



Ministerio de Salud Pública

Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas
Dirección General del Sistema de Atención Integral en Salud
Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional

**Diagnóstico de la Situación del Monitoreo y Promoción del
Crecimiento en Niños < de 2 Años
en la Red de Servicios de Salud del Ministerio de Salud**

INFORME FINAL

Coordinación de Areas de Salud
Programa de Extensión de Cobertura



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

CALIDAD EN SALUD
GUATEMALA

Guatemala, Junio, 2008

**Diagnóstico de la Situación del Monitoreo y Promoción del
Crecimiento en Niños < de 2 Años
en la Red de Servicios de Salud del Ministerio de Salud**

INFORME FINAL

Informe elaborado por:

María Claudia Santizo¹

Iván Mendoza²

Ana María Rodas³

Cristina Maldonado⁴

¹ USAID|Calidad en Salud, Asesora de Nutrición

² Ministerio de Salud Pública, Coordinador del Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional

³ USAID|Calidad en Salud, Asesora de Logística, Monitoreo y Evaluación

⁴ Ministerio de Salud Pública, Coordinadora del Programa de Extensión de Cobertura

PARTICIPANTES:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PROSAN)

Dr. Iván Mendoza – Coordinador
Licda. María Martha Tuna
Licda. Sandra Chew
Licda. Viviana Rendón
Licda. Maritza de Oliva
Licda. Sara Linares
Licda. Irma de Maza

Coordinación de Areas de Salud

Dr. Lisandro Morán – Coordinador
Dr. Edgar González
Dr. Luis Castellanos
Dr. Manolo Vicente

Programa de Extensión de Cobertura:

Dra. Cristina Maldonado - Coordinadora
Dra. Karina Pineda
Dr. Carlos León
Dr. José Rodas

USAID|Calidad en Salud

Dr. Rodrigo Bustamante – Director
Dra. María Claudia Santizo
Licda. Ana María Rodas
Licda. Elena Hurtado

Procesamiento de datos

Dr. Werner Figueroa – Consultor

Equipo de Campo

Teresa Lázaro
Blanca Lidia Escobar
Imelda Ortiz
Daysi Dionisio
Cristina Garay
María Catalina Tuc
Luz Amparo Sicajan
Milagro Salazar
Ana María Bámaca
Catalina Lorenzo
Andrea Margarita Tiguilá
Enma Noemí Catú
Cándida Azucena Rivera
Marta Perén
Marty Yolanda Coroy
Eluvia Tiguilá
Otto René Gómez
Rigoberto Villanueva
Gerson Mauricio
Alvaro Barrientos
Maynor Letona
Margarito García
Carlos Alberto Vásquez
Yery Omar Martínez
José Alberto Ortiz

INDICE

Contenido	Página
Lista de Cuadros.....	5
Lista de Tablas.....	5
Lista de Gráficas.....	6
Lista de Anexos.....	7
Resumen Ejecutivo.....	8
I. Introducción.....	9
II. Marco Conceptual del Diagnóstico.....	10
III. Objetivos.....	12
IV. Descripción de variables e indicadores.....	13
V. Metodología.....	14
VI. Análisis de datos.....	15
VII. Descripción de resultados.....	16
VIII. Resumen de resultados.....	41
IX. Discusión.....	42
X. Conclusiones.....	48
XI. Plan de fortalecimiento.....	49
XII. Anexos.....	50

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Etapas para la aplicación de las normas de Monitoreo y Promoción de Crecimiento

Cuadro 2. Limitantes en el proceso de monitoreo y promoción del crecimiento

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Documentos relacionados al Monitoreo y Promoción de Crecimiento que deben estar disponibles en los servicios de salud

Tabla 2. Indicadores para el diagnóstico de la situación en cada etapa

Tabla 3. Formularios utilizados para el diagnóstico de Monitoreo y Promoción de Crecimiento en niños < de 2 años

Tabla 4. Disponibilidad de balanzas en servicios de salud

Tabla 5. Número de evaluaciones realizadas por proveedores de salud

Tabla 6. Punteos obtenidos por proveedores de salud en conocimientos de las normas de Monitoreo y Promoción de Crecimiento de la Niñez

Tabla 7. Pasos evaluados para la toma de peso en Centros de Convergencia

Tabla 8. Pasos evaluados para la toma del peso en los puestos y centros

Tabla 9. Porcentaje de proveedores de salud que anotan el peso en carné y en el Cuaderno del Vigilante o Cuaderno del Niño

Tabla 10. Pasos de consejería en centros de convergencia

Tabla 11. Pasos de consejería en puestos y centros de salud

Tabla 12. Rangos de edad Niños en entrevistas a la madre

Tabla 13. Motivo de consulta

Tabla 14. Información brindada a la madre en relación al peso del niño

Tabla 15. Resumen de fortalezas y debilidades identificadas en el Dx del proceso de monitoreo y promoción de crecimiento

LISTA DE GRAFICAS

- Gráfica 1.** Disponibilidad de Normas
- Gráfica 2.** Disponibilidad de lineamientos operativos en puestos y centros
- Gráfica 3.** Disponibilidad de material educativo en servicios de salud
- Gráfica 4.** Abastecimiento de micronutrientes en centros de convergencia
- Gráfica 5.** Abastecimiento de micronutrientes en puestos y centros de salud
- Gráfica 6.** Disponibilidad de formularios de registro en servicios de salud
- Gráfica 7.** Conocimientos de las normas de la embarazada en la prueba No. 1
- Gráfica 8.** Conocimientos de las normas de la niñez en la prueba No. 1
- Gráfica 9.** Conocimientos de las normas de la niñez con la prueba No. 2
- Gráfica 10.** Desempeño en la técnica de peso en centros de convergencia
- Gráfica 11.** Porcentaje de proveedores de salud de centros de convergencia que aplican los pasos de la técnica de peso de niños
- Gráfica 12.** Desempeño en la técnica de peso en puestos y centros
- Gráfica 13.** Porcentaje de proveedores de salud de puestos y centros que aplican los pasos de la técnica de peso en niños
- Gráfica 14.** Registro del peso en carné
- Gráfica 15.** Cumplimiento de consejería en centros de convergencia
- Gráfica 16.** Porcentaje de los proveedores de salud de centros de convergencia que aplica los pasos de consejería
- Gráfica 17.** Cumplimiento de los pasos de consejería en puestos y centros de salud
- Gráfica 18.** Porcentaje de los proveedores de salud de puestos y centros que aplica los pasos de consejería
- Gráfica 19.** Clasificación por proveedores de salud según el peso del niño
- Gráfica 20.** Servicios con acciones para mejorar acceso a monitoreo y promoción de crecimiento
- Gráfica 21.** Niños registrados, niños pesados en el mes, niños en monitoreo de crecimiento y niños que “Crecen Bien”

Gráfica 22. Sala situacional en los servicios de salud, inclusión y análisis de indicadores de Monitoreo de Crecimiento

Gráfica 23. Porcentaje de servicios que incluyen y analizan datos de micronutrientes en sala situacional

Gráfica 24. Consejería reportada por madres

Gráfica 25. Razones de la madre para pesar al niño

Gráfica 26. Razones para dar vitaminas

Gráfica 27. Percepción de la atención

Gráfica 28. Razones de percepción positiva de la atención

Gráfica 29. Recomendaciones de la madre para servicios de salud

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. _Areas de Salud con sus respectivos centros de salud seleccionados al azar para el diagnóstico de Monitoreo y Promoción de Crecimiento

Anexo 2. Modelos de dinámica de atención

Anexo 3. Modelos de flujo de Información

RESUMEN EJECUTIVO

En Guatemala, el 40% de las muertes en la niñez son atribuibles a la desnutrición protéico-energética, lo que hace de ésta, una de las causas principales de mortalidad entre los niños guatemaltecos. El crecimiento inadecuado, como reflejo del estado nutricional del niño, se convierte en una “señal de peligro” de riesgo de muerte, tan importante como los vómitos, la diarrea profusa o la respiración rápida. Por esta razón, velar por el desarrollo adecuado de la **estrategia de monitoreo y promoción del crecimiento** es prioritario para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ya que enfatiza el componente preventivo sobre el curativo.

Teniendo en cuenta que se debe asegurar que la estrategia se lleve a cabo, de tal forma que garantice oportunamente las acciones que permitan el crecimiento adecuado de los niños(as), así como la preocupación del MSPAS de brindar atención de calidad, se identificó la necesidad de realizar un diagnóstico de la situación actual del monitoreo y promoción del crecimiento de niños(as) < de 2 años en la red de servicios salud.

El presente estudio analiza en los servicios de extensión de cobertura, puestos y centros de salud, la situación de la estrategia, como uno de los temas centrales de la atención nutricional que provee el Ministerio de Salud. El incluir los tres tipos de servicios proporciona una visión completa de la situación en el primero y segundo niveles de atención, lo cual hace una diferencia sustancial con otras evaluaciones realizadas, que únicamente están dirigidas al Programa de Extensión de Cobertura. En relación al abordaje de la investigación, se consideró un enfoque sistémico, que evalúa aspectos de estructura de los servicios, procesos y resultados.

En la estructura de los servicios, se encontró baja disponibilidad de las normas y materiales de apoyo para la aplicación de las mismas. Los centros de convergencia fueron los servicios con menor disponibilidad, lo que aparentemente se explica por la alta rotación del personal. Los materiales de apoyo para la consejería estuvieron ausentes en la mayoría de los servicios. Los instrumentos de registro también evidenciaron baja disponibilidad sobre todo en los centros de convergencia, lo cual limita el análisis a nivel local. Sí hay disponibilidad de equipo antropométrico, aunque deberá abastecerse con tallímetros al incorporar próximamente la talla a la norma de atención.

En relación a los procesos, se evidenció que todos los proveedores de salud tienen conocimientos limitados sobre las normas, lo cual limita su desempeño. Esto se constató al observar el desempeño en la toma del peso del niño y en la consejería a la madre, mostrando debilidad en ambos procesos. Asimismo, la clasificación del niño como “crece bien” o “no crece bien” presenta una brecha que debe reducirse, tomando en cuenta que de esto dependen las acciones y la consejería brindada a la madre, así como el seguimiento del niño.

Estas limitantes influyen inevitablemente en los resultados de la provisión de servicios, que muestran bajas coberturas y no alcanzan las metas planteadas por el Ministerio de Salud. Asimismo, no hay análisis de los datos a nivel local, lo cual es fundamental para tomar decisiones pertinentes y oportunas y en mejorar la prestación de los servicios de salud y por ende, la nutrición de la población atendida.

Adicionalmente, deberá considerarse el desarrollo de una estrategia de Comunicación, Información y Educación para el cambio de comportamientos, dirigida tanto al nivel local como para los servicios de salud.

Considerando el tamaño de muestra y la selección aleatoria, la representatividad del estudio permite hacer inferencia al resto de los servicios a nivel nacional. Esta característica permite al MSPAS plantear un Plan General para fortalecer la estrategia en la Red de Servicios de Salud, el cual se estará desarrollando próximamente con la participación de los principales involucrados en la estrategia.

I. INTRODUCCIÓN:

La estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) fue oficializada en el país en el año 2,000 y en febrero de 2,002, se adoptó formalmente la estrategia combinada AIEPI AINM-C (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia y Atención Integral de la Niñez y la Mujer en la Comunidad). Esta estrategia fortaleció las intervenciones de salud en los tres niveles de atención (comunidad, puestos de salud, centros de salud y hospitales). En su base conceptual, la estrategia permite que los niños(as) reciban atención integrada de salud y nutrición, dando especial énfasis al **monitoreo y promoción del crecimiento** del niño y la niña, la detección, el tratamiento y la referencia oportuna de casos complicados y la consejería oportuna a las madres para la adopción de mejores prácticas alimentarias y de salud en el hogar a fin de **prevenir** enfermedades y problemas nutricionales.

En Guatemala, el 40% de las muertes en la niñez son atribuibles a la desnutrición proteico-energética, lo que hace de ésta, una de las causas principales de mortalidad entre los niños guatemaltecos. Por lo tanto, el crecimiento inadecuado, como reflejo del estado nutricional del niño (especialmente en niños menores de 2 años), se convierte en una “señal de peligro” de riesgo de muerte, tan importante como los vómitos, la diarrea profusa o la respiración rápida. Por esta razón, velar por el desarrollo adecuado de la **estrategia de monitoreo y promoción del crecimiento** es prioritario para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ya que enfatiza el componente preventivo sobre el curativo.

En este sentido, la medición del peso en forma periódica es fundamental porque refleja la velocidad de crecimiento. Por lo tanto, la vigilancia del crecimiento a través de la estrategia de monitoreo y promoción de crecimiento favorece la integración de acciones que garantizan un crecimiento y desarrollo saludable, a través de un abordaje preventivo en la atención del niño(a). Asimismo, la **“promoción”** del crecimiento incluye, además de la suplementación con micronutrientes y la vacunación, oportunidades de aprendizaje en relación a la alimentación, salud y cuidado del niño(a) y desarrolla, a través de la consejería, habilidades en las madres, padres o cuidadoras, que conducen a la salud individual, familiar y comunitaria.

La detección temprana de un crecimiento inadecuado es valiosa para prevenir consecuencias posteriores que afectan la salud y la nutrición del niño(a) y por ende, la calidad de vida del niño(a) y del adulto. El éxito de las acciones depende de la capacidad de detectar estas desviaciones del crecimiento oportunamente y de tomar las acciones necesarias para su corrección.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que se debe asegurar que el proceso de monitoreo y promoción de crecimiento se lleve a cabo, de tal forma que garantice oportunamente las acciones que permitan el crecimiento adecuado de los niños(as), así como la preocupación del MSPAS de brindar atención de calidad, se identificó la necesidad de realizar un diagnóstico de la situación actual del monitoreo y promoción del crecimiento de niños(as) < de 2 años en la red de servicios salud. La finalidad de este diagnóstico era identificar y analizar las brechas en la atención, con el objetivo de elaborar un plan de trabajo para fortalecer la estrategia. Dicho diagnóstico ha

permitido conocer a profundidad las limitantes de cada etapa que conforma el proceso de Monitoreo y Promoción de Crecimiento y los elementos que deben mejorarse.

Este informe refleja los hallazgos de dicho diagnóstico.

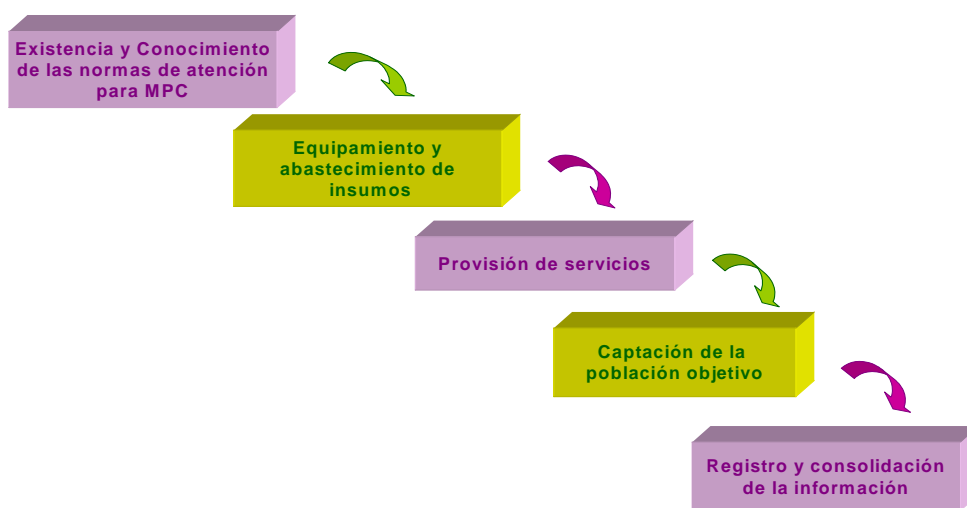
II. MARCO CONCEPTUAL DEL DIAGNÓSTICO:

Para que el monitoreo de crecimiento sea efectivo debe cumplir con tres principios básicos:

- a) se inicia lo más tempranamente posible
- b) es periódico y secuencial
- c) se ejecuta con calidad de manera consistente en cada control.

Asimismo, para la aplicación de las normas de monitoreo y promoción del crecimiento es necesario que sucedan cinco etapas o procesos, los cuales se esquematizan en la figura 1 y se describen a continuación.

Cuadro 1. Etapas para la Aplicación de las Normas de Monitoreo y Promoción de Crecimiento (MPC)



Etapa 1: Existencia y conocimiento de las normas de atención para Monitoreo y Promoción del Crecimiento

Existencia de normas de MPC: El programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional del MSPAS (PROSAN) ha revisado y actualizado las normas referentes al monitoreo y promoción del crecimiento. El detalle de esta normativa ha sido distribuido directamente al personal de salud de los puestos y centros de salud, a través de documentos específicos de normas de atención, lineamientos operativos y manuales de procedimientos. En el caso de extensión de cobertura no hay documentos específicos, pero se identificaron algunos documentos que, a consideración de las

autoridades de UPS1, son equivalentes y deben estar disponibles en los servicios de salud, como se detalla en la tabla 1.

