención de la mujer y del niño(a) elabora conjuntamente con ellos el plan de emergencia familiar	
9. Atender personas referidas por personal comunitario con complicaciones y/ o urgencias.	
10. Capacitar y monitorear a comadronas tradicionales.	
11. Identificar necesidades de capacitación del personal comunitario.	X
12. Brindar consejería y atención (métodos) a parejas sobre espaciamiento entre embarazos.	
13. Orientar al personal comunitario sobre el seguimiento de casos atendidos en el centro comunitario, en el servicio de salud o en el hospital.	X
14. Realizar visita domiciliaria para atención en casos de riesgo general y a embarazadas y niños(as)	X
15. Identificar puérperas que no han asistido a ningún servicio de salud.	
16. Registrar y consolidar información sobre la atención médica brindada y presenta informes a la PSS/ASS y al Distrito Municipal de Salud.	
17. Registrar correctamente la información en los instrumentos del SIGSA de registro y de consolidado	X
18. Participar en la elaboración, análisis y plan de acción de la sala situacional del centro comunitario, jurisdicción, y asiste a la del Distrito Municipal de Salud.	X
19. Elaborar BRES por centro comunitario por jurisdicción.	
20. Realiza el control y monitoreo de medicamentos por Centro Comunitario.	X
21. Elaborar informes de prestación de servicios y análisis de los SIGSA.	X
22. Programar suministros y medicamentos para sus actividades (incluye micronutrientes).	X
23. Participar en las acciones de vigilancia epidemiológica.	
24. Verifica y aplica todas las normas de bioseguridad en los procedimientos realizados	
25. Colabora con el DMS en caso de emergencias si es necesario y sus metas se han alcanzado.	
26. Capacitar al FC	X

Fuente: Modificado de “Actualización de Normas de atención del primer nivel de atención con énfasis en el componente materno infantil. Guatemala 2005”. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sistema integral de Atención en Salud. UPS1

### Facilitador (a) Institucional – FI-

Perfil: Auxiliar de Enfermería o Técnico(a) en Salud Rural egresado de escuelas oficiales avaladas por el MSPAS y registrados en la ONRMAE e INDAPS; experiencia comprobable mínima de un año en la prestación de SBS; residir en el área geográfica donde se desarrollan las actividades del convenio.

Objetivo del puesto: Asegurar la oferta y entrega de servicios básicos de salud a la población bajo convenio en la jurisdicción.

Funciones definidas	Relacionadas a MPC
1. Programar las actividades de prestación, monitoreo y evaluación de servicios básicos de salud por jurisdicción.	X
2. Asistir a capacitación mensual.	X
3. Identificar e integrar organizaciones comunitarias y el equipo básico de salud.	X
4. Programar y capacitar a Facilitadores Comunitarios (FC) y Vigilantes de Salud (VS).	X
5. Elaborar un mapa de ubicación de la jurisdicción en el municipio y departamento; consolidar el croquis de su jurisdicción.	X
6. Elaborar consolidado bimestral (SIGSA14) anual (SIGSA13) y actualización de censo de las comunidades de su jurisdicción.	X
7. Da charlas de consejería a asistentes en las actividades programadas.	X
8. Lleva el control, la promoción de crecimiento y administración de vitamina “A” en niños menores de 2 años.	X
9. Realiza mensualmente vacunación	X
10. En el caso de biológicos de inmunizaciones deberá realizar (movimiento, balance y requisición de biológicos)	X
11. Desarrolla el control de la cadena de frío.	X
12. Verifica y aplica todas las normas de bioseguridad en los procedimientos realizados	
13. Atiende en ausencia del MA. a niños –as con diarrea, infecciones respiratorias, desnutrición según normas de atención.	X
14. Si el FI utiliza algún medicamento o insumo deberá notificar al MA. o EA. para que se tome en cuenta al hacer el BRES (incluye micronutrientes).	X
15. Analizar la información que le proporcionan los instrumentos SIGSA.	X
16. Apoyar al FC. en la sala situacional de la comunidad.	X
17. Consolida y actualiza la información del nivel comunitario en los SIGSA.	X
18. Monitorea las actividades que realiza el FC.	X
19. Elaborar y analizar la sala situacional de su jurisdicción con el personal del Distrito Municipal de Salud y el de PSS y/o ASS.	X
20. Desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica.	
21. Participar en la elaboración y ejecución de proyectos de mejoramiento del ambiente.	
22. Programar la dotación de suministros con la ASS y el DMS.	
23. Apoya la elaboración del plan de emergencia y verifica su ejecución.	

Fuente: Modificado de “Actualización de Normas de atención del primer nivel de atención con énfasis en el componente materno infantil. Guatemala 2005”. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sistema integral de Atención en Salud. UPS1

### Facilitador(a) Comunitario – FC-

Perfil: Escolaridad mínima de tercer grado de educación primaria; liderazgo en la comunidad; residir en el área geográfica de alguno de los Centros de Convergencia donde se desarrollan las actividades de la jurisdicción.

Objetivo del puesto: Participar en la oferta y entrega de Servicios Básicos de Salud a las familias de las comunidades a su cargo.

Funciones definidas	Relacionadas a MPC
1. Asiste a la capacitación mensual.	x
2. Vigila el apareamiento de brotes epidémicos y reporta inmediatamente al facilitador institucional o al servicio de salud.	
3. Participa en la programación de actividades de prestación de servicios.	x
4. Monitorea las actividades que realizan los vigilantes de salud.	x
5. Consolida los croquis de sector y la información registrada en las fichas por los vigilantes de salud, en el consolidado bimestral y consolidado anual.	x
6. Apoyar al MA o EA en la prestación de SBS en el centro comunitario.	x
7. Atender a personas referidas por el vigilante de salud según las normas de atención.	
8. Elaborar carteles con los datos de los consolidados anual y bimestral y presentarlos en asamblea comunitaria, para el análisis de la situación de salud de la comunidad.	x
9. Apoyar al facilitador institucional en el desarrollo de las actividades de control de crecimiento, orientación nutricional y vacunación.	x
10. Consolida la información del cuaderno del vigilante y registra información en el cuaderno de la mujer.	x
11. Apoya el funcionamiento de la red fría.	x
12. Aplica todas las normas de bioseguridad en los procedimientos realizados.	
13. Activar plan de emergencia comunitario	
14. Coordinar con la organización comunitaria la gestión y dotación de suministros, medicamentos, material educativo, así como el acondicionamiento del centro de convergencia y transporte de personas referidas al servicio de salud u hospital.	x
15. Coordinar con los comités o consejos comunitarios de desarrollo.	x
16. Participar en la elaboración de proyectos de mejoramiento del ambiente	

Fuente: Modificado de “Actualización de Normas de atención del primer nivel de atención con énfasis en el componente materno infantil. Guatemala 2005”. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sistema integral de Atención en Salud. UPS1





















