

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y FARMACIA**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure of a woman holding a book, surrounded by various heraldic symbols including a crown, a castle, and a lion. The Latin motto "SICUT ERAT OBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTUM MATEMATICIS INTER" is inscribed around the perimeter of the seal.

**“ANÁLISIS DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN
DE LA ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA
REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA –
ENRDC-”**

Trabajo de Graduación

Presentado por

OFELIA BEATRIZ ARRIAZA GUDIEL

**Para optar al título de
MAESTRIA EN NUTRICION Y ALIMENTACION -MANA-**

Guatemala, Noviembre de 2009

Dedicatoria

A la Santísima Trinidad, Dios Padre, Dios Hijo y Dios Espíritu Santo por brindarme sabiduría, perseverancia y todo lo que tengo y lo que soy.

A la Virgen María, San Judas Tadeo, San Antonio, San José, San Juan Bosco y todos los Santos, Arcángeles y Ángeles del cielo a quienes imploro en mis oraciones.

Dedicatoria

Con el más profundo amor a mi hijo Alfonso Ernesto Arriaza Gudiel y a mi madre Fluvia Yolanda Gudiel Grijalva de Arriaza por la comprensión, el apoyo, amor y cuidados incondicionales.

En eterna memoria a mi padre Reynaldo Alfonso Arriaza Escobar, a mi hermano Reynaldo Antonio Arriaza Gudiel y a mi sobrino José Estuardo Arriaza Ruiz así como a todos mis seres queridos que han partido a la presencia del Señor y que desde el cielo me bendicen y me acompañan en el corazón.

A todos mis tíos, primos, parientes, amigos y amigas que siempre están allí apoyándome y brindándome su cariño.

Con respeto a mi amada patria Guatemala, esperando un futuro prometedor para todos los y las guatemaltecas.

Con honra a mi casa de estudios, la gloriosa e insigne Universidad de San Carlos de Guatemala, en especial a la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia y a la Escuela de Posgrado.

Con agradecimiento a la coordinadora de maestría Licda. Clara Aurora García, asesor de tesis Dr. Edmundo Álvarez, revisora de tesis Licda. Nicté Ramírez, catedráticos, invitados especiales, compañeras de estudios, amigos y amigas que de una u otra forma tuvieron que ver con reforzar mis conocimientos.

**JUNTA DIRECTIVA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA**

Oscar Manuel Cobar Pinto, Ph. D.	DECANO
Lic. Pablo Ernesto Oliva Soto, M.A.	SECRETARIO
Licda. Lillian Raquel Irving Antillón.	VOCAL I
Licda. Liliana Vides de Urizar	VOCAL II
Lic. Luis Antonio Gálvez Sanchinelli	VOCAL III
Br. María Estuardo Guerra Valle	VOCAL IV
Br. Berta Alejandra Morales Mérida	VOCAL V

**CONSEJO ACADÉMICO
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

Oscar Manuel Cobar Pinto, PH. D.
Licda. Anne Marie Liere de Godoy, M.Sc.
Dr. Jorge Luis De León Arana
Dr. Jorge Erwin López Gutierrez
Lic. Félix Ricardo Véliz Fuentes, M.Sc.

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO	7
I. INTRODUCCIÓN	11
II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	14
III. JUSTIFICACIÓN.....	15
IV. MARCO TEÓRICO	16
A. SISTEMATIZACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD, ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DE COMBATE A LA DESNUTRICIÓN Y POBREZA EN OTROS PAÍSES.....	16
A.1. <i>Programa de Educación, Salud y Alimentación –PROGRESA- de México.....</i>	17
A.2. <i>Estrategia Nacional CRECER de Perú</i>	21
B. LA ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA –ENRDC- EN GUATEMALA	23
B.1. <i>Marco Político para definir y ejecutar la ENRDC.....</i>	23
B.2. <i>Descripción de la ENRDC.....</i>	27
V. OBJETIVOS	35
A. GENERAL.....	35
B. ESPECÍFICOS.....	35
VI. AREAS A INVESTIGAR	36
A. TIPO DE ESTUDIO	36
B. POBLACIÓN OBJETIVO	36
C. DEFINICIÓN DE VARIABLES	36
C.1. <i>Por componente.....</i>	36
C.2. <i>Variables para evaluar la percepción del servicio</i>	39
C.3. <i>Variables para conocer el Estado Nutricional de los niños y las niñas incluidos en el estudio</i>	40
VII. METODOLOGÍA.....	41
A. DISEÑO DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	41
B. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y TÉCNICAS UTILIZADAS	42
C. PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN.....	45
C.1. <i>Información Cualitativa</i>	45
C.2. <i>Información Antropométrica.....</i>	46
D. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE INFORMACIÓN GENERADA.....	47
E. MATERIALES Y OTRO EQUIPO UTILIZADO	48
VIII. RESULTADOS	49
A. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN SELECCIONADA.....	49
B. IMPLEMENTACIÓN DE LOS TRES COMPONENTES DIRECTOS DE LA ENRDC.....	52
B.1. <i>Componente de Servicios Básicos de Salud.....</i>	52
B.2. <i>Componente de Educación Alimentaria Nutricional y Lactancia Materna.....</i>	74
B.3. <i>Componente de Alimentación Complementaria</i>	83
C. PERCEPCIÓN DEL SERVICIO QUE SE PRESTA EN EL DESARROLLO DE LOS TRES COMPONENTES DIRECTOS DE LA ENRDC.....	89
C.1. <i>Grupos Focales de Madres.....</i>	89

C.2. <i>Educadoras en Salud y Nutrición de las ONG´s Prestadoras de Servicio de Salud</i>	92
C.3. <i>Directores(as) o Coordinadores(as) de las ONG´s Prestadoras de Servicio de Salud</i>	95
D. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE ALGUNOS SERVICIOS DE SALUD OBSERVADOS ENTRE ONG´S	99
E. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	102
E.1. <i>Desnutrición Aguda</i>	102
E.2. <i>Desnutrición Global</i>	103
E.3. <i>Desnutrición Crónica o Retardo en Talla</i>	104
F. FORTALEZAS Y DEBILIDADES IDENTIFICADAS POR COMPONENTE Y PROPUESTA DE FORTALECIMIENTO	106
IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	117
A. DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS TRES COMPONENTES DIRECTOS	117
A.1. <i>Servicios Básicos De Salud</i>	117
A.2. <i>Educación Alimentaria Nutricional y Lactancia Materna</i>	120
A.3. <i>Alimentación Complementaria</i>	122
B. DE LA PERCEPCIÓN DEL SERVICIO EN EL DESARROLLO DE LOS TRES COMPONENTES DIRECTOS DE LA ENRDC	123
C. DE LAS SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE ALGUNOS SERVICIOS DE SALUD OBSERVADOS ENTRE ONG´S	125
D. DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	126
X. CONCLUSIONES	127
XI. RECOMENDACIONES.....	130
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
XIII. ANEXOS.....	135