Tabla 1. Documentos Relacionados al Monitoreo y Promoción del Crecimiento que deben estar disponibles en los Servicios de Salud

Tipo de Documentos	Extensión de Cobertura (Centros de Convergencia)	Servicios Institucionales (Puestos y Centros de Salud)
Normas de Atención	Normas de Alimentación < 2 años	Normas del 1er y 2do nivel de atención
Lineamientos Operativos	Hoja de Recordatorio de la Familia Lineamientos para uso de Vitacereal	<ul style="list-style-type: none"> • Lineamientos de Micronutrientes • Lineamientos de Vigilancia y MPC • Guías de Alimentación de < de 2 años • Lineamientos para uso de Vitacereal
Manuales de Procedimientos		Instructivo SIGSA 5ª (Cuaderno del Niño y de la Niña)

Conocimiento de Normas de MPC: El personal de los distintos servicios de salud ha sido capacitado sobre el tema. El personal de extensión de cobertura fue capacitado a través de talleres de AIEPI-AINM-C; el personal de los puestos de salud fue capacitado por medio de talleres distritales específicos sobre el tema (organizados por PROSAN en coordinación con las Areas de Salud) y también en talleres sobre AIEPI (organizados por UPSI); el personal de los centros de salud fue capacitado por medio del Diplomado en Normas de Atención organizado por el nivel central y por medio de los talleres distritales mencionados anteriormente. En el diagnóstico se evaluaron los conocimientos del personal de salud sobre las normas a través de dos pruebas escritas.

Etapa 2: Equipamiento y Abastecimiento de Insumos

Para poder aplicar las normas, además de conocerlas, se requiere contar con el equipo mínimo necesario: balanzas para niños, instrumentos de registro, carnés, material para consejería, así como abastecimiento adecuado de micronutrientes (Vitamina A, hierro y ácido fólico); por ello, se evaluó la existencia y disponibilidad de dicho equipo e insumos.

Etapa 3: Provisión de Servicios

Se refiere específicamente a la aplicación de las normas de monitoreo y promoción del crecimiento en niños < de 2 años, por lo que en el diagnóstico se evaluó la práctica de dichas normas y el desempeño y las destrezas adquiridas por el personal de salud, para su aplicación.

Etapa 4: Captación de la Población Objetivo

Para prestar los servicios básicos de salud, incluyendo el monitoreo y promoción del crecimiento, el Ministerio de Salud utiliza 2 estrategias:

- a) Atención por oferta: se refiere a los servicios de salud que son entregados en la comunidad. La atención por oferta tiene dos modalidades, la prestada por ONG´s (extensión de cobertura a través de centros de convergencia) y la prestada por los servicios de salud (extensión de cobertura institucional). En ambos casos los servicios básicos de salud son entregados por medio de un equipo ambulatorio (médico, enfermera, educadora, facilitador institucional, técnico de salud rural, auxiliar de enfermería) que se traslada de comunidad en comunidad de acuerdo a un calendario pre-establecido, y que se complementa con un equipo en la comunidad (facilitador comunitario y vigilantes de salud).
- b) Atención por demanda: se refiere a los servicios de salud que se prestan a través de los puestos y centros de salud por medio de personal que brinda consulta dentro del establecimiento de salud.

En el diagnóstico se evaluaron las coberturas de los distintos servicios de salud en relación al monitoreo de crecimiento, así como se indagó sobre la práctica de estrategias para captar a la población objetivo.

Etapas 5: Registro y Consolidación de la Información:

El registro correcto de las acciones es fundamental para poder medir el impacto de las mismas, así como el procesamiento y análisis de la información es necesario para detectar debilidades y fortalecer la estrategia. Se evaluó si el registro se lleva de forma adecuada y se indagó cómo se lleva a cabo el flujo de información a través de los distintos niveles. Asimismo, se evaluó si la información generada es analizada y utilizada para la toma de decisiones pertinentes y oportunas.

Adicionalmente a la información evaluada en cada una de las etapas descritas que conforman el monitoreo y promoción del crecimiento, se observó la dinámica de atención que existe en los distintos servicios de salud para realizar el monitoreo y promoción de crecimiento.

III. OBJETIVOS:

Objetivo General:

Fortalecer los procesos de monitoreo y promoción de crecimiento de niños < de 2 años en los servicios de extensión de cobertura, puestos y centros de salud.

Objetivos Específicos:

- a. Identificar las fortalezas y debilidades en la ejecución de las cinco etapas necesarias para la implementación del monitoreo y promoción de crecimiento.
- b. Elaborar un plan de acción que permita mejorar los aspectos débiles identificados en los procesos (etapas) evaluados.
- c. Apoyar la gestión para la provisión de recursos necesarios para implementar el plan de mejora.

IV. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES E INDICADORES:

Para la medición de cada etapa, se identificaron indicadores específicos, los cuales se detallan en la tabla 2.

Tabla 2. Indicadores para el Diagnóstico de la Situación en Cada Etapa

Etapa a Evaluar	Indicador
Existencia y Socialización de las Normas de Atención	% de servicios que cuentan con los siguientes documentos: a. Normas de atención b. Lineamientos operativos c. Manuales de procedimientos
Equipamiento y abastecimientos de Insumos	% de servicios abastecidos con: a. Equipo antropométrico b. Material de Consejería c. Micronutrientes d. Instrumentos de registro
Provisión de Servicios	% de personal que conoce las normas de monitoreo y promoción de crecimiento para niñez y mujer embarazada % de personal que aplica correctamente los pasos para el peso del niño % de proveedores que registran correctamente la información en los instrumentos normados % de personal que aplica correctamente los pasos para la consejería % de personal que clasifica correctamente a niños < de 2 años en monitoreo de crecimiento
Captación de Población Objetivo	% de servicios con una o más acciones para mejorar acceso al monitoreo y promoción del crecimiento % de niños < de 2 años con peso en el mes % de niños < de 2 años en monitoreo de crecimiento (con dos pesos seguidos) % de niños < de 2 años que “crecen bien”
Registro y Consolidación de la Información	% de servicios con Sala Situacional % de servicios que incluyen en su sala situacional física datos de monitoreo de crecimiento % de servicios que han realizado la discusión y análisis de su sala situacional en el último semestre % de servicios que han realizado mejoras con base al análisis de sala situacional

Adicionalmente a estos indicadores, se obtuvo información sobre la percepción de la madre relacionada al proceso de Monitoreo y Promoción del Crecimiento.

V. METODOLOGÍA:

Tipo de Estudio:

El diagnóstico se realizó a través de un estudio transversal, en el cual se evaluaron los cinco procesos ya descritos que deben desarrollarse adecuadamente y en secuencia para cumplir con las normas de monitoreo y promoción de crecimiento. Para la recolección de la información y el análisis de los indicadores correspondientes se desarrollaron 5 formularios, los cuales fueron divididos en formularios para extensión de cobertura (centros de convergencia) y servicios institucionales (puestos y centros de salud). Se utilizó una combinación de diversas metodologías, que incluyeron la revisión de documentos, encuestas a proveedores de salud en los diferentes cargos y niveles de atención, observaciones en los distintos servicios (comunitarios e institucionales) y entrevistas a madres (las cuales no fueron divididas por tipo de servicio). Los formularios utilizados se listan en la tabla 3.

Tabla 3. Formularios Utilizados para el Diagnóstico de MPC en niños < de 2 años

No. de Formulario	Nombre del Formulario	Tipo de Formulario
Formulario 1	Lista de chequeo	Lista de Chequeo (documentos técnicos, material educativo, equipo antropométrico, instrumentos de registro, micronutrientes)
Formulario 2	Conocimientos	Conocimientos 2 A – Selección múltiple 2 B - Verdadero falso, selección múltiple, terminación y diagramación
Formulario 3	Observación	Guía para Observación: <ul style="list-style-type: none">• Monitoreo de crecimiento (peso)• Clasificación• Consejería• Registro
Formulario 4	Entrevista a madres de niños de 1 a 24 meses	Entrevista semiestructurada, preguntas abiertas
Formulario 5	Observación / Entrevista sobre Sistema de Información	Revisión documental: coberturas y uso de instrumentos de registro Entrevista: captación de población objetivo, flujo de información, análisis de información Observación: dinámica de prestación de servicios.

Población y muestra:

El marco muestral estuvo constituido por los servicios de salud del Ministerio de Salud que proveen o deben proveer servicios de monitoreo y promoción de crecimiento. El número de servicios reportado por el SIAS es de 293 centros de salud, 1,034 puestos

de salud y 401 centros de convergencia. Se tomaron dos poblaciones: Centros de Convergencia y Centros y Puestos de Salud. La muestra de 56 centros y puestos de salud y 56 centros de convergencia, tiene una representatividad estadística con un nivel de precisión en la estimación de 10% para centros de convergencia y 10.8% para centros y puestos de salud, un nivel de confianza alfa de 0.10, tomando como prevalencia esperada de servicios que no cumplen con las normas de monitoreo de crecimiento de 50% (varianza máxima).

El diagnóstico se cumplió en los 56 puestos y centros de salud y 56 centros de convergencia. Para el total de la muestra, cada región de salud aportó un número proporcional al número de servicios que se encuentran en sus áreas de salud. Todos los servicios evaluados fueron elegidos al azar, como se detalla a continuación.

Selección de la muestra:

La selección de los servicios que se incluyeron en la muestra se hizo por etapas:

- 1) En la primera etapa se seleccionaron al azar dos áreas de salud por cada región; dado que en promedio las regiones tienen cuatro áreas, esto representa el 50% o más en la mayoría de regiones.
- 2) En la segunda etapa se seleccionaron al azar (por sorteo) los distritos de salud de acuerdo al número de centros de salud seleccionados para cada región.
- 3) Los distritos seleccionados para centros de salud fueron los mismos de donde se seleccionaron los puestos de salud y las jurisdicciones cubiertas por ONG's, con la finalidad de tener la red de servicios por municipio o distrito.
- 4) En cada distrito se tomó un centro de salud y uno o más puestos de salud hasta completar el tamaño de muestra. De la misma forma se procedió con las jurisdicciones.

En el Anexo 1 se presenta las áreas de salud con sus respectivos centros de salud seleccionados al azar para el diagnóstico, según cada región.

VI. ANÁLISIS DE DATOS:

Los datos se presentan en forma descriptiva para las variables mencionadas estratificadas por tipo de servicio en dos grupos:

- 1) Servicios de salud en la comunidad (atención por oferta en centros de convergencia)
- 2) Servicios institucionales (atención por demanda en puestos y centros de salud)

De acuerdo a los objetivos de la investigación, el análisis está orientado a definir el estado actual de los procesos de monitoreo y promoción de crecimiento, lo cual se hizo en base al número y porcentaje de los servicios que cumplen con los estándares de rendimiento establecido para cada indicador.

El análisis detallado de los procesos estudiados servirá para orientar el plan de fortalecimiento y apoyo que se dará a los servicios de salud para mejorar la calidad de las acciones de monitoreo y promoción de crecimiento, así como su cobertura.

VII. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

A continuación se describen los resultados obtenidos por etapa y al final se presenta un resumen.

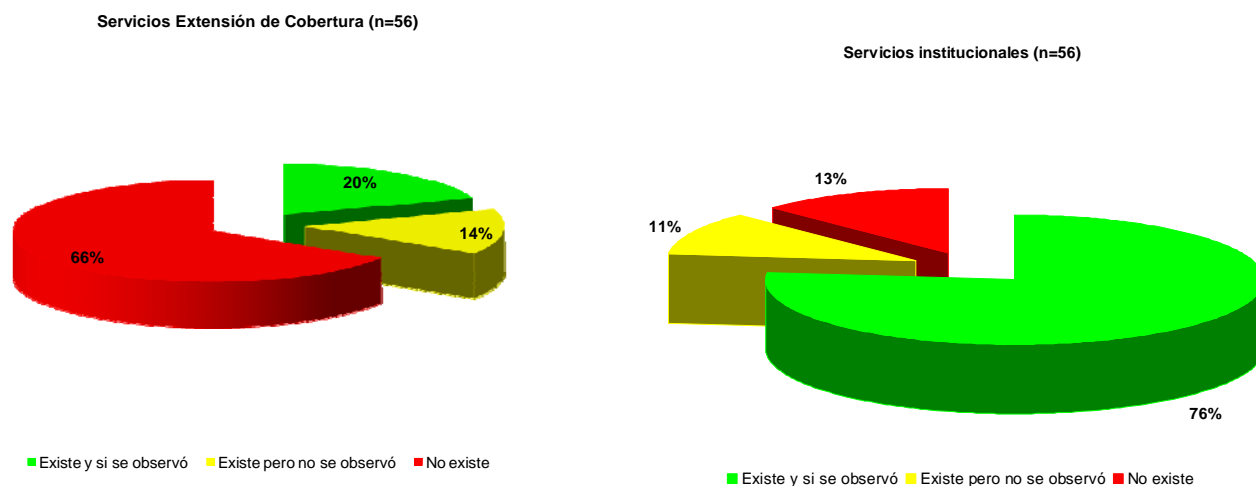
I. Etapa I: Existencia y Socialización de las Normas de Atención

I.1 Servicios que cuentan con normas

Las normas de atención son las guías que orientan las acciones que deben realizar los proveedores de salud. Existen normas de atención para el primer y segundo niveles de atención, sin embargo en extensión de cobertura la descripción de las normas se encuentra en los manuales de desempeño del personal, los cuales no tienen la indicación de estar disponibles en los centros de convergencia. Considerando lo anterior, el único material que sirve como directriz en los centros de convergencia y que puede considerarse como “normas”, son las normas para la alimentación de niños(as) menores de 2 años. En los puestos y centros de salud sí se pudo evaluar la disponibilidad de normas de 1ero. o 2do. nivel.

Como se observa en la gráfica 1, existe mejor disponibilidad de normas de atención en los centros y puestos de salud (76%), en comparación con los servicios del programa de extensión de cobertura (20%).

Gráfica 1: Disponibilidad de Normas



I.2 Porcentaje de servicios que cuentan con todos los lineamientos operativos

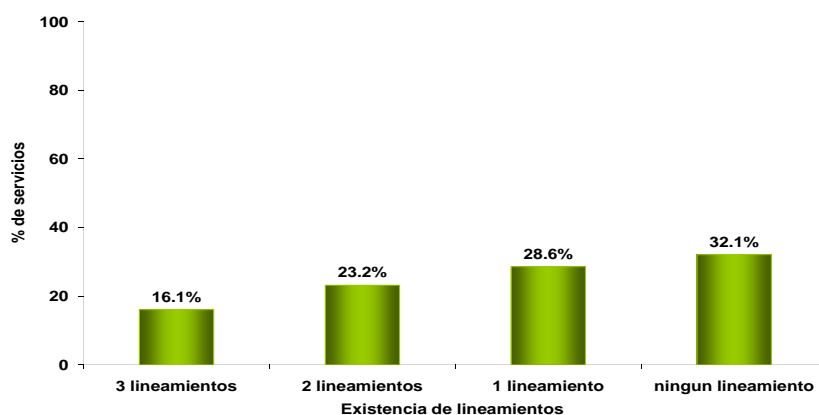
Los lineamientos operativos son los manuales que guían las acciones para el cumplimiento de las normas.

Tipo de Documento Evaluado	Extensión de Cobertura (Centros de Convergencia)	Servicios Institucionales (Puestos y Centros de Salud)
Lineamientos Operativos	Hoja de Recordatorio de la Familia Lineamientos para uso de Vitacereal	<ul style="list-style-type: none"> • Lineamientos de Micronutrientes • Lineamientos de Vigilancia y MPC • Guías de Alimentación de < de 2 años • Lineamientos para uso de Vitacereal

En extensión de cobertura, los lineamientos están representados por las hojas de recordatorio para la familia y los lineamientos para el uso del Vitacereal (donde corresponde); solo el 35% de los centros de convergencia disponen de hojas de recordatorio. Por otro lado, en 22 de las 56 jurisdicciones evaluadas se distribuye el Vitacereal (alimento complementario para niños menores de 3 años y mujeres embarazadas o en período de lactancia) como parte del Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica (PRDC); solo nueve de estos (41%), tenían las normas específicas para el uso del Vitacereal.

En centros y puestos de salud, los lineamientos operativos consisten en los lineamientos de micronutrientes, lineamientos de vigilancia nutricional y monitoreo y promoción del crecimiento, las guías alimentarias para menores de 2 años, y los lineamientos para el uso del Vitacereal (donde corresponde). Solamente el 39% disponen al menos de 2 o 3 lineamientos, mientras que un 32% no cuenta con ningún lineamiento y el 29% cuenta solamente con uno de los lineamientos, como se observa en la gráfica 2.

Gráfica 2. Disponibilidad de Lineamientos Operativos en Puestos y Centros



En los servicios institucionales evaluados, 7 de 56 distribuyen Vitacereal. De estos, sólo 2 servicios (29%) contaban con las normas correspondientes.

I.3 Servicios que cuenta con manuales de procedimientos

Este indicador se evaluó solamente en los servicios institucionales, ya que extensión de cobertura no cuenta con manuales de procedimientos.

Se evaluó, por lo tanto, la disponibilidad del instructivo del Cuaderno del Niño y la Niña (SIGSA 5 A), el cual constituye una herramienta para estandarizar el uso y registro adecuado en este nuevo instrumento (implementado a partir del año 2007). Sólo el 40% de los servicios cuenta con dicho instructivo.

II. Etapa II: Equipamiento y Abastecimiento de Insumos

II.1 Servicios abastecidos con materiales educativos

Ningún servicio (ni institucional ni de extensión de cobertura) tiene un abastecimiento adecuado de materiales educativos que apoyen la consejería.

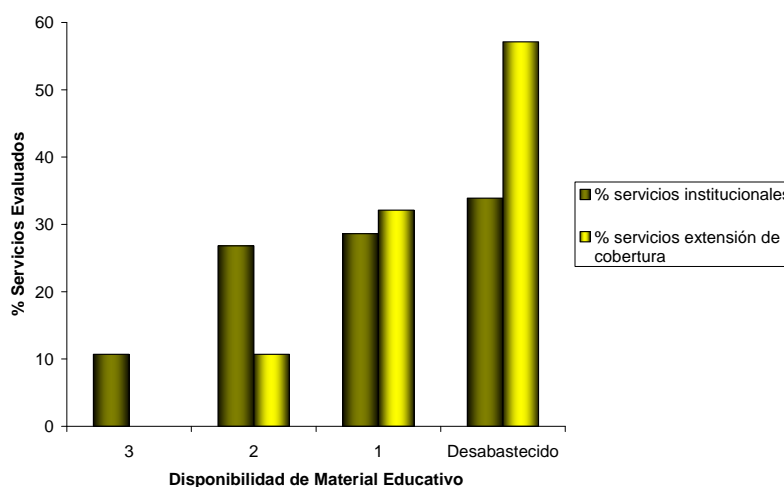
Tipo de Documento Evaluado	Extensión de Cobertura (Centros de Convergencia)	Servicios Institucionales (Puestos y Centros de Salud)
Materiales Educativos	<ul style="list-style-type: none"> • Afiches de lactancia materna • Afiche de esquema de alimentación complementaria • Láminas de consejería 	<ul style="list-style-type: none"> • Afiches de lactancia materna • Trifoliales de alimentación para < 2 años • Afiches de esquema de alimentación complementaria

En extensión de cobertura, las láminas de consejería son un instrumento diseñado específicamente para apoyo de los consejos brindados a la madre por parte de los vigilantes de salud, sin embargo, menos de la mitad (21 centros de convergencia; 38%) cuentan con dicho material.

En los centros y puestos de salud, los trifoliales y afiches de alimentación son los menos abastecidos (32% y 38%, respectivamente).

La evaluación en conjunto de los materiales educativos, muestra en la gráfica 3, que en general los puestos y centros de salud tienen mejor abastecimiento en comparación a los centros de convergencia. Los puestos de convergencia tienen mayor porcentaje de servicios desabastecidos (57% vrs 34%) y la mayoría tienen solamente uno de los materiales educativos (32%),

Gráfica 3. Disponibilidad de Material Educativo en Servicios de Salud



mientras que el 38% de los puestos y centros de salud tienen 2 ó 3 materiales educativos.

II.2 Servicios abastecidos con todos los micronutrientes

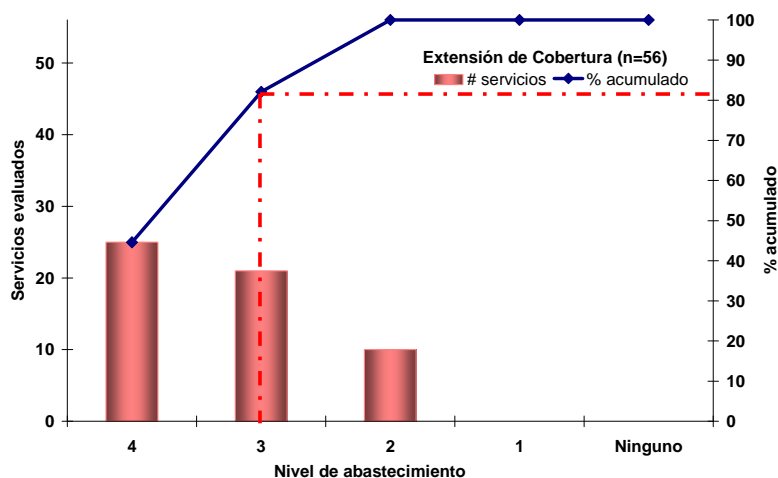
Los micronutrientes evaluados tanto en extensión de cobertura como en los servicios institucionales son:

Micronutrientes Evaluados	
•	Vitamina A: (cualquiera de las presentaciones: 100,000 y 200,000 U.I.)
•	Hierro en presentación de gotas o jarabe
•	Hierro en presentación de comprimido
•	Acido Fólico

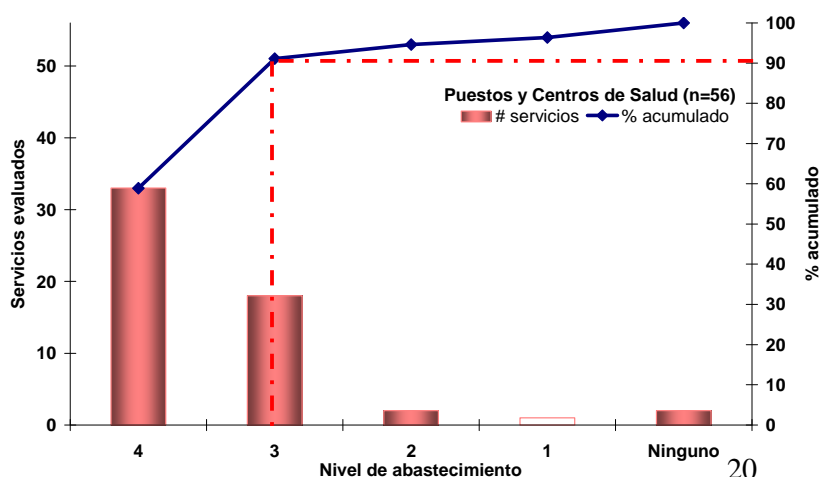
El criterio de abastecimiento adecuado para la evaluación de este indicador es la disponibilidad de tres de los cuatro insumos evaluados. Como se muestra en las gráficas 4 y 5, el abastecimiento es adecuado, arriba del 80%, tanto en los servicios de extensión de cobertura como en los puestos y centros de salud.

En extensión de cobertura el abastecimiento es un poco menor (82% vrs. 91%) y también el porcentaje de servicios desabastecidos es mayor que en los puestos y centros de salud (18% vrs. 9%). Sin embargo, este concepto de mayor “desabastecimiento” es relativo ya que, como puede observarse en la gráfica 5, en los puestos y centros de salud sí existen algunos servicios con solo uno o ningún micronutriente, mientras que en los centros de convergencia todos tienen por lo menos dos micronutrientes.

Gráfica 4. Abastecimiento de Micronutrientes en Centros de Convergencia



Gráfica 5. Abastecimiento de Micronutrientes en Puestos y Centros de Salud



II.3 Servicios abastecidos con equipo para monitoreo del crecimiento

Para la realización del control de peso, los centros de convergencia utilizan balanzas tipo Salter, mientras que los puestos y centros utilizan balanzas pediátricas. Con relación a disponibilidad de balanza, se pudo constatar que el 95% de los centros de convergencia cuentan con por lo menos una balanza Salter, pero el 11% de ellas están deterioradas, por lo que se concluye que hay disponibilidad en el 84% de los centros. Por otro lado, el 93% de los puestos y centros cuentan con 1 balanza pediátrica, sin embargo, la cuarta parte de ellas no están en buen estado; ello significa que aproximadamente el 70% de los puestos y centros tienen realmente balanza.

En la tabla 4 se muestra la distribución del equipo en los centros de convergencia y en los puestos y centros de salud. Como puede observarse la disponibilidad no es uniforme, sobre todo en los centros de convergencia.

Tabla 4. Disponibilidad de Balanzas en Servicios de Salud

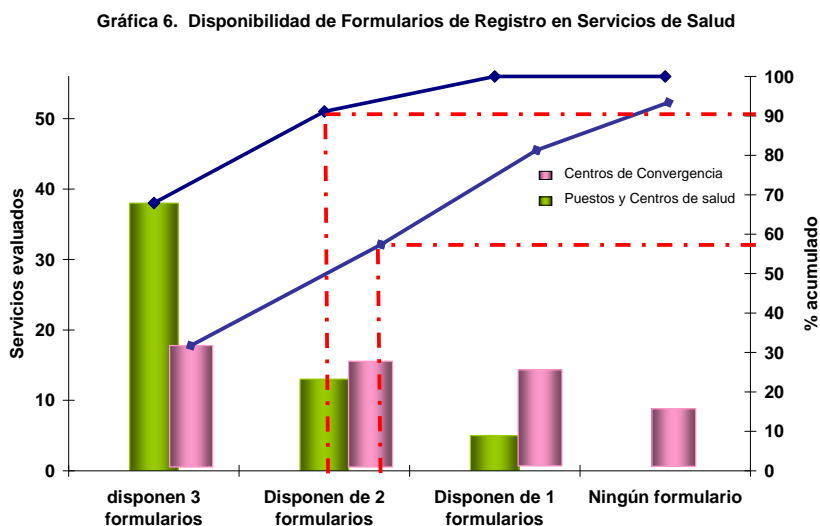
# de balanzas disponibles en servicio	# de Centros de Convergencia	# de puestos y Centros
0	3	4
1	22	37
2	16	12
3	3	2
4	6	1
5	1	---
6	1	---
8	1	---
9	1	---
14	2	---
Total	56	56

II.4 Servicios abastecidos con formularios de registro

Siendo el proceso de registro del dato la base del sistema de información, es necesario que los servicios dispongan de los formularios **básicos** de registro del monitoreo de crecimiento, siendo éstos según el tipo de servicio:

Centros de Convergencia	Puestos y Centros de Salud
Cuaderno del Vigilante	SIGSA 5ª (Cuaderno del niño y la Niña)
Listados de niños por jurisdicción	SIGSA 5C
SIGSA 5C	SIGSA 6 mensual

Como se muestra en la gráfica 6, los servicios institucionales tienen mejor disponibilidad de formularios de registro que los servicios de extensión de cobertura. Sesenta y ocho por ciento de estos servicios disponen de todos los formularios de



registro, y el porcentaje total de servicios con al menos 2 formularios es de 91%. Esto contrasta con los centros de convergencia, donde solamente el 59% disponen de por lo menos dos formularios y solo 32% cuentan con todos los instrumentos de registro; nueve servicios, correspondientes al 16%, no tenían ningún formulario de registro.

III. Etapa III: Provisión de Servicios

III.1 Conocimiento de las normas de Monitoreo y Promoción del Crecimiento

Se utilizaron dos pruebas diferentes para la evaluación de conocimientos de las normas de monitoreo y promoción del crecimiento de embarazada y niñez, según el grado de escolaridad del proveedor (la prueba No. 1 constaba de 38 preguntas y tenía un nivel de complejidad mayor en 2 era más sencilla que la prueba No. 1;).

Se evaluó un total de 371 proveedores de salud, de los cuales 233 realizaron la prueba No. 1 y 138 realizaron la prueba No. 2 (el nivel educativo de la educadora comunitaria varía, por lo que se evaluaron sus conocimientos sobre la norma con los dos tipos de pruebas).

En la tabla 5 se presenta el tipo de proveedor de salud evaluado con cada prueba.

Tabla 5. Número de Evaluaciones realizadas por Proveedores de Salud

Prueba No. 1		Prueba No. 2	
Proveedor	# evaluado	Proveedor	# evaluado
Médico de C/S	21	Facilitador comunitario	54
Enfermera Profesional	67	Vigilante de Salud	82
Auxiliar de Enfermería	72		
Medico Ambulatorio ó Enfermera Ambulatoria	22		
Facilitador Institucional	48		
Educadora Comunitaria	3	Educadora Comunitaria	2
TOTAL	233	TOTAL	138

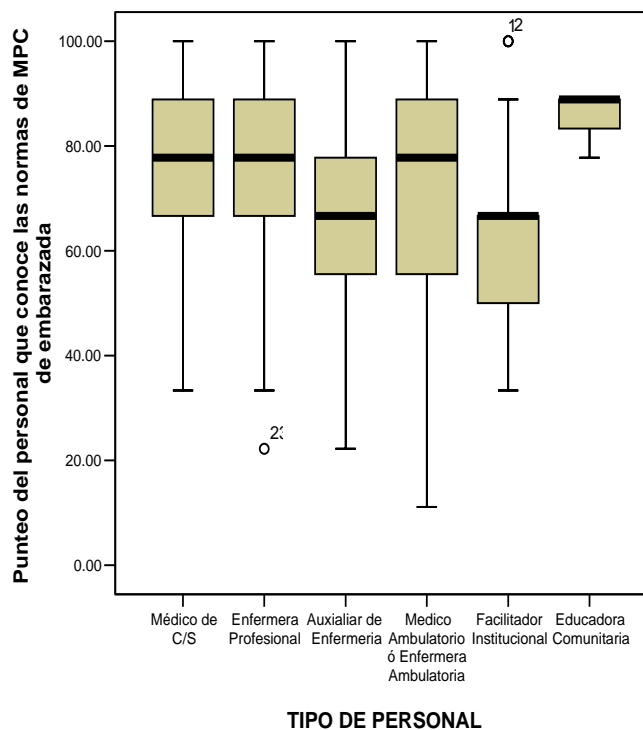
En relación a las normas de la embarazada, en la prueba 1 (incluía 7 preguntas sobre mujer embarazada), la media de la nota es de 69.8 puntos con una desviación estándar de 17.9; el puntaje mínimo fue de 11 puntos (estando muy por debajo de lo esperado de 80 puntos).

Gráfica 7. Conocimiento de las normas de la embarazada en la prueba No. 1

Al calcular estos promedios por proveedor de salud, como puede observarse en la gráfica No. 7; las notas más altas corresponden a las educadoras comunitarias, quienes son las únicas que tuvieron el promedio arriba de 80%, los proveedores que les siguen son los médicos, las enfermeras profesionales (tanto institucionales como ambulatorios). Los proveedores que presentaron los promedios más bajos con las auxiliares de enfermería y los facilitadores institucionales.

En relación a la prueba 2, se incluyó una única pregunta referente al número de controles prenatales que debe tener una embarazada, a lo cual solamente el 30% del personal que hizo la prueba respondió correctamente.

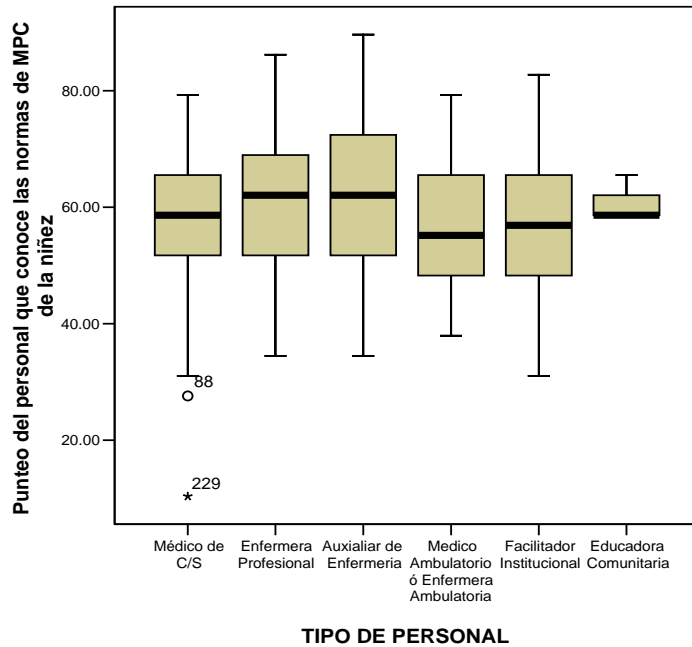
Sin embargo se debe notar que no se preguntó a comadronas, quienes son las que hacen principalmente el seguimiento de la mujer embarazada.



III.2 Personal que conoce las normas de MPC de la niñez

Se evaluó también el conocimiento de las normas de MPC de la niñez en los mismos 371 proveedores de salud. En la prueba No. 1, se evidencia que el personal que realiza el MPC no alcanza el promedio esperado (80 puntos); la media de la nota es de 59.4 puntos con una desviación estándar de 12.3 y un puntaje mínimo de 10.3.

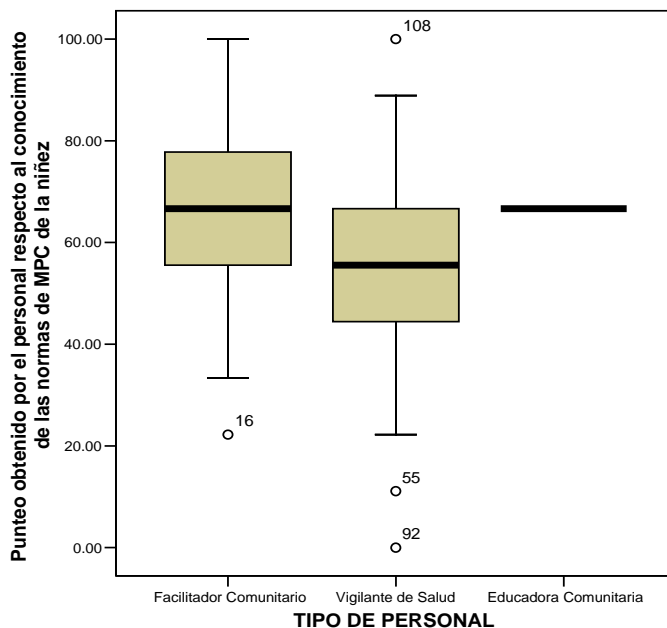
Gráfica 8: Conocimiento de las normas de la niñez en la prueba No. 1



En la gráfica 8, se puede evidenciar que el personal de servicios institucionales (enfermera profesional y auxiliar de enfermería), presenta un promedio alrededor 60 puntos, levemente arriba del médico. El promedio más bajo lo presentan los médicos y enfermeras ambulatorias. Las educadoras comunitarias mostraron mejor rendimiento.

En relación a la prueba No. 2, la media de la nota es de 61.2 puntos con una desviación estándar de 20.1 y un puntaje mínimo de cero.

Gráfica 9: Conocimiento de las normas de la niñez en la prueba No. 2



Como se presenta en la gráfica 9, los vigilantes de salud presentan debilidad en los conocimientos de las normas de monitoreo y promoción del crecimiento de la niñez (promedio por debajo de 60 puntos vs. 80 puntos esperados).