RESUMEN EJECUTIVO

La Estrategia Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica –ENRDC-, inicia en el 2006 como el Programa para la Reducción de la Desnutrición Crónica –PRDC- y cambia de nombre en 2007 con el objetivo de dar cabida a diferentes programas de gobierno encaminados al combate de la desnutrición crónica; se define como una estrategia integral que incluye tres componentes directos los cuales son Servicios Básicos de Salud, Educación Alimentaria Nutricional y Lactancia Materna, y, Alimentación Complementaria ejecutados a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-, con la coordinación de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional –SESAN- y el apoyo de agencias internacionales del Sistema de Naciones Unidas –SNU- dentro de las cuales figura el Programa Mundial de Alimentos –PMA-, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF- y la Organización Panamericana de la Salud –OPS-; además cuenta con tres componentes de viabilidad y sostenibilidad como son Mejoramiento de la Economía Familiar, Saneamiento Básico y Organización Comunitaria a ser ejecutados por el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación –MAGA-, el Instituto de Fomento Municipal –INFOM-, las Municipalidades y los Consejos de Desarrollo. Se inicia la implementación del PRDC (que en 2008 se transforma en ENRDC) a través del Programa de Extensión de Cobertura del MSPAS en marzo de 2006 por medio de las Organizaciones no Gubernamentales –ONG´s- prestadoras de servicio con los tres componentes directos.

Este estudio tiene el propósito de analizar la implementación de los tres componentes directos, para lo cual se seleccionaron al azar nueve ONG´s que corresponde al 14% de las ONG´s prestadoras de servicios de salud que en el año 2008 ejecutaban la ENRDC en los tres componentes directos, procediendo en el mes de octubre de 2008, a levantar información actualizada y oportuna la cual es analizada y discutida en este trabajo de investigación.

La población objetivo estuvo constituida por las madres y los niños y niñas menores de tres años que el día de la visita, llegaron a los diferentes centros de convergencia en la comunidad atendida por cada una de las ONG´s seleccionadas y que consintieron participar en una entrevista, obteniendo la participación de 125 madres, de las cuales se presenta información sobre 117, después de la limpieza de datos posterior a la entrevista.

También se formaron nueve grupos focales de madres, uno en cada centro de convergencia, nombre que se le da al lugar donde las prestadoras de servicios de salud atienden a las comunidades, y se entrevistó a la educadora en salud y nutrición que forma parte del equipo de salud y en la sede de la ONG, se entrevistó al director(a) o coordinador(a) de la organización.

Los principales hallazgos encontrados con relación al primer componente de Servicios Básicos de Salud en los niños y niñas, son: que el programa de inmunizaciones tiene cobertura casi total como lo demuestra el 97% de los niños y niñas que están vacunados y que tienen esquema de vacunación completo según su edad, lo que es confirmado en el proceso de implementación cuando se observó que a todos los niños y niñas que era necesario inmunizar, se les vacunó. En cuanto a la actividad de control de crecimiento, aunque se realiza periódicamente y se toma el peso del niño, en el proceso se observan deficiencias como la toma del peso con toda la ropa que el niño trae puesta y que las balanzas no son calibradas; además en el 43% de los casos, el peso no es graficado, ni se establece la situación nutricional del niño o la niña y por lo tanto la madre no recibe orientación sobre la evolución nutricional de su hijo o hija. En la atención de diarrea aguda e infecciones respiratorias agudas (IRAS) se encontró una alta incidencia de ambas enfermedades, 36% y 33% respectivamente dentro de las cuales el 46% de los niños que padecieron diarrea y 53% para los niños que padecieron IRAS no recibieron atención médica, aunque se nota un elevado porcentaje de madres que proporcionan líquidos a sus hijos e hijas, especialmente Sales de Rehidratación Oral –SRO- cuando el niño padece diarrea, y, para el tratamiento de IRAS las madres realizan métodos como “calentado de pulmones” y otras prácticas que no son adecuadas aunque se puede observar que los niños y niñas que llegan al centro de convergencia reciben atención médica y tratamiento aunque con limitación en cuanto al tipo de medicamentos que se le proporcionan a los niños o las niñas enfermos. La desparasitación prácticamente no se está ejecutando, pudiendo ser una de las causas principalmente la falta del medicamento. En el caso de la actividad de suplementación con micronutrientes, aunque se logra administrar tanto Vitamina A y entregar Sulfato Ferroso, aún falta periodicidad en la administración y entrega como lo demuestra el 57% y 46%% de niños y niñas que no tienen esquemas completos; en la mayoría de los niños y niñas no se administra Ácido Fólico observando que no existe claridad en cuanto a la norma que rige la entrega de este

suplemento. En términos generales, en el proceso de implementación de las diferentes actividades en este componente, se observó que a excepción de las inmunizaciones o vacunas, todos los demás adolecen de deficiencias que deben y pueden ser corregidas.

Fue difícil evaluar los servicios de salud que reciben las madres debido a que un alto porcentaje de madres no cuentan con su carnet; sólo 16% de las madres tenían este documento el día de la entrevista; sin embargo de las 117 madres según la información proporcionada por ellas, solamente el 22% aseguró no recibir ningún tipo de atención prenatal y del restante 78%, el 65% de las madres manifiestan recibir atención de personal de salud y el 13% acude con la comadrona; sin embargo es interesante ver que un alto porcentaje de madres que van con personal de salud para atención prenatal, también van con la comadrona (40% del total de mujeres). La mitad atiende su parto con personal de salud y la otra mitad con comadrona; prácticamente las madres no reciben control postnatal y tampoco se registra el peso de los recién nacidos.

En el segundo componente, sobre Educación Alimentaria Nutricional y Lactancia Materna, 112 (96%) madres inicia la lactancia materna antes de los primeros tres días de nacido y de estas madres, 48 (41%) refieren que inician la lactancia materna a la ½ hora del parto, y 25 (21%) madres inician la lactancia una hora después; sin embargo, lamentablemente se introducen otros líquidos y solamente 20 (17%) madres reportaron lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. Además no hay una edad establecida para la introducción adecuada de alimentos. En cuanto a la educación que reciben las madres, esta es deficiente y la educadora no está capacitada para desempeñar este rol además que utiliza mucho de su tiempo en la distribución de Vitacereal.