En la tabla 6 se presenta los rangos de punteos obtenidos por los proveedores de salud en las pruebas de conocimiento relacionados a monitoreo y promoción de crecimiento en la niñez. Como puede observarse, en general los punteos son menores en la prueba No. 1, que era la más compleja, pero también el nivel de educación de los proveedores de salud es mayor.

Tabla 6. Punteos Obtenidos por Proveedores de Salud en Conocimientos de las Normas de Monitoreo y Promoción del Crecimiento de la Niñez

Rangos de puntajes	Prueba 1		Prueba 2	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Menor de 60 puntos	121	51.9	21	15.2
Entre 60 y 79 puntos	106	45.5	52	37.7
Entre 80 y 100 puntos *	6	2.6	65	47.1
Total	233	100	138	100

* Porcentaje aprobado, que cumplen con el punteo esperado

III. 3 Personal que aplica correctamente las técnicas de pesado

Para el diagnóstico del desempeño en la técnica de pesado, se evaluó a 102 vigilantes de salud (9 pasos evaluados) y a 97 proveedores de puestos y centros de salud (5 pasos evaluados). Los pasos evaluados tienen relación con la técnica de pesado según el tipo de balanza (Balanza Salter en centros de convergencia y Balanza Pediátrica en servicios institucionales).

En la tabla 7 y en la gráfica 10 se muestra el desempeño en la técnica de pesado en los centros de convergencia.

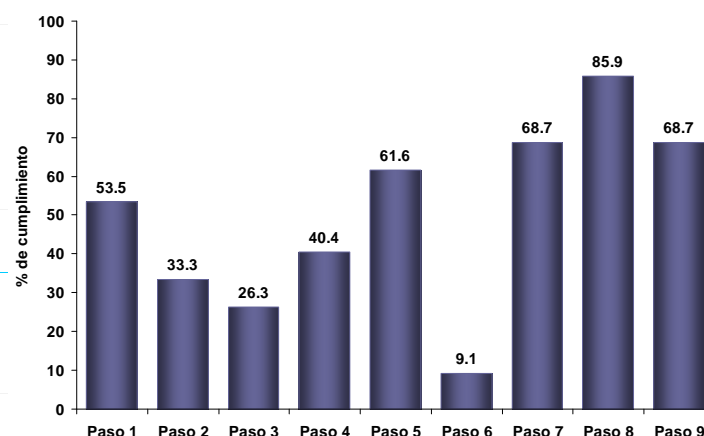
Como puede observarse, los pasos que tienen menor porcentaje de cumplimiento son los pasos 1, 2, y 3 que son los que garantizan la calidad de la medición (verificar correcta colocación y funcionamiento de la balanza, tarar prenda utilizada para colocar al niño y verificar que el niño tenga el mínimo de ropa). y los pasos 4 y 6, que tienen que ver con la colocación del niño para pesarlo.

El análisis de los primeros tres pasos en su conjunto reveló que solamente 15% de los proveedores los realizan.

Tabla 7. Pasos Evaluados para la Toma De Peso en Centros de Convergencia

No.	Paso Evaluado
1	Verifica correcta colocación y funcionamiento de la balanza salter: balanza a la altura de los ojos
2	Tara calzón, pañal, frazada u otra prenda utilizada para colocar al niño(a)
3	Verifica que el niño tenga el mínimo de ropa posible y que no tenga zapatos
4	Cuando se utiliza calzón y balanza salter: solicita a la madre que sostenga al niño(a) de frente. Mete primero los pies a través del calzón
5	Los brazos del niño quedan uno adelante y el otro atrás de los tirantes del calzón
6	Cuando se utiliza pañal o frazada y balanza salter: extiende los brazos sobre el pañal y solicita a la madre que coloque al niño(a)
7	Coloca calzón o pañal en el gancho de la balanza y baja suavemente hasta que quede colgando. Revisa que los pies cuelgan sin tocar el suelo
8	Lee el peso en voz alta cuando el niño está lo más quieto posible (puede sostener la balanza salter, sin tocar el gancho)
9	Retira al niño de la balanza cuidadosamente y lo entrega a la madre o cuidadora

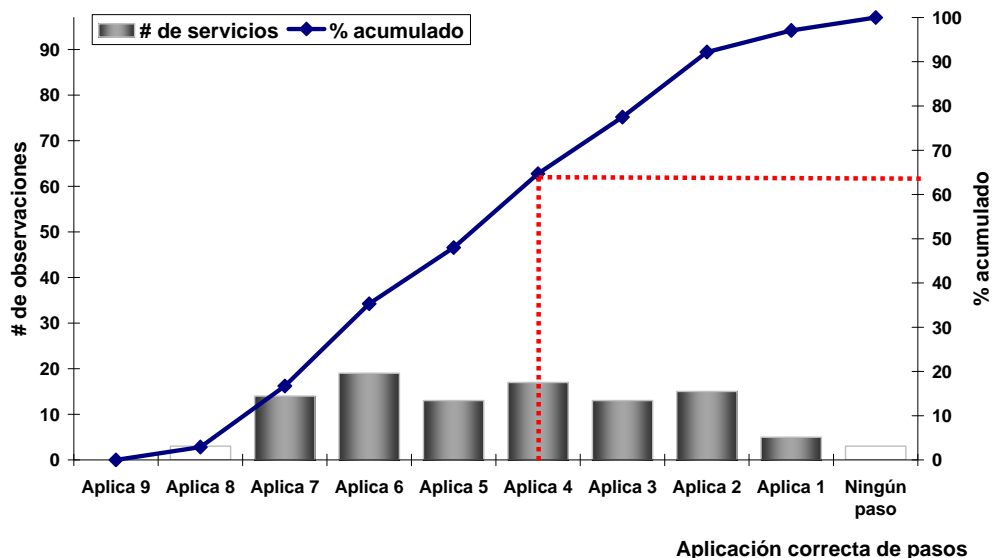
Gráfica 10. Desempeño en la Técnica de Peso en Centros de Convergencia



Por otro lado, solamente 4 pasos (pasos 5, 7, 8 y 9, los cuales no garantizan “la calidad del dato”) son realizados por más del 60% de los proveedores de salud en los centros de convergencia, siendo la lectura del peso en voz alta, el paso con más alto cumplimiento (85.9%).

Al analizar el proceso como conjunto se identifica que igualmente, alrededor del 60% de los proveedores están aplicando 4 o más pasos (la mitad de los pasos) para realizar el proceso de la toma del peso del niño y nadie aplica todos los pasos así como existe un pequeño porcentaje que no aplica ningún o solo un paso, como se observa en la gráfica 11 a continuación.

Gráfica 11. Porcentaje de Proveedores de Salud de Centros de Convergencia que aplican los Pasos de la Técnica de Peso de Niños

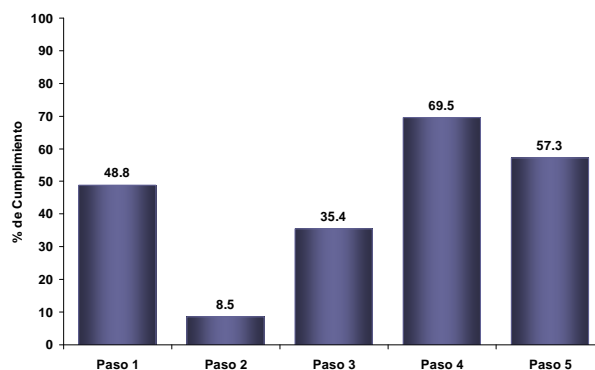


En la tabla 8 y gráfica 12, se muestran los pasos para la toma de peso que fueron evaluados en los proveedores de puestos y centros de salud. Como puede observarse, al igual que lo que sucede en los centros de convergencia, el porcentaje de cumplimiento más bajo se observa en los pasos 1, 2 y 3 que son los pasos que influyen en la calidad del dato final. En este caso, solamente el 5% de los proveedores aplican los tres pasos en su conjunto.

Tabla 8. Pasos Evaluados para la toma del Peso en los Puestos y Centros

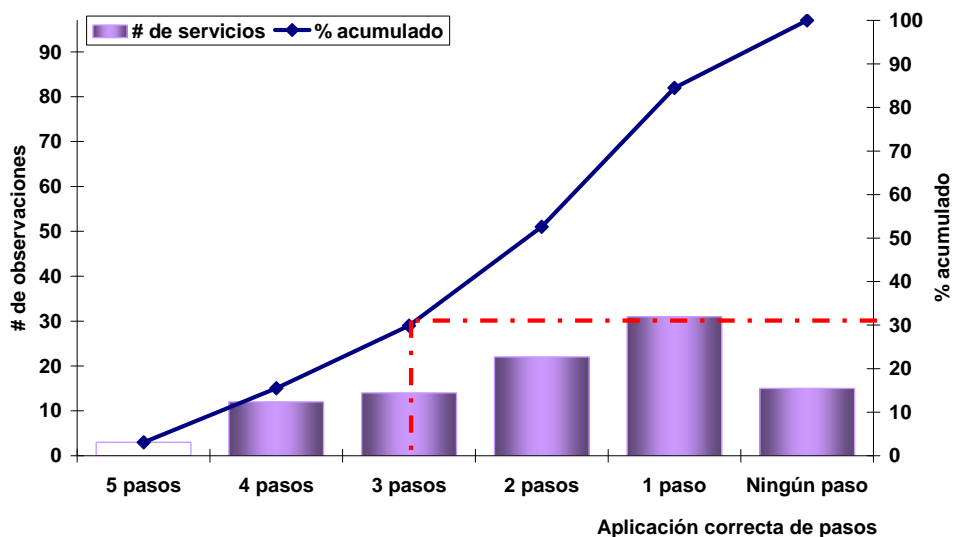
No.	Paso Evaluado
1	Verifica correcta colocación y funcionamiento de la balanza
2	Tara pañal, frazada u otra prenda utilizada para colocar al niño(a)
3	Verifica que el niño tenga el mínimo de ropa posible y que no tenga zapatos
4	Lee el peso en voz alta cuando el niño está lo más quieto posible, hace la lectura de frente y a la altura de la misma
5	Retira al niño de la balanza cuidadosamente y lo entrega a la madre o cuidadora

Gráfica 12. Desempeño en la Técnica de Peso en Puestos y Centros



El análisis del proceso en conjunto, que se muestra en la gráfica 13, evidencia que alrededor de 30% de los proveedores de salud cumplen con tres o más pasos de la técnica de pesado. Alrededor de un pequeño porcentaje cumple con todos los pasos (2%) y un porcentaje mayor (17%) no cumple ninguno de los pasos observados.

Gráfica 13. Porcentaje de Proveedores de Salud de Puestos y Centros que Aplican los Pasos de la Técnica de Peso en Niños



Se puede notar el desempeño para la toma del peso en los puestos y centros de salud es más débil debido a que alrededor del 30% cumple con la mitad o más pasos, mientras que en extensión de cobertura (gráfica 11), el 60% cumple con la mitad o más de los pasos.

III.4 Personal que registra correctamente el peso

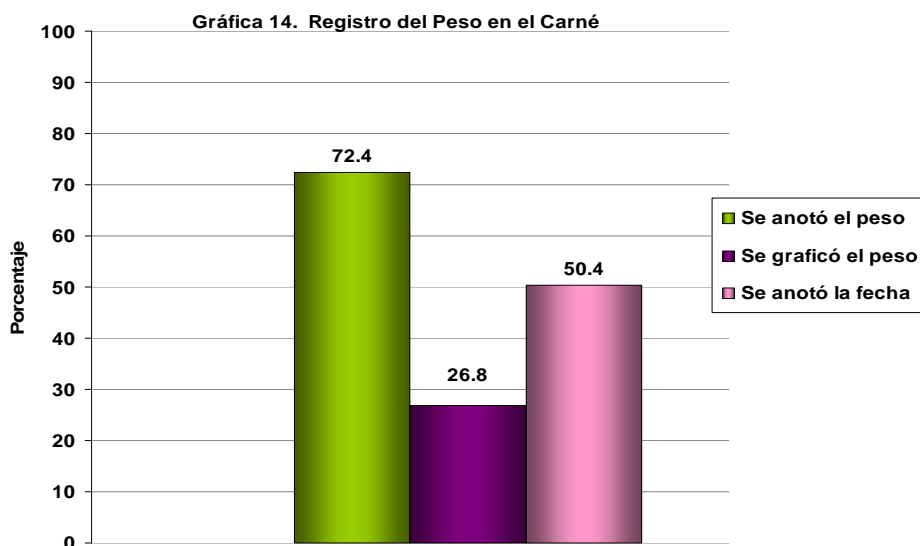
El registro del peso en los instrumentos correspondientes es importante para el proceso de monitoreo de crecimiento, ya que de ello depende en gran medida, el análisis para la consejería adecuada.

A través de la observación del desempeño, se evaluó cuántos proveedores anotan el peso en el carné (y lo grafica) y cuántos lo anotan en el instrumento oficial de registro (cuaderno del vigilante en extensión de cobertura y cuaderno del niño en puestos y centros de salud). Esta acción es realizada en mayor porcentaje por los proveedores comunitarios como puede observarse en la tabla 9.

Tabla 9. Porcentaje de Proveedores de Salud que Anotan el Peso en Carné y en el Cuaderno del Vigilante o Cuaderno del Niño

	Extensión de Cobertura %	Servicios institucionales (Puestos y Centros de salud) %
Anota la fecha, edad y peso en libras y onzas en el carnet y lo grafica	64.7	53.7
Anota la fecha, edad y peso en libras y onzas en el cuaderno del niño(a) / cuaderno del vigilante	61.8	43.3

Esta información se evaluó también a través de la observación directa del carné de la madre, a la salida de la consulta (durante la entrevista a la madre). Solamente el 78% de las madres tenían carné, y de éstas, como se muestra en la gráfica 14, solo el 72% contaba con la anotación del peso del niño después de la consulta de ese día; solo el 50% tenía anotada la fecha y únicamente 27% de las carnés tenían graficado el peso.



III.5 Personal que aplica los pasos para consejería MPC

Los pasos evaluados en referencia a la consejería dependen del énfasis que se da en las capacitaciones, ya que hasta la fecha no existe estandarización entre el programa de capacitación de extensión de cobertura y el plan de capacitación del Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional dirigido a los servicios institucionales.

En extensión de cobertura se evaluó la aplicación de 10 pasos, los cuales se muestran en la tabla 10, y en la gráfica 15 se muestra el porcentaje de cumplimiento por parte de los proveedores.

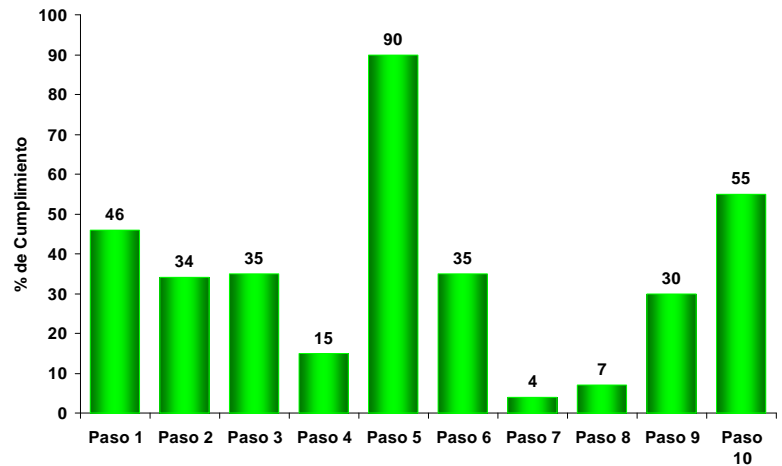
Como puede observarse, existe debilidad en todos los pasos, ya que menos del 50% de los proveedores cumplen con ocho de los 10 pasos evaluados de la consejería. Los únicos pasos que presentan arriba del 50% son el paso 5 y el paso 10 (90% y 55% respectivamente), los cuales se refieren a la revisión del carné y al establecimiento de la próxima cita. Solamente un 35.4% **brinda recomendaciones según los hallazgos**.

El paso que menos se cumple es el paso 7 que se refiere al uso de láminas de consejería, lo que tiene correspondencia con la falta de disponibilidad de este material en los servicios de salud, como se mencionó anteriormente.