En el tercer componente de Alimentación Complementaria, puede concluirse que la distribución en tiempo, frecuencia y selección de beneficiarios es apropiada pero el consumo recomendado en forma de papilla para niños(as) no se realiza como está recomendado encontrándose que el 80% de los niños y niñas consumen el Vitacereal en forma de atol y además es consumido por otros miembros de la familia y solamente en el 16% de los casos reportaron dárselo en forma exclusiva al niño o a la niña; sin embargo tiene un gran valor agregado para la captación de madres y niños al sistema de salud.

Se encontró que el funcionamiento de los tres componentes directos ejecutados por el MSPAS a través del PEC y sus ONG's prestadoras de servicio, se ve afectado por la entrega tardía de los desembolsos lo que ha provocado problemas de alta rotación de personal y dificultad para la compra de combustible utilizado en el traslado a las comunidades. No hay suficientes medicinas ni equipos médicos y la educación debe fortalecerse, así como una eficiente estrategia de información educación y comunicación – IEC-; sin embargo para las comunidades y las personas atendidas, el servicio es muy valioso, las madres mencionan que reciben una buena y cálida atención de parte del personal de salud aún con todas las dificultades que afrontan las prestadoras y tanto la organización comunitaria como las alcaldías auxiliares están apoyando los diferentes procesos en su ejecución.

Aunque este no es un estudio de impacto sobre estado nutricional, se consideró importante conocer el estado nutricional de la población evaluada, sabiendo que el número de niños y niñas evaluados es relativamente pequeño para sacar conclusiones. Los resultados mostraron 1.7% de desnutrición aguda y una prevalencia de desnutrición global y desnutrición crónica de 17.1% y 75.2% respectivamente. Únicamente como referencia, los resultados de la línea de base realizada en el año 2005 mostraron el 3%, 27% y 64% de prevalencias de desnutrición aguda, global y crónica respectivamente.

Según los hallazgos encontrados, los tres componentes directos de la ENRDC no se están ejecutando como debería, con la consecuencia de que de continuarse con los resultados obtenidos en este estudio, no será posible lograr prevenir desde el ámbito de salud la desnutrición crónica y por lo tanto no podrá coadyuvar a lograr la meta de disminuir la desnutrición crónica en Guatemala en un 24% para el año 2016.

Para apoyar el proceso de implementación, y que cada componente se ejecute según fue concebido, se identificaron las fortalezas y además las debilidades de cada uno de los componentes y sus actividades, presentando propuestas de fortalecimiento a estas debilidades, con lo que se considera será posible que los tres componentes directos de la ENRDC se ejecuten correctamente.

I. INTRODUCCIÓN

En Guatemala, existe en promedio para todo el país, una prevalencia de desnutrición crónica en la población de niños y niñas menores de 5 años del 49.3% según datos de la ENSMI 2002 (7), del 49.8% según el censo de talla de escolares realizado en el año 2001 (6) y con datos más recientes de 45.6% de prevalencia de desnutrición crónica en escolares según el último censo de talla realizada en Guatemala en el año 2008 (12); esto significa que la mitad de los niños menores de cinco años se encuentran sufriendo desnutrición crónica en nuestro país y más aún, en algunas comunidades de áreas rurales e indígenas, la prevalencia llega al 90%. Esta fue la razón que motivó al Gobierno y Estado de Guatemala para que en el año 2006, se iniciara la ejecución del Programa para la Reducción de la Desnutrición Crónica –PRDC- (y que continúa en 2008 transformado a la Estrategia para la Reducción de la Desnutrición Crónica) con un enfoque de largo plazo del 2006 al 2016, que recoge los principios estratégicos y las prioridades programáticas establecidas en la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, la cual, como se lee en el documento, *‘no representa un enfoque sectorial, sino un esfuerzo de integración y cohesión de todas las iniciativas anteriormente realizadas por múltiples actores nacionales’* (11). En tal sentido, el PRDC fue concebido como uno de los mecanismos mediante los cuales el Gobierno de Guatemala expresaba su visión de la Seguridad Alimentaria y Nutricional como una de las políticas públicas que articula la dimensión de lo económico con lo social en la búsqueda de mejorar la calidad de vida de la población guatemalteca.

El objetivo planteado en el PRDC fue de reducir a la mitad, para el año 2016, la prevalencia nacional de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años (8). La población objetivo directa la constituyen los niños y niñas menores de cinco años, con énfasis en los menores de 3 años para aprovechar la llamada “ventana de oportunidad”, las mujeres gestantes y madres lactantes seis meses post parto y persigue que en los 10 años de ejecución se habrá mejorado el estado nutricional de los grupos vulnerables que residen en los municipios prioritarios, cuyo mejoramiento de las tasas y los índices de desnutrición crónica tendrá una expresión positiva en los territorios en los cuales se trabaje, así como a nivel nacional.

Se creó el PRDC para dar respuesta a la integralidad de la SAN, estructurado en tres Componentes Directos y tres Componentes de Viabilidad y Sostenibilidad. Los componentes directos son Servicios Básicos de Salud, Educación Alimentaria Nutricional y Lactancia Materna así como Alimentación Complementaria y los tres componentes de sostenibilidad y viabilidad se refieren a Agua y Saneamiento Básico, Mejoramiento de la Economía Familiar y Organización Comunitaria (8). El PRDC, se implementó por etapas iniciando en 83 municipios priorizados principalmente por su alta prevalencia de desnutrición crónica (>65%), porque fueron parte de la estrategia Guate Solidaria de combate a la pobreza y que contaran con atención de salud a través del Programa de Extensión de Cobertura –PEC- del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-. El PRDC se transforma en la **Estrategia Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica –ENRDC-** con el objeto de dar cabida a programas ya existentes de refuerzo a lo establecido, pero continúa manteniendo su estructura original. Para enfocar la estrategia ésta se encuentra inmersa dentro de la política social del estado integrada a los esfuerzos coordinados por el Consejo de Cohesión Social dentro del que destaca el Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas “Mi Familia Progresa”.