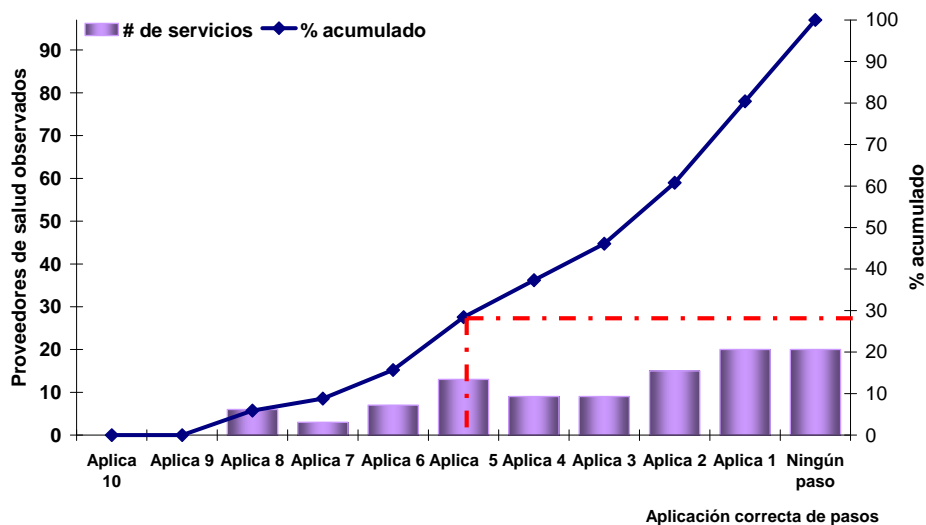
Tabla 10. Pasos de Consejería en Centros de Convergencia

No.	Paso Evaluado
1	Indica a la madre el peso y si el niño "Crece Bien" o "No Crece Bien"
2	Felicita a la madre o cuidadora o por haber llegado
3	Hace preguntas sobre la alimentación, uso de micronutrientes y Vitacereal de acuerdo a la edad del niño(a)
4	Felicita a la madre por buenas prácticas de alimentación y cuidado del niño(a)
5	Revisa en carné vacunas, micronutrientes, desparasitante y administra o refiere según corresponda
6	Da recomendaciones con base a los hallazgos según lista de mensajes clave para la edad
7	Se ayuda con láminas de consejería pertinentes
8	Entrega hoja de recordatorio ala madre
9	Establece un compromiso con la madre
10	Si el niño(a) "No Crece Bien", le da cita en 15 días o si el niño(a) "Crece Bien" da cita en un mes

Gráfica 15. Cumplimiento de Consejería en Centros de Convergencia



Gráfica 16. Porcentaje de los Proveedores de Salud de Centros de Convergencia que Aplica los Pasos de Consejería (n=102)

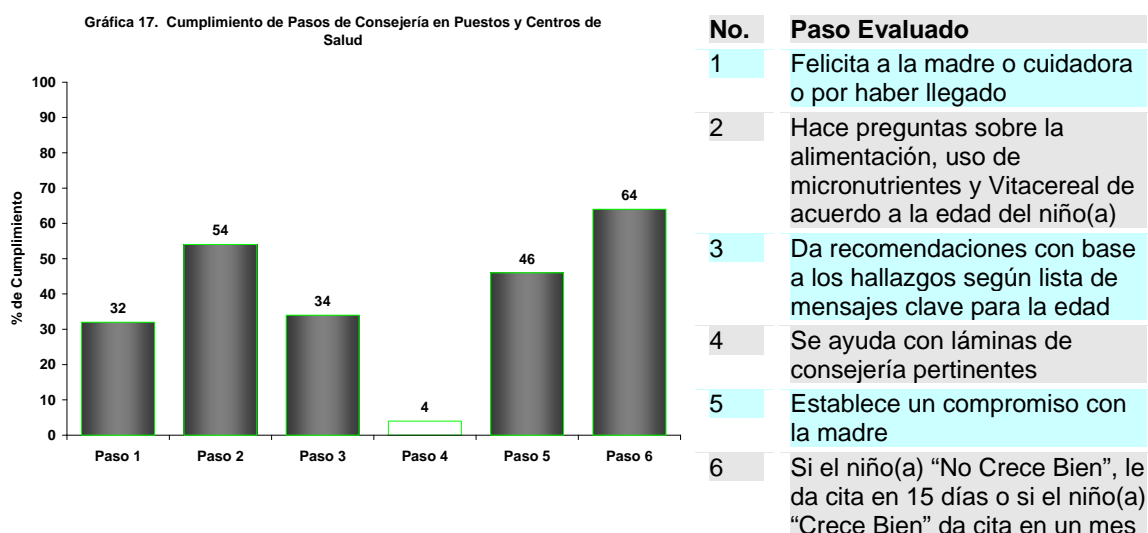


Como se muestra en la gráfica 16, existe un 40% de los proveedores que no dan consejería o aplican solamente uno de los pasos, y solamente alrededor de 30% de los proveedores cumple entre 5 y 8 pasos. Ninguno cumple con todos los pasos.

En los puestos y centros de salud son 6 los pasos evaluados, los cuales se muestran en la tabla 11, y en la gráfica 17 se muestra el cumplimiento de dichos pasos por parte del personal de salud.

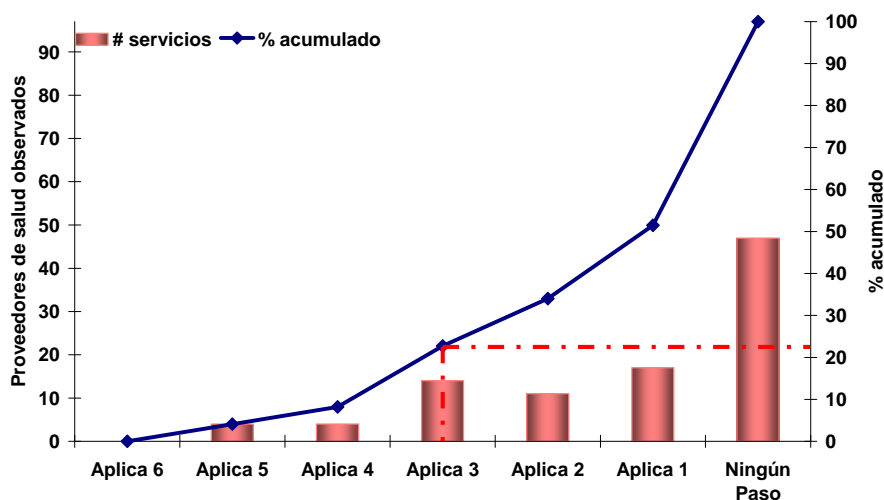
Como puede observarse, en los puestos y centros de salud, el personal tiene mejor desempeño en algunos pasos en comparación al personal de los centros de convergencia: hacen más preguntas sobre la alimentación (54% vrs. 35%), establecen un compromiso con la madres (46% vrs 30%) y hay mejor seguimiento si el caso lo amerita (64% vrs 53%). El paso de menos cumplimiento es, al igual que en los centros de convergencia, el paso que se refiere al uso de material de apoyo (paso 4).

Tabla 11. Pasos de Consejería en Puestos y Centros de Salud



Sin embargo, como proceso global se evidencia debilidad (ver gráfica 18), ya que el 50% de los proveedores de salud no realizan consejería y menos del 25% realiza 3 o más pasos.

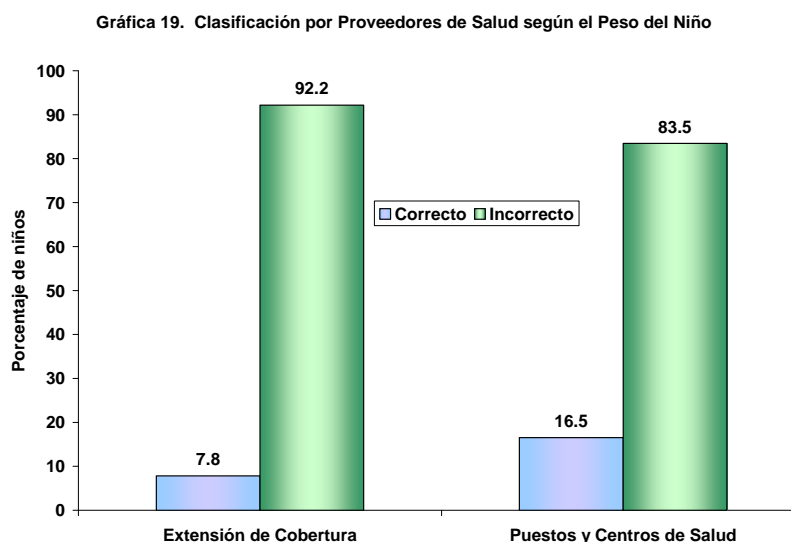
Gráfica 18. Porcentaje de Proveedores de Salud de Puestos y Centros que Aplica los Pasos de Consejería (n=97)



III. 6 Personal que clasifica correctamente a niños < de 2 años en monitoreo de crecimiento

La clasificación correcta del niño según su peso como **“Crece Bien”** o **“No Crece Bien”**, es fundamental dentro del proceso para brindar consejería adecuada y realizar las acciones pertinentes según la norma de atención.

Como se observa en gráfica 19, existe una gran debilidad en la clasificación. Solamente 8% y 17% de los proveedores de salud clasifican correctamente a los niños en los centros de convergencia y puestos y centros de salud, respectivamente. Debe tomarse en cuenta que de la clasificación del niño depende el resto de acciones del monitoreo de crecimiento.



III.7 Dinámica de Atención de Servicios de Salud:

Se realizó observación de la atención en los servicios de salud, encontrando que cada servicio cuenta con su propia dinámica, la cual se presenta en el Anexo 2. La diversidad en la atención se evidencia en los centros de convergencia, mostrando que el personal no tiene asignaciones estandarizadas de sus atribuciones. En el puesto de salud no sucede esto por ser la enfermera del puesto la única que presta la atención, y en el centro de salud, las atribuciones del personal están más definidas.

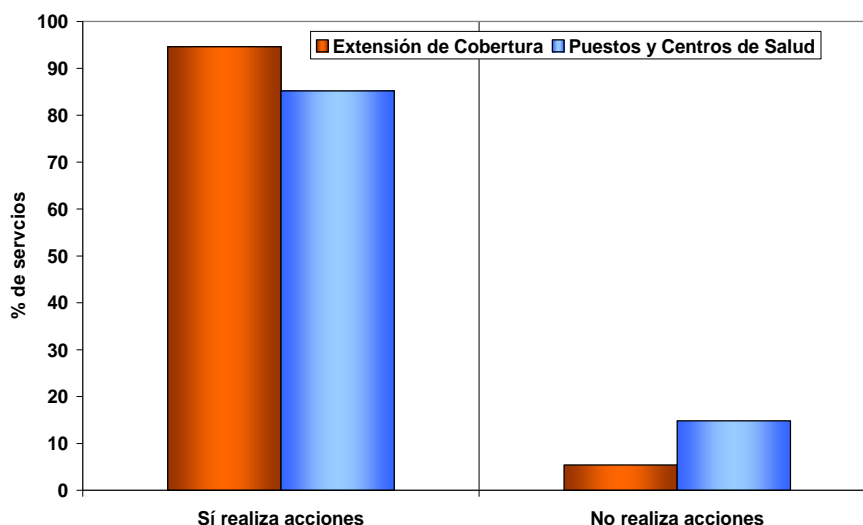
IV. Etapa IV: Captación de la Población Objetivo

IV. 1 Servicios con una o más acciones para mejorar el acceso a Monitoreo y Promoción de Crecimiento

La promoción de los servicios que se prestan en los servicios de salud es importante.

Se preguntó a los proveedores sobre las acciones que los distintos servicios realizan para mejorar el acceso de la población al programa de monitoreo y promoción del crecimiento. La mayoría de los proveedores **reportan** tener estas acciones, aunque no existe la documentación correspondiente. En la gráfica 20 se

Gráfica 20. Servicios con Acciones para Mejorar Acceso a MPC



muestra el porcentaje de los servicios que **reportan** dichas acciones. Como puede observarse, el porcentaje es alto en ambos tipos de servicios (arriba del 85%), aunque probablemente estas acciones no están siendo muy efectivas, ya que el efecto no se refleja en las coberturas que presentan los servicios como se verá en la gráfica 21 a continuación.

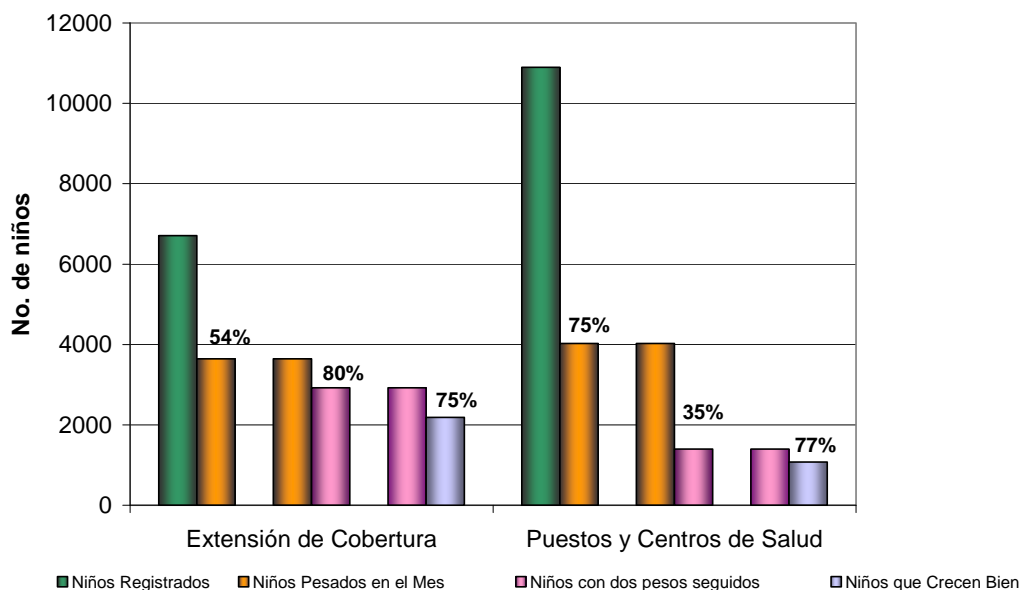
Entre las acciones reportadas por los servicios de extensión de cobertura destacan las visitas domiciliarias. En el caso de los puestos y centros de salud, se reportan como acciones para mejorar el acceso, la consejería durante otras consultas por enfermedad o vacunación, las charlas en preconsultas y la consejería a la mujer embarazada durante su control prenatal; también se mencionó en algunos casos, la promoción a través de radios locales.

IV. 2 Niños < 2 años pesados en el mes, Niños con dos pesos seguidos y Niños que Crecen Bien

Los resultados que se muestran en la gráfica 21, se basan en el número de niños registrados en los servicios de salud. Aunque no se conoce el dato de población total con precisión⁵, se puede observar que el número de niños registrado es mayor en los puestos y centros de salud, ya que en estos servicios el área de influencia es mayor.

⁵ No se pudo determinar este dato debido a que no hay estandarización en los servicios de salud en cuanto a la fuente de este dato (población que cubren) y por lo tanto no es comparable: En los centros de convergencia hay más homogeneidad en cuanto a reportar el dato de población proveniente del censo; pero en los puestos y centros, algunos reportan dato proveniente de INE, otros reportan población de jurisdicción, de distrito, etc.).

Gráfica 21. Niños Registrados, Niños Pesados en el Mes, Niños en Monitoreo de Crecimiento y Niños que "Crecen Bien"



Como se muestra en la gráfica, el número de niños que son pesados en el mes es bajo con respecto al número de niños registrados, siendo la brecha mayor en los puestos y centros de salud (54% en extensión de cobertura vrs. 37% en puestos y centros de salud). El porcentaje de niños en monitoreo de crecimiento, con relación a los niños registrados (definido como los niños que tienen dos pesos seguidos) es aún menor, siendo 44% en los centros de convergencia y solamente 13% en los puestos y centros de salud. Sin embargo, en relación de los niños pesados en el mes, el 80% está en monitoreo en extensión de cobertura y solo 35% en los puestos y centros de salud. Por último, la evaluación de crecimiento de los niños que están en monitoreo de crecimiento muestra una situación similar tanto en la población atendida por extensión de cobertura (75% de niños que “crecen bien”) como en la población atendida por los puestos y centros de salud (77% de niños que “crecen bien”); aunque hay que recordar el hecho de que la clasificación no es adecuada en la mayoría de casos (gráfica 19) lo que dificulta la confiabilidad de este dato.

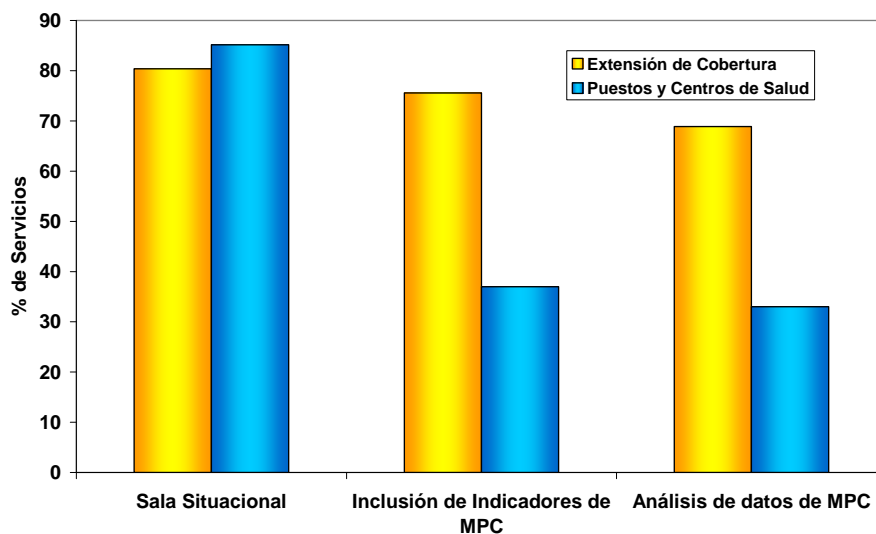
V. Etapa V: Registro y Consolidación de la Información

V.1. Porcentaje de servicios con sala situacional; Porcentaje de servicios que incluyen en su sala situacional datos de Monitoreo de Crecimiento y Porcentaje de servicios que reportan discusión y análisis de los datos de monitoreo de crecimiento

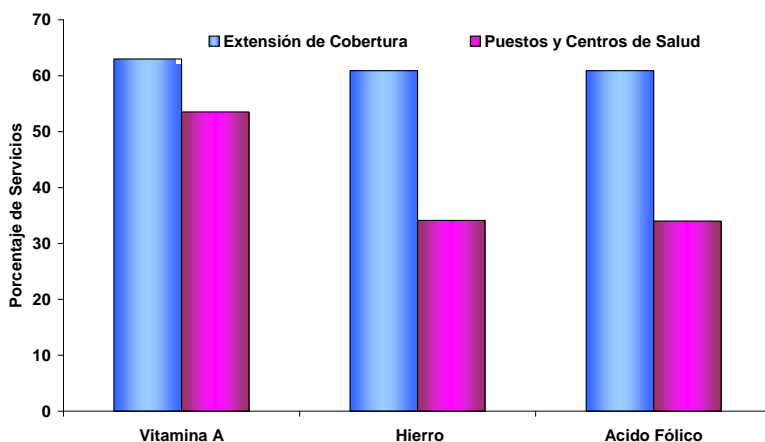
La sala situacional es una metodología para la discusión y análisis de la información con el objetivo de conocer la situación actual a través de los indicadores previamente establecidos y en base a éstos, tomar decisiones oportunas.