Desde su implementación en el año 2006 a la fecha, antes como PRDC y ahora como ENRDC, se concreta en implementar los primeros tres componentes directos con un enfoque preventivo y de captación de los beneficiarios directos, llevándose a cabo la atención primaria en salud por medio de los servicios básicos, la educación alimentaria nutricional con énfasis en lactancia materna y la distribución de un alimento fortificado complementario llamado Vitacereal en dos presentaciones una para niños y niñas y la otra para mujeres (gestantes o lactantes). Estos tres componentes se ejecutan a través de las prestadoras de servicio, (Organizaciones no Gubernamentales -ONG´s-) que forman parte del PEC del MSPAS en municipios seleccionados y además, en el Departamento de Chiquimula, en el Área Chortí, se ha logrado la implementación de la estrategia a través también de los Centros y Puestos de Salud por medio del apoyo recibido de sus alcaldías municipales.

La estrategia describe la estructura de sus tres componentes directos y aunque incluye la implementación del Sistema de Monitoreo y Evaluación, por diferentes motivos éste no ha sido implementado. Con el presente estudio se analiza el proceso de implementación de los tres componentes directos de la ENRDC a dos años de haberse iniciado a través de

las ONG's del PEC del MSPAS; tiene por objeto identificar si los tres componentes que consideran los principios teóricos que en otras experiencias similares han sido exitosos, están implementándose como fueron definidos.

II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

1. A la fecha no se ha realizado ningún análisis del proceso de implementación de los servicios que se entregan a los beneficiarios (niños y niñas menores de cinco años con énfasis en los de tres años, mujeres embarazadas y madres lactantes) en cada uno de los tres componentes directos de la ENRDC.
2. El Sistema de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia -SME&V- debido a los procesos políticos y coyunturales en relación a la implementación de la estrategia, no ha podido ser establecido y por lo tanto no existe información sobre la implementación de los componentes directos de la ENRDC que retroalimente las acciones. Este estudio podrá contribuir con el SME&V de la ENRDC.

III. JUSTIFICACIÓN

Debido a las coyunturas políticas y sociales desde que fue concebida la estrategia, anteriormente como un programa en 2006, esta no se ha logrado implementar completa con sus seis componentes, si no solamente con los primeros tres componentes directos, Servicios Básicos de Salud, Educación Alimentaria Nutricional y Lactancia Materna, y, Alimentación Complementaria. Sin embargo, los estudios llevados a cabo a programas similares, demuestran que con la implementación adecuada de acciones en salud y nutrición similares a las establecidas con los tres componentes directos de la ENRDC, se contribuye a disminuir paulatinamente la desnutrición crónica al mejorar aspectos sociales, de salud, de alimentación y de nutrición que en su contexto general mejoran la calidad de vida de las personas que integran los grupos más vulnerables como lo son los niños y niñas menores de cinco años, las mujeres gestantes y madres lactantes. A dos años de implementación de la estrategia, es necesario conocer si los componentes directos de la ENRDC se están ejecutando según fueron concebidos para detectar la funcionalidad y el enfoque de los mismos y así poder actuar en el proceso de su implementación, mejorando, proponiendo cambios o reestructurando aspectos claves de los tres componentes que permitan contribuir a lograr la meta de reducir al 24% la desnutrición crónica en Guatemala para el año 2016.

Este estudio pretende precisamente obtener información valiosa para conocer si los servicios que se están entregando a través de los componentes directos están siendo viabilizados para mejorar la salud y nutrición de los niños y niñas con el objeto de evitar la instalación de la desnutrición crónica y así, con acciones permanentes y sistemáticas romper el círculo vicioso del inicio y cronicidad de la desnutrición crónica. Al conocer los resultados, podrán identificarse las fortalezas y sus debilidades y lo más importante aún, dar propuestas de fortalecimiento para cada una de las debilidades encontradas.

Además, el presente estudio es importante para iniciar y alimentar el Sistema de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia -SME&V- lo cual permitirá el monitoreo sistemático y constante de las actividades que se están realizando importante para la toma de decisiones e inducir a continuar las acciones o proponer reenfoques o nuevos procesos.

IV. MARCO TEÓRICO

A. Sistematización de Programas de Salud, Alimentación y Nutrición de combate a la Desnutrición y Pobreza en otros países

Está ampliamente documentado el hecho de que las intervenciones en salud y nutrición **integradas y sistematizadas** permiten alcanzar mejores indicadores de salud y de estado nutricional de la población vulnerable y/o afectada, como lo muestra la serie Lancet (24) sobre desnutrición materno infantil. La sistematización de experiencias en diferentes proyectos y programas nutricionales ha permitido identificar las acciones que para estos grupos son funcionales al disminuir la prevalencia de desnutrición así como los problemas de salud materno infantil que generan el círculo vicioso de la desnutrición y la enfermedad; ejemplos de estos programas que se han sistematizado con la propia experiencia hay varios en el mundo y en América Latina (3, 2, 4, 18, 13). Los programas nutricionales y alimentarios priorizan la prevención, promoción y tratamiento primario de la salud y nutrición de la madre y el niño, especialmente en zonas rurales y urbano marginales de pobreza y extrema pobreza. Generalmente la metodología desarrollada para facilitar el proceso de sistematización incluye la organización del contexto, los procesos y procedimientos de la implementación de actividades; el levantamiento de información demostrativa de resultados de los modelos, estrategias y metodologías implementadas, las cuales generalmente se realizan a través de encuestas o entrevistas y reuniones informales de grupos focales para identificar factores favorables y desfavorables que influyen en los resultados de salud y nutrición esperados, incluyendo aquellos vinculados a las interrelaciones entre la población beneficiaria y los actores de salud a nivel local. Permite afinar los diseños estratégicos, metodológicos e instrumentales para lograr los cambios esperados, sobre la base de la información de resultados obtenidos así como la identificación de las condiciones para la sostenibilidad y replicabilidad de las intervenciones (3, 2, 4, 18, 13).

Al considerar diferentes modelos (2, 18, 13) se resume que para operativizar la metodología de la sistematización se deben realizar por lo menos las siguientes fases:

- Organización del proceso de intervención y de la información de resultados disponible.
- Levantamiento de información de los principales actores locales.

- Organización de la información y determinación de los puntos centrales de análisis.
- Análisis de resultados y de requerimientos de ajuste de los modelos y estrategias metodológicas e instrumentos con miras a la sostenibilidad y replicabilidad de las intervenciones.