Como se observa en la gráfica 22, el diagnóstico evidenció que 80% o más servicios cuentan con una sala situacional física; sin embargo, los indicadores de monitoreo de crecimiento se incluyen en menor proporción, siendo evidente esta debilidad en los puestos y centros de salud, donde solamente 37% los incluyen y 33% los analizan, comparado con 75% y 69%, respectivamente en los centros de convergencia.

Gráfica 22. Sala Situacional en los Servicios de Salud, Inclusión y Análisis de Indicadores de Monitoreo de Crecimiento



Gráfica 23. Porcentaje de Servicios que Incluyen y Analizan datos de Micronutrientes en Sala Situacional



Se verificó también la inclusión de datos de micronutrientes (Vitamina A, Hierro y Acido Fólico) en la sala situacional. Estos datos se presentan en la gráfica 23, donde se puede observar que en extensión de cobertura, estos micronutrientes se incluyen y analizan en una proporción un poco menor que los datos de monitoreo de crecimiento (alrededor de 62%); por otro lado, en los puestos y centros de

salud, la vitamina A se presenta en mayor porcentaje que el monitoreo de crecimiento (en 54% de los casos comparado a 37% de monitoreo de crecimiento) y los otros micronutrientes (hierro y ácido fólico) se presentan aproximadamente con el mismo porcentaje (alrededor de 34%).

V.2 Flujo de Información de Servicios de Salud:

También se indagó sobre el flujo de la información sobre monitoreo de crecimiento hacia los niveles superiores. Se pudo constatar que existe diversidad en el registro y flujo de la información desde los centros de convergencia; el flujo de la información está más definido en los puestos y centros de salud (Ver anexo 3).

VI. Entrevistas a madres

Entrevistas a Madres:

Como se mencionó anteriormente, se realizaron 322 entrevistas a madres, a la salida de la consulta, para conocer su punto de vista. En esta sección se presentan aspectos relacionados a la consejería, así como la percepción de la madre en relación a la atención.

Rango de edad: La edad de los niños se obtuvo en 315 de las entrevistas. En la tabla 12 se presenta la distribución:

Tabla 12. Rangos de edad Niños en Entrevistas a la Madre

Rango de edad	# de niños	% válido
1 a 6 meses	124	39.37
7 a 12 meses	87	27.62
13 a 18 meses	68	21.59
19 a 24 meses	33	10.48
mayor de 24 meses	3	0.95
Total	315	100.00

Como puede observarse el 89% de los niños estaba comprendido debajo de los 18 meses de edad, un 10% entre los 19 y 24 meses y solamente 3 niños eran mayores de 24 meses.

VI. 1 Motivo de consulta: Se preguntó a la madre cuál fue el motivo por el cual trajo al niño al servicio de salud ese día. Los motivos de consulta se presentan en la tabla 13 (notar que una misma madre pudo responder dos razones como motivo de consulta). Solamente 24% menciona el control de crecimiento como un motivo de consulta.

Tabla 13. Motivo de Consulta

Motivo de consulta	%
Vacunas	39
Enfermedad	50
Control de crecimiento	24
Micronutrientes	1
Otros	2

Tabla 14. Información brindada a la madre en relación al peso del niño

Información del peso	%
Le pesaron al niño	86
Le dijeron cuánto peso su niño	92
Le dijeron como está creciendo	59

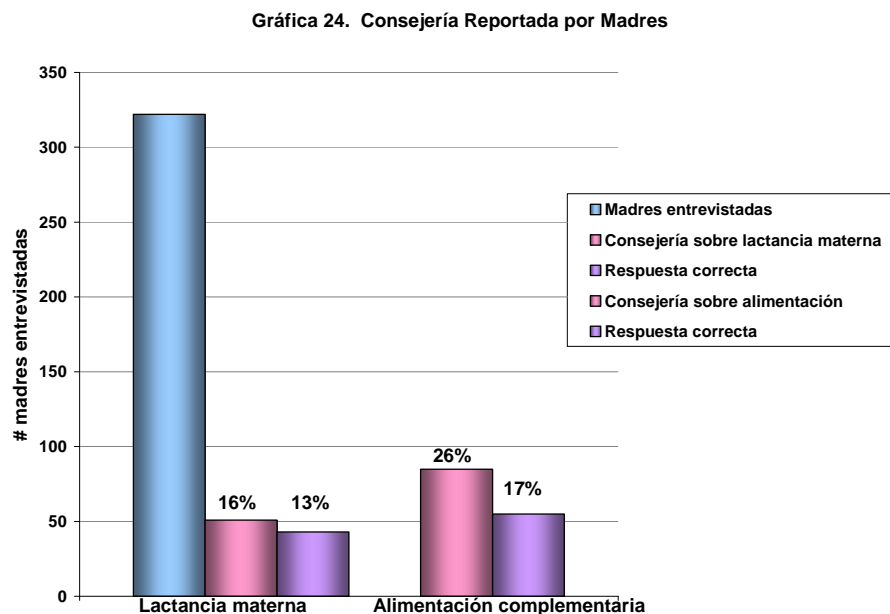
VI. 2 Información del peso: Sin embargo, a pesar de no ser el motivo de consulta, en la tabla 14 se muestra que las madres sí refirieron en un alto porcentaje (86%) que su niño fue pesado. También el 92% refirió que sí les

dijeron el peso de su niño. Esto se relaciona a los datos anteriores (gráficas 10 y 12) donde se muestra que “*leer el peso en voz alta*” es uno de los pasos con mejor cumplimiento en ambos tipos de servicios (86% en centros de convergencia y 70% en puestos y centros de salud). Sin embargo, solo el 59% refirió haber recibido una explicación del peso de su niño, lo que a su vez está relacionado al proceso de consejería que cómo ya se mencionó es débil.

VI. 3 Consejería sobre lactancia materna: Temas prioritarios dentro del proceso de monitoreo y promoción del crecimiento son: la consejería en lactancia materna

exclusiva durante los primeros 6 meses de edad, la alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses y lactancia materna continuada hasta los dos años.

Mientras que se observó que el 35% de los proveedores de salud, tanto en centros de convergencia como en puestos y centros (gráficas 15 y 17), daban recomendaciones sobre lactancia materna o alimentación complementaria, en las entrevistas realizadas a madres (gráfica 24) se encontró que solamente 16% reportan haber recibido consejería sobre lactancia materna, 26% reportan consejería sobre alimentación complementaria y solo 13% y 17%, respectivamente, pudieron mencionar correctamente los mensajes recibidos.



Asimismo, se estableció que solo 12 madres (3.7%) recibieron algún material de recordatorio para la familia (lo que corresponde también a lo observado, ya que no hay disponibilidad de recordatorios).

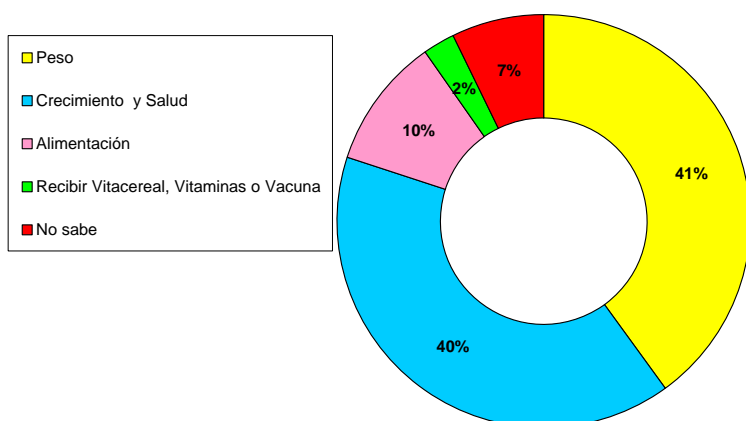
VI.4 Suplementación con Micronutrientes: También se les preguntó a las madres sobre la suplementación con micronutrientes. Se encontró que el 33% reportó haber recibido vitamina A, el 27% reportó haber recibido hierro y 24% ácido fólico. Aunque estos porcentajes son bajos, no se puede hacer ninguna conclusión porque no se obtuvo el dato de los casos en que no aplicaba la suplementación (no le tocaba entrega semestral en el caso de vitamina A, o trimestral en el caso de hierro y ácido fólico). Por otro lado, las indicaciones que dan los proveedores de salud sobre la forma en que deben ingerirse los micronutrientes, sí es comprendida por las madres, ya que el 80% pueden explicar correctamente la forma y frecuencia de administración.

VI.5 Percepción de la Madre sobre el Proceso de Monitoreo y Promoción de Crecimiento:

Razones de la Madre para pesar al niño:

La percepción de la madre sobre el proceso de monitoreo y promoción de crecimiento debe conocerse, ya que ella es “la actriz” principal dentro del proceso. Uno de los aspectos importantes es conocer la razón por la que la madre cree que hay que pesar a los niños y cuál es la motivación para asistir al monitoreo de crecimiento.

Gráfica 25. Razones de la Madre para Pesar al Niño



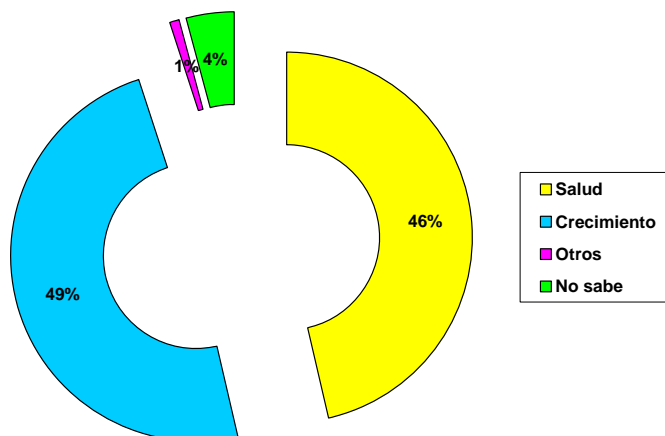
Como puede observarse en la gráfica 25, 41% de las madres mencionaron como motivación principal conocer el peso del niño, sin relacionarlo a nada más; otro 40% mencionó conocer el peso pero al mismo tiempo lo relacionó con el crecimiento y salud del niño. Diez por ciento mencionó como motivación el poder conocer sobre la alimentación adecuada para su niño y evitar que el niño se desnutra; un porcentaje

mínimo (2%) mencionó para poder recibir a cambio Vitacereal, vitaminas o vacunas y, por último, 7% mencionó que no sabía por qué lo llevaba a pesar.

Percepción de la madre por la que le dan vitaminas y minerales al niño en el servicio de salud:

La suplementación con vitaminas y minerales es una de las actividades de los servicios de salud que forman parte del proceso de promoción del crecimiento. La percepción de la madre sobre este servicio es importante ya que esto contribuye a que la madre cumpla con la suplementación con micronutrientes.

Gráfica 26. Razones para Dar Vitaminas



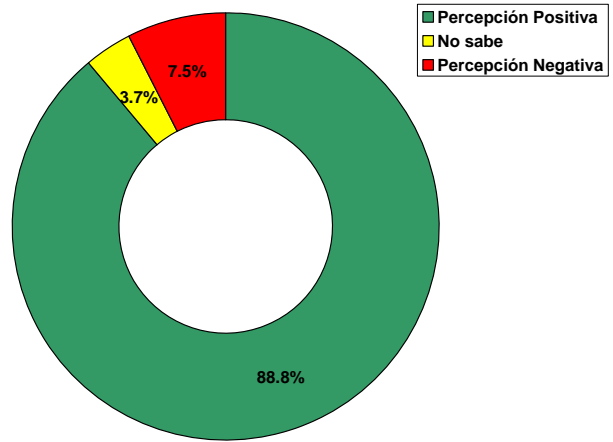
En la gráfica 26 se muestra que la mayor parte de las madres menciona que las razones principales para dar vitaminas y minerales es para la salud y el crecimiento (46% y 49% respectivamente).

Percepción de la atención en el servicio de salud:

Una parte importante de la motivación de la madre para acudir al servicio de salud es la percepción que ella tiene del servicio que se le presta, para lo cual se le preguntó específicamente a la madre si “le gustó cómo la atendieron en el servicio de salud”.

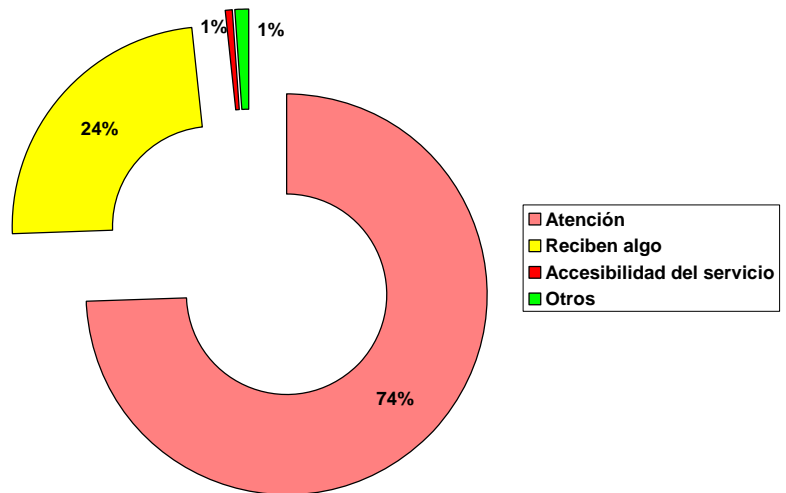
Gráfica 27. Percepción de la Atención

Ante esta pregunta, en la gráfica 27 se presentan los resultados:
 La mayoría (88.9%) tiene una percepción positiva sobre la atención; solamente 24 personas tuvieron una percepción negativa y 12 personas dijeron “no saber” sobre la atención que recibió.



En la gráfica 28 se muestra que el alto porcentaje de la percepción positiva está dada por el tipo de atención (74%) que se relaciona con la amabilidad, con el tiempo de atención, conocimientos del personal, examen clínico, consejería, etc. El 24% está relacionado con recibir medicinas, vitaminas y Vitacereal y el 2% se relaciona con otros aspectos (accesibilidad del servicio: “atienden sin carné o atienden aunque llegán de lejos”).

Gráfica 28. Razones de Percepción Positiva de la Atención

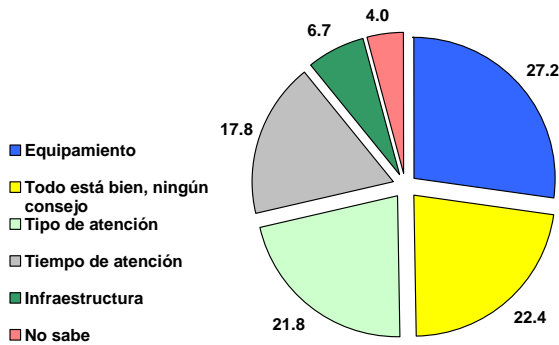


En lo que se refiere a percepción negativa, las razones mencionadas estuvieron relacionadas con la falta de medicinas y/o vacuna, la no explicación a la madre y no examen al niño, así como el factor tiempo, mencionándose los dos extremos: la tardanza en la atención y la atención muy rápida. El resto de percepción negativa es muy diversa (no la atendió el mismo médico, no le pusieron atención, la regañaron, etc.)

VI.6 Consejos que la madre daría al personal de salud para mejorar la atención:

Las respuestas a la pregunta sobre qué recomendaciones daría la madre para mejorar la atención fueron muy diversas, girando en torno al equipamiento, el tiempo de atención, la atención en sí misma y la infraestructura

Gráfica 29. Recomendaciones de la Madre para Servicios de Salud



Como se muestra en la gráfica 29, la mayor parte habló del equipamiento (27.2%), en donde se destacó la recomendación de que los servicios de salud contaran con más medicina y vitaminas (en 90%). Luego se mencionó el tipo de la atención (21.8%), donde predominó que haya médico y que haya más personal para atender (27.2% y 23.5%

respectivamente). En relación al tiempo de atención (17.8%), lo más mencionado fue la puntualidad y cumplimiento del horario así como que haya más días de atención y que no falten (30.3 y 33.3% respectivamente). Un porcentaje menor se refirió a la infraestructura (6.7%), mencionando más frecuentemente la necesidad de tener un centro de convergencia estable en la comunidad, o tener un puesto o centro de salud y la ampliación del local (44% y 28% respectivamente). Por último se debe mencionar que el 22% de las madres dijeron no dar ningún consejo porque les parecía que la atención estaba bien como se está prestando.