En América Latina se han implementado varios programas enfocados a combatir la desnutrición y la pobreza. A manera de ejemplo se describen dos de estos programas por ser estructuralmente muy parecidos a la ENRDC, uno de ellos con una larga trayectoria y que ha permitido **la sistematización de sus actividades en salud y nutrición adaptado a las necesidades y posibilidades así como a la pertinencia cultural** y que ha evolucionado con los años, el cual demuestra ser exitoso en su implementación a través de diferentes evaluaciones de impacto; y, el otro, entendido como un estrategia que inicia el año 2007, pero que identifica acciones y actividades muy similares a la ENRDC en Guatemala y que se caracteriza por la relevancia considerada en la sistematización de sus actividades:

A.1. Programa de Educación, Salud y Alimentación –PROGRESA- de México

Su objetivo general es el combate a la pobreza rural extrema. Dentro de sus objetivos específicos se incluye el mejorar las condiciones de educación, salud y alimentación de las familias pobres, particularmente de la población más vulnerable, niños, niñas y mujeres gestantes y en periodo de lactancia, mediante la entrega de servicios suficientes de calidad tanto educativos como de salud, incluyendo ayuda con alimentos. PROGRESA considera dentro de sus intervenciones, transferencias monetarias condicionadas, pero al igual que la ENRDC en Guatemala, incluye un componente de servicios básicos de salud, educación alimentaria y nutricional y un complemento alimentario con lo cual pretende contribuir a romper los círculos intergeneracionales de pobreza extrema asociados con los altos niveles de fertilidad, desnutrición y mortalidad infantil, y, deserción escolar prevalentes en el sector rural de México. El **componente de salud** tiene tres sub-componentes. **El primero** ofrece de manera gratuita un **Paquete Básico de Servicios de Salud**, que incluye 13 acciones primarias de salud: saneamiento básico a nivel familiar, planificación familiar, atención prenatal, del parto y puerperio, y del recién nacido, vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil, inmunizaciones, manejo de casos de

diarrea en el hogar, tratamiento antiparasitario en las familias, manejo de infecciones respiratorias agudas, prevención y control de la tuberculosis pulmonar, prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones, capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud, detección y control del cáncer cérvico uterino. **El segundo sub-componente** es de **prevención y atención de la desnutrición**, e incluye un programa de vigilancia nutricional por medio de medidas antropométricas y educación alimentario-nutricional en visitas programadas al centro de salud, y la entrega gratuita de **complementos alimentarios** para niños y niñas de entre 4 y 24 meses de edad, y de entre 2 y 4 años que presenten algún grado de desnutrición así como mujeres gestantes y madres lactantes. Estos complementos aportan 100% de los micronutrientes diarios y el 20% de las necesidades calóricas. **El tercer sub-componente** de salud es un programa de **25 sesiones educativas** para las titulares de las familias beneficiarias, que complementan los mensajes educativos durante las consultas (15, 19, 20).

PROGRESA ha **sistematizado su implementación** (cabe mencionar que PROGRESA iniciado en 1996 dio continuidad al **Programa Oportunidades** implementado en 1993) y para **demostrar la efectividad de la sistematización de actividades en la entrega de los servicios**, se realizan varios estudios de efecto e impacto:

1. Evaluación de Impacto del PROGRESA

En 1998, a dos años de haber iniciado con esta modalidad, se solicita al Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias –IFPRI-, realizar una evaluación de impacto del PROGRESA en tres áreas principales: el aumento en las inscripciones escolares, **el mejoramiento de la salud y alimentación**, y el incremento del consumo. También, se solicitó evaluar otros aspectos tales como sus métodos de focalización, el estatus de las mujeres, las transferencias intrafamiliares y los incentivos al trabajo. Por último, se solicitó una evaluación sobre la **eficiencia operacional del programa**, ya que esta podría afectar el impacto esperado. Los resultados de este estudio fueron entregados al finalizar el año 2000 y cubren los primeros tres años de operación del programa. En resumen, la evaluación del IFPRI concluyó que los beneficios que las familias obtuvieron y los logros que en materia de salud y educación se alcanzaron después de sólo tres años de operación del PROGRESA **sugieren que el**

paquete integral de educación, salud y alimentación es un medio efectivo para romper la transmisión intergeneracional de la pobreza. Señaló, sin embargo, que muchos de los impactos del programa se manifestarán en el futuro y sólo entonces se podrá verificar su impacto definitivo en la vida de las familias en situación de pobreza extrema. Por ello, sugieren la importancia de la **continuidad sistemática del PROGRESA** con las acciones que al momento se están realizando y de su evaluación en el mediano y largo plazo (15).

2. Estudio de Gertler

Otro estudio interesante realizado por Paul Gertler y colaboradores en el 2000, indica que en materia de salud **debido al funcionamiento sistemático, PROGRESA ha incrementado significativamente el uso de los servicios preventivos de salud**, tales como control prenatal, inmunizaciones, revisiones rutinarias para los adultos y vigilancia nutricional de niños. Se estimó que durante los dos primeros años de operación del programa hubo un aumento en la demanda de servicios de salud de entre 30 y 50%, en consultas nuevas de carácter preventivo de familias que antes no asistían a los servicios públicos de salud, ya que no se observó una sustitución de los servicios de salud públicos por privados; se destaca que las consultas para vigilar el estado nutricional de los niños, aumentaron en un rango de 30 a 60% para los niños de 0 a 2 años; y entre 25 y 45% para los de 3 a 5 años por efecto del programa. **Este mayor contacto de la población pobre con los servicios de salud en principio permite detectar y atender oportunamente problemas de desnutrición y de salud en general.** El estudio también indica que **al mejorar la ingesta calórica por la calidad de la alimentación y la atención médica preventiva** en las zonas donde opera el PROGRESA, se logró que los niños más pequeños sean más resistentes a las enfermedades. En particular, destaca la reducción del 12% en la incidencia de enfermedades entre los niños de 0 a 2 años, si se comparan con aquellos que no están dentro del programa, y de 11% para los que tienen entre 3 y 5 años (19, 20).