VIII. RESUMEN DE RESULTADOS

Con el fin de integrar los resultados en todos los procesos en el Cuadro 2 y la tabla 15 a continuación, se presenta un resumen de los hallazgos:

Cuadro 2. Limitantes en el Proceso de Monitoreo y Promoción del Crecimiento

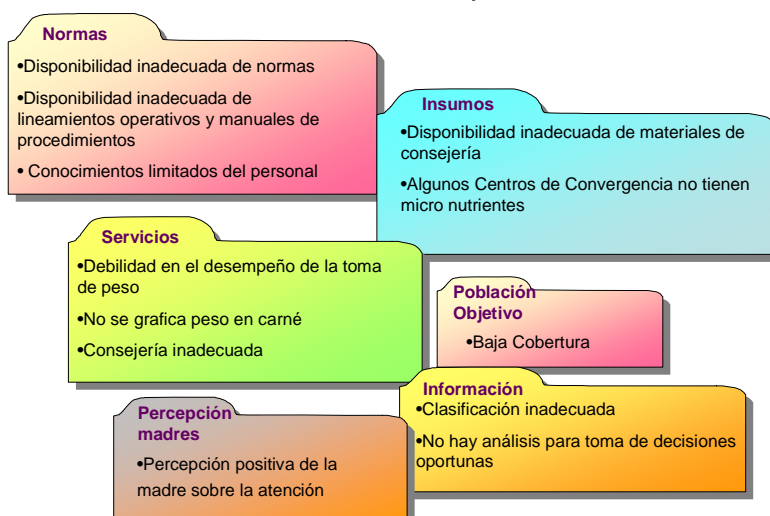


Tabla 15. Resumen de las fortalezas y debilidades identificadas en el Diagnóstico del Proceso de Monitoreo y Promoción de Crecimiento

Etapa	Fortalezas	Debilidades
Normas	Existen normas de monitoreo y promoción de crecimiento	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad inadecuada de normas: PEC solo 20% en normas Disponibilidad inadecuada de lineamientos operativos manuales de procedimientos: 35% en PEC y 39% P/C Conocimientos limitados del personal: promedio < de 60% en PEC y 60% en P/C
Insumos	Disponibilidad aceptable de insumos y equipo necesario para realizar MPC: abastecimiento de micronutrientes 82% en PEC y 92% en P/C; balanzas 95% en PEC y 93% en P/C	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad inadecuada de materiales de consejería: 38% en PEC y 35% en P/C Disponibilidad inadecuada de formularios de registro: 59% en PEC Y 68% en P/C
Provisión de servicios	Las madres tienen una buena percepción de la provisión del servicio en 89%	<ul style="list-style-type: none"> Debilidad en el desempeño de la toma de peso: 60% en PEC y 30% en P/C Uso inadecuado del carné Consejería inadecuada: 40% en PEC y 50% en P/C
Captación de la población	Arriba de 85% de servicios reportan acciones para captación de la población	<ul style="list-style-type: none"> Bajas coberturas: 44% en PEC y 13 % en P/C
Registro de la información	Existen los instrumentos para el registro oficial de SIGSA.	<ul style="list-style-type: none"> Clasificación inadecuada: 8% en PEC y 17% en P/C No hay análisis para toma a de decisiones oportunas: 69% en PEC y 33% en P/C

PEC: Programa de Extensión de Cobertura

P/C: Puestos y Centros de Salud

IX. DISCUSIÓN:

Como se mencionó anteriormente, el presente estudio, analiza en los servicios de extensión de cobertura, puestos y centros de salud, la situación del **Monitoreo y Promoción del Crecimiento**, como uno de los temas centrales de la atención nutricional que provee el Ministerio de Salud. El haber incluido los tres tipos de servicio proporciona una visión completa de la situación en el primero y segundo niveles de atención, lo cual hace una diferencia sustancial con otras evaluaciones realizadas, que únicamente están dirigidas al Programa de Extensión de Cobertura.

Con respecto a la representatividad de la muestra estudiada, considerando el tamaño de muestra y la selección aleatoria, permite hacer inferencia al resto de los servicios a nivel nacional. Esta característica permite al MSPAS, plantear un Plan General para fortalecer la estrategia en la Red de Servicios de Salud.

En relación al abordaje de la investigación, se consideró un enfoque sistémico, que evalúa aspectos de estructura de los servicios, procesos y resultados con respecto al Monitoreo y Promoción de Crecimiento en niños menores de dos años.

La vigilancia del crecimiento a través de la estrategia de monitoreo y promoción de crecimiento es un abordaje preventivo en la atención del niño, el cual favorece la integración de acciones que garantizan un crecimiento y desarrollo saludable. El éxito de la estrategia depende de la adecuada aplicación de sus normas, tomando en cuenta las cinco etapas mencionadas anteriormente (existencia y conocimiento de las normas, equipamiento y abastecimiento de insumos, provisión de servicios, captación de la población objetivo y registro y consolidación de la información). El presente estudio se orientó a identificar las debilidades de cada una de las etapas para poder fortalecer los aspectos que sean necesarios y así disminuir las brechas existentes.

Estructura de los Servicios

Con respecto a la disponibilidad de los materiales de apoyo para el cumplimiento de las normas, se evaluó la existencia de las mismas, de lineamientos operativos, de manuales de procedimientos y de materiales educativos de apoyo para la consejería. Se evidenció que en ninguno de los tres tipos de servicios (centros de convergencia, puestos y centros de salud) existe disponibilidad adecuada de los documentos de referencia, lo que puede ser una limitante para el desempeño de los proveedores de salud. Los centros de convergencia fueron los servicios con menor disponibilidad de materiales, que aparentemente se explica por la alta rotación de personal (quienes se llevan los mismos y estos no permanecen en los servicios para el personal nuevo).

Las hojas de recordatorio y las láminas de consejería (materiales diseñados específicamente para apoyar la consejería a nivel comunitario), estuvieron ausentes en la mayoría de los servicios. Considerando que son un instrumento de suma importancia para dirigir la consejería del proveedor en el servicio y las acciones que la madre debe implementar posteriormente en el hogar, deberá garantizarse el abastecimiento de los servicios con este tipo de material.

Un hallazgo importante es que aún en cantidades insuficientes, se encontró materiales diferentes en extensión de cobertura y en puestos y centros, tanto como normativa y como material de apoyo para capacitación y consejería. Con la

comprensión que cada tipo de servicios puede requerir materiales diferentes por su personal o audiencia, es recomendable estandarizar algunos documentos, especialmente las normas de atención como documento de referencia, aunque los servicios desarrollen manuales específicos para operativizarlos.

La parte educativa debe ser un punto fuerte de la estrategia. Se deben identificar los mecanismos que permitan la distribución adecuada del material de apoyo y que éste permanezca en los servicios; por ejemplo, se podría hacer una nueva reproducción y distribución del material, con hoja de responsabilidad por servicio.

La baja disponibilidad de los instrumentos de registro (“SIGSAS”) fue mayor en los centros de convergencia, lo cual es debido a que el sistema de información del Programa de Extensión de Cobertura está automatizado y ha substituido a los instrumentos físicos. Si bien, esta situación permite el análisis de datos a nivel central de manera muy exacta y completa, la ausencia de instrumentos como el Cuaderno del Vigilante o un equivalente, impide que el personal local pueda fácilmente ver el historial de crecimiento de su población objetivo (o de un niño en particular) y tomar las decisiones oportunamente. Otra limitante, es el tiempo que toma el traslado de los listados de niños hacia la ONG para el ingreso de los datos al sistema de información, lo que puede significar que los vigilantes no cuentan ni con este instrumento en un período de tiempo; y por lo tanto, algunos pesos pueden perderse.

En los puestos y centros de salud (donde el sistema de información no es automatizado), se verificó la disponibilidad de formularios del SIGSA, incluyendo el Cuaderno del Niño(a). En la siguiente sección correspondiente a procesos, se discutirá con detalle el uso de los mismos.

La situación de abastecimiento de micronutrientes es más satisfactoria en los dos tipos de servicios. El mayor abastecimiento en los servicios institucionales puede deberse al trabajo intenso que el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PROSAN), en coordinación con la Unidad de Logística del MSPAS y el apoyo de USAID/Calidad en Salud, realizó desde el año 2006 en relación al sistema de logística de micronutrientes a través de las nutricionistas y representantes de nutrición de las áreas.

En relación a equipo antropométrico, durante el año 2006 se compraron y distribuyeron balanzas tipo reloj, tallímetros y cintas braquiales a los centros y puestos de salud y centros de convergencia, con fondos del MSPAS y el apoyo de la Cooperación Internacional (USAID, UNICEF). En cuanto a balanzas, la disparidad encontrada en la disponibilidad de balanzas en los servicios de salud, especialmente en los centros de convergencia, se explica porque este equipo fue asignado por el número de vigilantes de salud y no por servicio.

Procesos / servicios

Los conocimientos de los proveedores de salud en relación a las normas, distan aún mucho de la situación ideal; el rendimiento promedio en una prueba de conocimiento sobre las normas de Monitoreo y Promoción del Crecimiento, fue alrededor de 60%. Los mejores puntajes los obtuvieron por las enfermeras y las educadoras comunitarias, lo cual puede reflejar la capacitación en normas realizadas en el año 2006 dirigidas a personal del segundo nivel y la capacitación de inducción a la

educadora comunitaria que recientemente se ha incorporado en extensión de cobertura.

Otro aspecto que necesita atención especial es que no existe diferencia substancial entre los conocimientos del personal profesional y el personal comunitario en aspectos de monitoreo de crecimiento. Aunque los médicos y enfermeras profesionales no realicen el monitoreo, es una norma básica que debe ser del dominio de todo el personal; lo mismo sucede en el caso de los médicos y enfermeras ambulatorias, lo cual indica la necesidad de reforzamiento también en este nivel. Entre el personal comunitario, los vigilantes de salud presentan la mayor debilidad en los conocimientos (promedio por debajo de 60 puntos). Considerando que ellos son los designados para desarrollar las acciones directas de monitoreo y promoción de crecimiento a nivel comunitario (peso del niño y consejería), se esperaría que la brecha de conocimiento de las normas fuera menor. La alta rotación del personal del equipo básico de salud, especialmente de este personal voluntario, es otro factor que está influyendo en estos resultados.

Se evaluó también el desempeño de los proveedores de salud en la toma del peso del niño. Los pasos iniciales (verificar correcta colocación y funcionamiento de la balanza, tarar la prenda utilizada para colocar al niño y verificar que el niño tenga el mínimo de ropa posible), que son los que están más relacionados con la calidad del dato, son los pasos que tienen el porcentaje más bajo de cumplimiento; lo cual introduce una limitante importante para la determinación correcta del peso. El proceso no está estandarizado, lo cual se constituye en una limitante. Esta estandarización es importante, por ejemplo, en los centros de convergencia, donde el nivel de escolaridad de la mayoría del personal (vigilantes, facilitadores comunitarios, educadoras) es menor y existe mayor rotación del personal. La forma correcta de tomar el peso está también relacionada al registro del peso en los instrumentos correspondientes.

Otro aspecto detectado es la clasificación incorrecta del crecimiento de los niños (“crece bien” o “no crece bien”), en todos los servicios. Existe una gran brecha en la clasificación correcta, la cual está relacionada a todos los pasos mencionados. Esta falla en la clasificación conlleva a otros problemas en la atención, ya que no se puede esperar una consejería adecuada si la clasificación del niño no es correcta. Se deberá tomar en cuenta en el plan de fortalecimiento que debido al bajo nivel educativo del personal en los centros de convergencia, hay que buscar nuevas formas de capacitación, complementados con cursos básicos de matemáticas que incluyan conceptos básicos para el manejo de números.

La capacitación no ha sido sistemática: la última capacitación formal para este personal fue en el 2005. En el 2006 se reforzaron los temas por módulo, pero este personal no ha recibido una capacitación completa y adecuada. Es importante por lo tanto, encontrar la forma para mantener un programa de capacitación permanente con calidad. Todo personal de nuevo ingreso debería tener inducción y capacitación. Se debe pensar también en formas alternativas de capacitación, como por ejemplo, capacitación a distancia, con materiales interactivos.

La consejería es la parte medular del proceso de promoción del crecimiento para apoyar a la madre en el cuidado adecuado del niño en el hogar. Es fundamental

porque es el momento en que el proveedor de salud, al analizar el peso del niño(a), puede detectar tempranamente si existen problemas que estén causando un deterioro del crecimiento del niño(a) y contribuir a modificar las prácticas en el hogar; o, puede igualmente, ser una oportunidad para reforzar las prácticas adecuadas y estimular a la madre y a la familia a continuar y mejorar dichas prácticas.

En esta investigación, la debilidad en la consejería fue evidente. En los centros de convergencia todos los pasos evaluados de la consejería muestran debilidad, con la excepción de la revisión del carné para la administración de micronutrientes o vacunas y referencia correspondiente. Los pasos que tienen menos cumplimiento guardan relación con la información anterior que evidenciaba la falta de insumos de apoyo para realizar la consejería (láminas de consejería y hoja de recordatorio para la familia).

En los puestos y centros de salud se evidencia un leve mejor cumplimiento de la consejería aunque no tienen elementos de apoyo, pero el personal realiza más preguntas sobre la alimentación y establece un compromiso con la madre y parece que da mejor seguimiento a los casos. Esto refleja el reforzamiento constante que se ha dado en la consejería al personal de los puestos y centros de salud a través del Programa de Educación y Comunicación en Salud del MSPAS (PROEDUSA).

El fortalecimiento de la consejería representa un reto debido a que es el vínculo directo entre el servicio de salud y la familia para poder obtener impacto de las acciones del proceso de monitoreo de crecimiento.

Adicionalmente a la información evaluada en cada una de las etapas descritas que conforman el monitoreo y promoción del crecimiento, se observó la dinámica de atención que existe en los distintos servicios de salud para realizar el monitoreo y promoción de crecimiento; encontrando, que existen distintos modelos de atención, lo cual es más evidente en los centros de convergencia. No existe estandarización en la prestación del servicio, lo cual sería importante lograr sobre todo en cuanto a atribuciones del personal, para controlar de mejor forma y comprender la dinámica alrededor de la estrategia que pueda hacerla más efectiva.

El registro del peso en los instrumentos del SIGSA y en el carné es importante porque sirve de referencia para el personal de salud y para la madre. Es una herramienta para la consejería, sobre todo considerando que un alto porcentaje de las madres (78%) tenían el carné. Sin embargo, se detectó que solamente 27% de los carnés tenían graficado el peso.

Relacionado con el uso de la información se pueden mencionar la incorporación (o no) de los datos de monitoreo en la sala situacional. La diferencia en la inclusión de datos de monitoreo de crecimiento y coberturas con micronutrientes es muy distinta en los dos tipos de servicios, siendo menor en los puestos y centros de salud, ignorando la causa. Este es un aspecto que debe mejorarse, porque el análisis en una sala situacional es fundamental para poder tomar decisiones pertinentes y oportunas para mejorar la prestación de los servicios de salud y por ende, en este caso, la nutrición de la población atendida.

En cuanto a las coberturas de monitoreo en este estudio (con base en la revisión de los SIGSAS y otros instrumentos locales), indican que de los niños elegibles para el monitoreo por su edad, 46% fueron pesados en el último mes. De estos el 67% son pesados dos veces en meses consecutivos por lo que pueden ser clasificados “en monitoreo”. Al desagregar los datos por tipo de servicio, existe un 54% y 37% de niños en extensión de cobertura y puestos y centros de salud, respectivamente, que fueron pesados en el último mes. Cuando se analizó por dos pesos consecutivos, los porcentajes fueron de 44 y 13% para extensión de cobertura y puestos y centros de salud, respectivamente. En ambos tipos de servicios el porcentaje de niños que “crecen bien” fue similar (76%).

Percepción de la atención por Madres de Familia:

Se debe notar que en las entrevistas a madres, el 80% pudo explicar correctamente la forma y la frecuencia de administración de los mismos, lo que es muy estimulante, porque esto podría contribuir al cumplimiento adecuado de la suplementación por parte de las madres a nivel del hogar.

Se debe notar que el motivo de consulta de la madres para acudir al servicio de salud fue solamente en 24% por control de crecimiento, lo que puede denotar la falta de sensibilización y concientización de la importancia del monitoreo de crecimiento por parte de las madres. Sin embargo, de las madres que asisten a los servicios 86% reportaron que sí son pesados en el servicio y 92% indicaron que reciben información de su peso. Estos valores parecen adecuados en términos de porcentaje, pero al comparar con las coberturas de atención, el número de niños representa únicamente la tercera parte de los niños que deberían ser monitoreados en los puestos y centros de salud y la mitad en extensión de cobertura.

Cuando se interrogó específicamente por el tipo de información que reciben del personal de salud, el porcentaje fue menor que el indicado anteriormente sobre el peso del niño. La consejería sobre lactancia materna y alimentación complementaria según las observaciones del personal que realizó la investigación fue de 35%; sin embargo las madres reportaron solamente 16% para lactancia materna y 26% reportan consejería sobre alimentación complementaria. Esta diferencia entre lo observado y lo reportado indica que las madres no comprenden o no perciben con claridad los mensajes que reciben de los proveedores.

Promoción de los Servicios de Salud:

El porcentaje **reportado** en cuanto a promoción es alto en ambos tipos de servicios (arriba del 85%); siendo mayor en extensión de cobertura, lo cual es lo esperado por ser un servicio prestado por oferta (además de que las ONG deben cumplir con ciertas metas de cobertura en los indicadores de supervisión y evaluación para poder continuar prestando sus servicios como prestadoras del MSPAS). Entre las acciones reportadas por los servicios de extensión de cobertura destacan las visitas domiciliarias. En el caso de los puestos y centros de salud, se reporta mayormente (como acciones para mejorar el acceso), la consejería durante otras consultas por enfermedad o vacunación, las charlas durante las preconsultas, y también la consejería a la mujer embarazada durante las consultas por control prenatal. Como se mencionó anteriormente, estas acciones están dirigidas a la población que ya acude al servicio de salud (son servicios por demanda), aunque también se mencionó la promoción a través de radios locales.