3. Estudio de Bautista

Posteriormente, Bautista y colaboradores en el año 2003, corroboran que el PROGRESA incrementó significativamente la salud de los niños pues los nacidos en hogares beneficiarios, después de iniciado el programa tuvieron una tasa de morbilidad en los primeros 6 meses de vida menor en un 25.3% que la de los niños en hogares control. Asimismo, los niños que tenían de 0 a 36 meses de edad en la muestra basal tuvieron una reducción del 39.5% de sus tasas de morbilidad después de 24 meses en el PROGRESA. Los efectos del programa parecen incrementarse con el paso del tiempo, lo que sugiere que los beneficios son acumulativos. Adicionalmente, estos niños tuvieron una reducción del 25.5% en su probabilidad de tener anemia, **y crecieron aproximadamente un centímetro más después de un año de estar en el programa (19, 20).**

4. Estudio de Behrman, Hoddinott

Por otro lado, las estimaciones realizadas por Behrman y Hoddinott en el año 2000 muestran impactos significativos del programa en el crecimiento infantil y una reducción en la probabilidad de desnutrición crónica en la población de 12 a 36 meses. El mismo estudio encontró también un incremento en la talla por año de cerca de un centímetro más en comparación con los niños que no estaban en el PROGRESA. Estos investigadores estiman que el impacto de los suplementos alimentarios por sí solos podrían convertirse en un aumento de 2.9% sobre los ingresos de estos niños durante el resto de su vida, derivado de mejores condiciones de inserción en el mercado laboral. Adicionalmente, sobre la base de la evidencia empírica para otros países, estiman que es probable que se generen otros efectos positivos como resultado del aumento en el desarrollo cognoscitivo, mayor escolaridad, logros educativos a edades más tempranas, el ingreso al sistema escolar en las edades normativas y el incremento en las probabilidades de aprobar los grados escolares. Debido a que los suplementos alimentarios absorben menos del 5% de los costos del programa, concluyen que la razón beneficio-costos de este componente es muy alta (19, 20).

5. Estudio de Huerta

Por su parte, en el año 2000, Huerta, usando el indicador de peso para la edad, indicador que es el que se utiliza con mayor frecuencia para valorar el impacto de programas de nutrición, ya que el peso es una medida sensible a modificaciones en la alimentación en el corto plazo, observó entre 1998 y 1999 una reducción de 17.2% en la proporción de los niños de 5 a 23 meses de edad con desnutrición moderada y severa, y, entre los menores de 24 a 59 meses de edad, un decrecimiento de 12.6% en la prevalencia de desnutrición global. Usando el indicador de talla para la edad, observó que entre los niños de 5 a 23 meses de edad la prevalencia de desnutrición leve, moderada y severa disminuyó de 70.5 a 68.0%. En el periodo previo al PROGRESA, la proporción de niños mayores de 2 años que acudían por primera vez a la unidad de salud era de 8%; después de casi dos años de operación, se observó un incremento tanto en niños beneficiarios como no beneficiarios del 25.6% y 17.9%, respectivamente (19, 20).

Estos logros observados en el PROGRESA demuestran que programas integrales de salud y nutrición preventiva con componentes similares a la ENRDC logran impactos significativos si se entregan los servicios adecuada y sistemáticamente, apoyados con un componente de monitoreo que permita determinar si la ejecución de las actividades se realiza pertinentemente como ha sucedido en el programa en mención.

A.2. Estrategia Nacional CRECER de Perú

CRECER es la Estrategia Nacional Peruana de Intervención Articulada de lucha contra la pobreza y la desnutrición crónica infantil, que surge en junio del 2007 a través de un análisis por medio del cual se constata una escasa eficiencia de los programas sociales para la reducción de la desnutrición crónica, a pesar de la fuerte inversión efectuada por el Estado en los últimos años. El desafío es “cómo” superar de manera articulada y multisectorial la desnutrición crónica generada por múltiples causas. En éste sentido, la estrategia Peruana es muy similar en sus contenidos para combatir la desnutrición crónica a la ENRDC, enfocada al área rural y a los grupos vulnerables, niños menores de cinco años y mujeres gestantes de las zonas más pobres de Perú, donde la desnutrición crónica alcanza prevalencia de hasta el 66%, aunque en Perú el promedio nacional de

desnutrición crónica es del 24.6%. Contempla la articulación de acciones de los diferentes Ministerios y entidades públicas de enfoque social en coordinación con el sector privado, fuentes cooperantes, Iglesias y organismos no gubernamentales, organizaciones de base social y la población; la meta propuesta es beneficiar de manera sostenida hasta el 2011 a un millón de niños menores de cinco años y a 150,000 mujeres gestantes mejorando sus hábitos alimentarios, controles de salud y de infraestructura ambiental, incentivando el uso de cocinas mejoradas y buenas prácticas de higiene y nutrición. En una segunda etapa, incluirá el desarrollo de actividades destinadas a mejorar los ingresos de las familias de los beneficiarios asegurando así su salida de la pobreza. La EN CRECER (Estrategia Nacional CRECER) promueve prioritariamente, el desarrollo de capacidades humanas como una alternativa rentable de inversión social, y a su vez, la necesidad de crear oportunidades de acceso al mercado y de incremento de las capacidades competitivas de la población local (14).

A diferencia de PROGRESA, la Estrategia Nacional CRECER, por su reciente implementación no ha desarrollado evaluaciones de sistematización de sus componentes y actividades en desarrollo, pero contempla el monitoreo de sus intervenciones, demostrando así que se determina importante el seguimiento de la implementación de las acciones y/o servicios a sus beneficiarios para asegurar el impacto de la estrategia, que dicho sea de paso, integra evaluaciones de impacto de mediano y largo plazo que servirán además para enfocar, modificar o dar seguimiento a las acciones implementadas (14)..

En la descripción de la estrategia se refiere que *“El Monitoreo y Evaluación de la Estrategia Nacional CRECER es un proceso transversal permanente, que se alimenta de la información producida por los instrumentos que componen el Sistema Integrado de Información Social y el monitoreo de tipo participativo. El proceso de monitoreo y evaluación sistemático de los avances e impactos de la estrategia, permitirá el ajuste de las metas propuestas en el Plan Articulado Nacional, Regional o Local, y permitirá afinar las estrategias de intervención orientadas a la lucha para reducir la pobreza y la desnutrición crónica infantil”* (14).

B. La Estrategia Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica –ENRDC- en Guatemala

B.1. Marco Político para definir y ejecutar la ENRDC

Diversos estudios han demostrado que para combatir la desnutrición, es necesario actuar con actividades de salud y nutrición integradas con un enfoque de Seguridad Alimentaria y Nutricional –SAN- que involucre la participación de la población en los distintos pilares de la SAN: Disponibilidad, Acceso, Consumo y Utilización Biológica de los alimentos (17, 21, 13, 26). Para incidir con efectos directos generacionales en el mejoramiento del estado de salud y nutrición de la población, es primordial la atención primaria y primera en los grupos vulnerables, los niños y niñas menores de 5 años con énfasis en los de 2 y hasta 3 años, mujeres gestantes y madres lactantes. La atención adecuada, que inicia desde la concepción hasta los tres primeros años de vida, desarrollan el potencial de crecimiento tanto físico como intelectual del ser humano, que además incluye el desarrollo de las emociones, la conducta, el desempeño, productividad y la personalidad del individuo que da como resultado final el desarrollo integral de la persona, y, en conjunto, el desarrollo de la población. De manera inversa está ampliamente reportado que el daño sufrido durante los primeros años de vida conduce a deficiencias permanentes que se manifiestan en la reducción del desarrollo cognoscitivo, rendimiento escolar y logros educativos con reducida productividad en la edad adulta. **La talla para edad en la niñez es un buen predictor** del capital humano (22). La prevención de la desnutrición materno-infantil constituye una inversión a largo plazo que beneficiará a la generación actual y a sus descendientes.

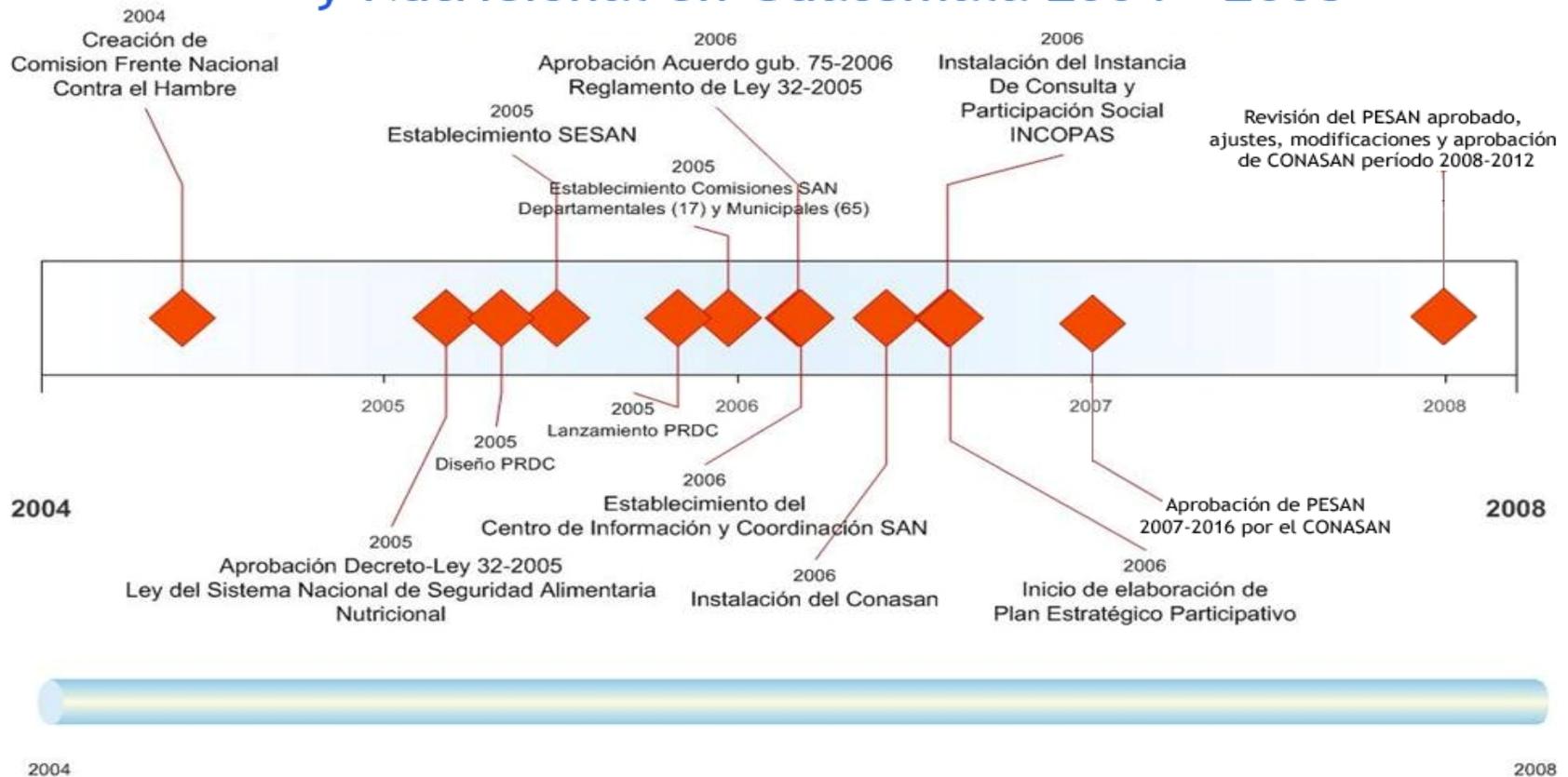
Si bien es cierto a través del tiempo el gobierno y sociedad de Guatemala han mostrado interés en el tema nutricional, es a partir del 2004 cuando se marca un hito importante en la historia al manifestar al más alto nivel político un compromiso en la lucha contra la desnutrición. Esto se evidencia cuando el 18 de mayo de 2004, por Acuerdo Gubernativo No. 155-2004, se crea la Comisión Nacional Frente Contra El Hambre que da lugar a que en mayo 2005 se promulgue por decreto legislativo (32-2005) la Ley de la Seguridad Alimentaria y Nutricional y posteriormente en ese mismo mes y en septiembre de ese mismo año, se da vida a la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional –SESAN-,

se promulga la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, dando lugar a que en febrero del 2006 se publique el Reglamento de la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, actualmente modificado con el Acuerdo Gubernativo 100-2008 (11); además en octubre de 2006 queda establecida la Instancia de Consulta y Participación Social –INCOPAS-. Este marco legal ubica a la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) como una política pública, con responsabilidad del Estado, dentro del ámbito de las estrategias de reducción de la pobreza y de las políticas globales, sectoriales y regionales de combate a la inseguridad alimentaria y nutricional, estableciéndose el Programa para la Reducción de la Desnutrición Crónica que actualmente se convierte en la Estrategia para las Reducción de la Desnutrición Crónica. La Figura #1, esquematiza el proceso desde sus comienzos incipientes hasta la actualidad lo que proporciona solidez política a la Seguridad Alimentaria y Nutricional – SAN- y en la Figura #2, se ejemplifica la estructura actual del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional –SINASAN- las diferentes instituciones que la integran y su interrelación funcional.