Como se evidencia, el monitoreo de crecimiento es un proceso integral. Se debe destacar que el Monitoreo de Crecimiento no debe ser considerado solamente como vigilancia o ser utilizado para determinar el nivel de desnutrición. Cuando la información generada por el proceso de monitoreo de crecimiento no es usada para la orientación de la madre y/o la familia, y para la promoción de una intervención, entonces no es monitoreo de crecimiento.

Todas las etapas evaluadas del proceso, presentan brechas (ver anexo ; brechas que deben reducirse y solventarse para brindar calidad de atención a los niños y niñas. Sin embargo, también es evidente que los resultados obtenidos en el estudio, orientan a la necesidad imperante de reforzar el desempeño en la toma de peso de los proveedores de salud para obtener datos confiables y útiles, realizar análisis local inmediato, y brindar consejería hecha a la medida del niño o niña. Debe desarrollarse las competencias de los proveedores de salud para brindar consejería adecuada, consejería que debe contar con mensajes específicos para cada situación, que además incluya la decisión negociada con la madre y/o la familia, y que se logre el seguimiento de cada caso particular. Estos son considerados los mayores retos a abordar en el corto plazo, sin olvidar el contexto en el que se da y los demás elementos que deben considerarse y mejorarse a mediano y largo plazo.

X. CONCLUSIONES:

Con base en los hallazgos presentados y discutidos en las secciones previas se plantean las siguientes conclusiones:

1. Los servicios, tanto de extensión de cobertura como puestos y centros de salud están parcialmente abastecidos de documentos de “Normas de Atención” o lineamientos técnicos, lo que no permite la unificación de criterios en la atención a los usuarios ni en el cumplimiento de la calidad de la atención de acuerdo a los estándares esperados.
2. Los servicios no cuentan con materiales suficientes para apoyar los procesos de educación y consejería a los usuarios de los servicios.
3. El material disponible difiere sustancialmente entre el tipo de servicios; en algunos casos el material es muy completo y elaborado, mientras que en otros es muy escueto y de inferior calidad, lo que contribuye a dar diferentes mensajes y a tener diferente grado de efectividad en capacitaciones u otros procesos educativos.
4. Los servicios están abastecidos con insumos y el equipo necesario para realizar el Monitoreo del Crecimiento, en la forma establecida en las normas de atención basada en ganancia de peso; así como para proveer los servicios relacionados a la Promoción del Crecimiento, como la vacunación o suplementación con micronutrientes.
5. La incorporación de la talla, para monitorear el crecimiento requerirá de insumos, equipo y capacitación adicionales.
6. Los procedimientos relacionados con el Monitoreo y Promoción del Crecimiento, particularmente la toma de peso y la clasificación del crecimiento, se realizan con deficiente calidad, lo cual está relacionado con la falta de conocimientos del personal sobre normas de atención.
7. La consejería que proveen los trabajadores de salud a los usuarios, no llena los criterios metodológicos recomendados, lo cual se refleja en la percepción de las madres sobre los mensajes transmitidos.
8. El Sistema de Información de extensión de cobertura tiene un mayor grado de desarrollo que en los centros y puestos, por lo que deberá promoverse su incorporación a este tipo de servicios.
9. Deberán implementarse nuevamente instrumentos de registro locales en los centros de convergencia para que el personal pueda hacer un análisis y toma de decisiones en el momento de proveer la atención.
10. Las coberturas observadas de Monitoreo y Promoción del Crecimiento, son inferiores a las metas programadas en los diferentes tipos de servicios, lo cual no es consistente con el alto porcentaje de servicios que reportaron contar con estrategias para mejorar la demanda de servicios.

XI.PLAN DE FORTALECIMIENTO:

De acuerdo a la información presentada se recomienda elaborar un plan de Fortalecimiento de los Servicios de Salud para mejorar el desempeño de los servicios en la implementación de la estrategia, el cual deberá incluir los siguientes aspectos:

Proceso	Línea de apoyo específico
Normatización	Reproducción y difusión de documentos técnicos.
	Normativa para inclusión de talla (si aplica)
Abastecimiento con Insumos y equipo	Tallímetros
	Materiales educativos
	Instrumentos de Registro
Captación de población objetivo	Plan de Comunicación para promoción de los servicios y sensibilización de la población
	Normas de Atención
	Antropometría
	Consejería
Supervisión y monitoreo	Apoyo a implementación de procesos
	Calidad de la atención
	Coberturas
Sistema de Información	Registro y análisis local
	Sala situacional

El Proyecto USAID|Calidad en Salud, apoyará la elaboración e implementación de un Plan de Fortalecimiento de la Estrategia, en el cual se espera la participación de las siguientes instancias del MSPAS:

- Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PROSAN)
- Coordinación de Areas de Salud
- Coordinación del Programa de Extensión de Cobertura
- Programa de Salud y Nutrición Materno Infantil (Componente de Nutrición)
- Programa de Educación y Promoción de la Salud (PROEDUSA)
- Proyecto PNUD GUA/O5/027 *“Apoyo para la administración de la donación de USAID para la provisión de servicios básicos de salud por PSS y ASS”*

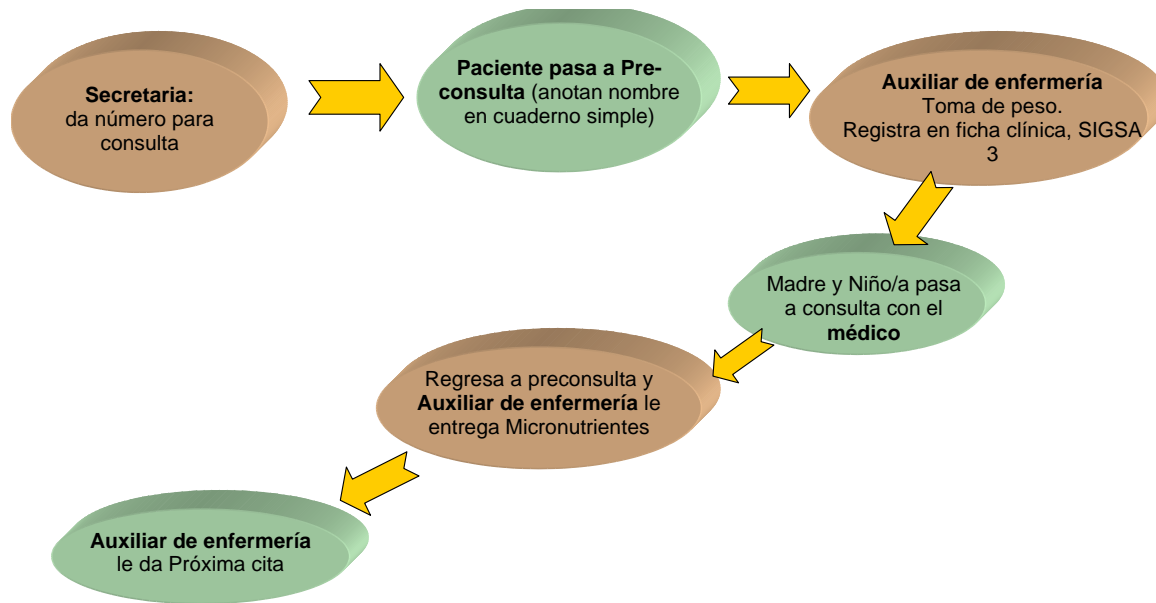
Nota: Ver Plan de Fortalecimiento en documento adjunto.

XII. ANEXOS

Anexo 1. Áreas de Salud con sus Respectivos Centros de Salud Seleccionados al Azar para el Diagnóstico de MPC

REGION	AREA DE SALUD	CENTRO DE SALUD
METROPOLITANA	Nororiental	San Julián Nueva Chinautla
	Occidental	Mixco
		San Juan Sacatepéquez
NORTE	Alta Verapaz	Chisec
		Cahabón
	Baja Verapaz	Cubulco
		Salamá
NOR ORIENTE	El Progreso	Sansare
		Sanarate
	Izabal	Frontera Río Dulce
		Los Amates
SUR ORIENTE	Jalapa	Jalapa
		S.C. Alzatate
	Santa Rosa	Pueblo Nuevo Viñas
		Nueva Santa Rosa
CENTRAL	Chimaltenango	Tecpán
	Escuintla	La Gomera
		Managua
SUR OCCIDENTE	Quetzaltenango	Quetzaltenango
		Coatepeque
	San Marcos	Comitancillo
		Malacatán
	Suchitepéquez	Santo Domingo Suchitepéquez
		Patulul
NOR OCCIDENTE	Huehuetenango	Barillas
		Cuilo A
	El Quiché	Santa Cruz
		Chichicastenango

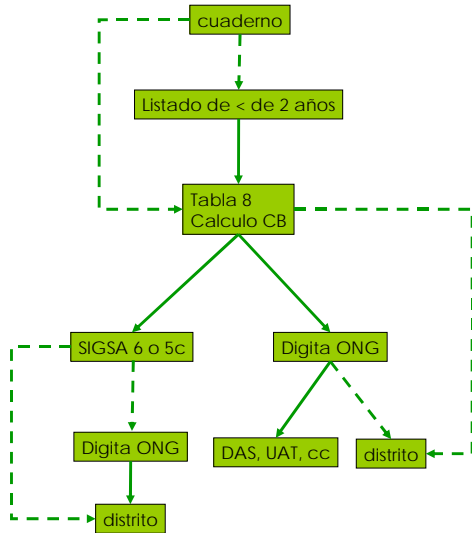
Modelo de Dinámica de Atención de los Centros de Salud



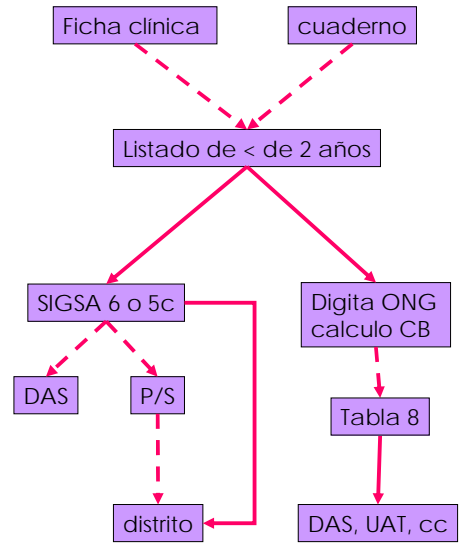
Anexo 3. Modelos de Flujo de la Información de Centros de Convergencia

Modelo 1 de Flujo de Información.

Centros de Convergencia

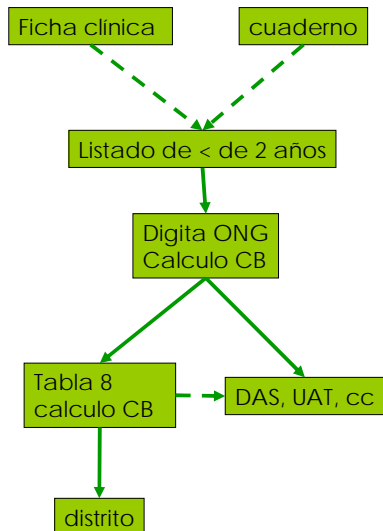


Modelo 2 de Flujo de Información.
Centros de Convergencia

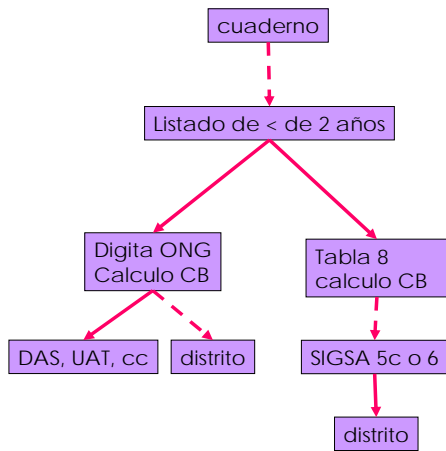


Modelo 3 de Flujo de Información.

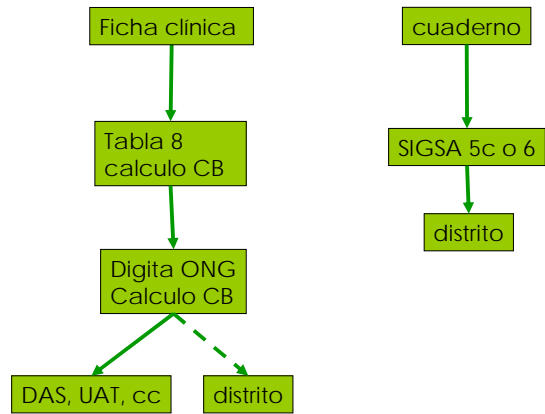
Centros de Convergencia



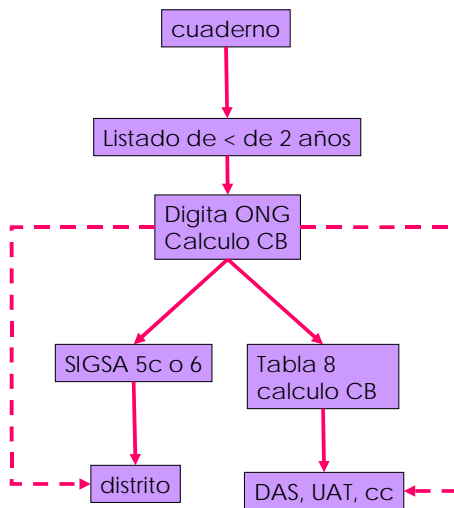
Modelo 4 de Flujo de Información.
Centros de Convergencia



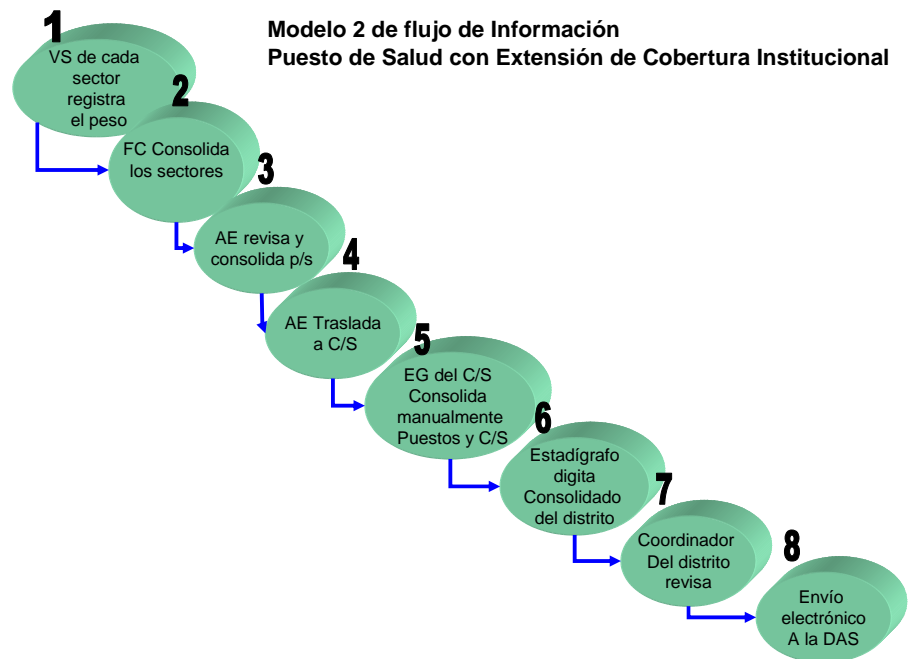
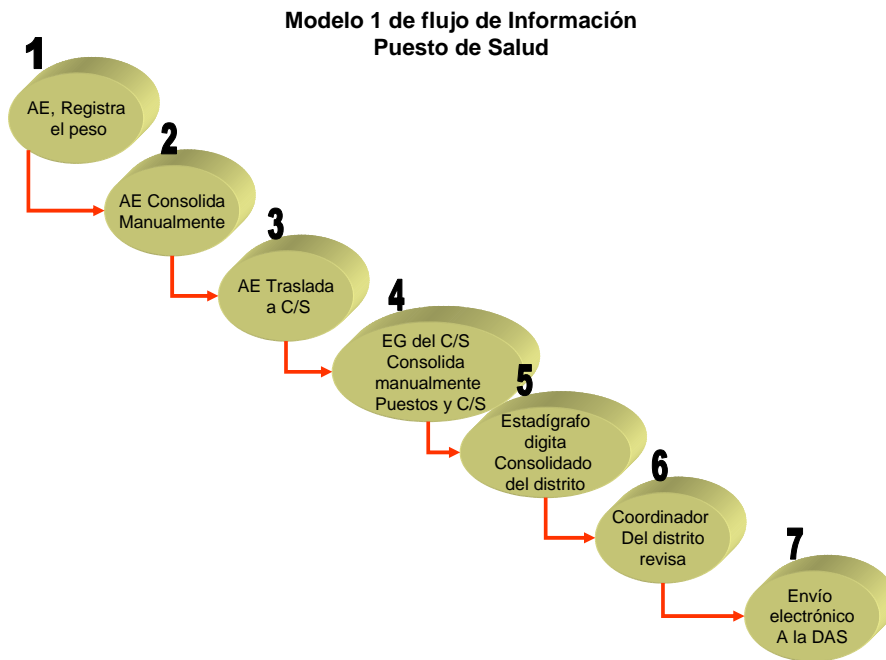
Modelo 5 de Flujo de Información.
Centros de Convergencia



Modelo 6 de Flujo de Información.
Centros de Convergencia



Modelo de Flujo de la Información de Puestos de Salud



Modelo de Flujo de la Información de Centros de Salud