.

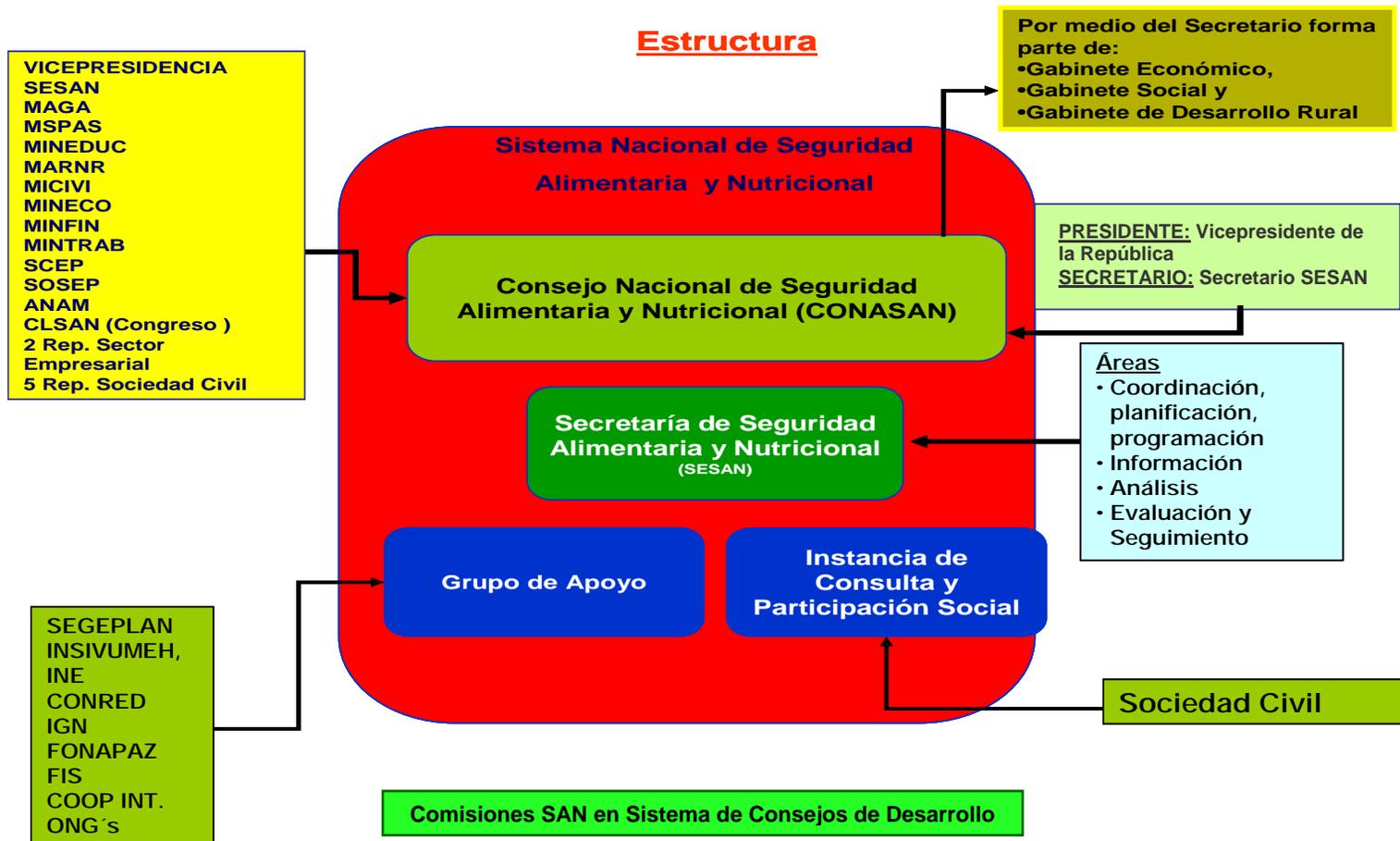
Figura #1

Institucionalización de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en Guatemala 2004 - 2008



Fuente: Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional –SESAN-

Figura #2



Fuente: Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional –SESAN-

B.2. Descripción de la ENRDC

En Guatemala, por décadas se han ejecutado diversos programas y proyectos tanto gubernamentales como no gubernamentales con objetivos encaminados a reducir o incidir en el problema nutricional de deficiencias calórico proteicas y de micronutrientes, pero los esfuerzos han sido en vano debido a la falta de coordinación y de integralidad de acciones de combate a la inseguridad alimentaria y nutricional. De esta manera han existido intervenciones dispersas que han buscado reducir la desnutrición crónica pero debido a la limitada cobertura o por enfoque de área geográfica específica, han carecido de impacto.

La evidencia demostrada en otros países, condujo a pensar que era necesario organizar respuestas eficientes y efectivas, públicas y privadas, que reviertan de forma sostenida las tendencias negativas y regresivas de la situación nutricional que en el país alcanza en promedio un 49.3% de prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de cinco años y la persistencia de algunas de las principales deficiencias de micronutrientes (7).

Con esta consideración **y con un marco político favorable al tema**, se define a través de una consulta técnica de expertos guatemaltecos e invitados internacionales conocedores del área nutricional provenientes de entidades gubernamentales y no gubernamentales a través de una mesa de diálogo, en forma conjunta y consensuada, los lineamientos de la estrategia nacional para combatir la desnutrición crónica, que da como resultado el Programa para la Reducción de la Desnutrición Crónica –PRDC- (8) a ser ejecutado por diversas instituciones de gobierno y coordinado por la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional –SESAN-, mismo que se implementa en 83 municipios priorizados a partir del año 2006. Este programa se define actualmente como la Estrategia Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica –ENRDC- y su objetivo es reducir a la mitad (24%), para el año 2016, la prevalencia de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años, tomando como referencia los datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil -ENSMI- 2002, y constituye la respuesta gubernamental para el combate a la desnutrición que de no abordarse adecuadamente impedirá reducir la prevalencia de desnutrición crónica y sus devastadoras consecuencias

en el desarrollo de las personas y del país; su fin es romper el círculo intergeneracional de la desnutrición crónica; su enfoque es esencialmente preventivo, integral y potenciador de las capacidades individuales, familiares, comunitarias y nacionales al considerar que la desnutrición no es únicamente un estado, sino un proceso dinámico que afecta diversos órdenes de la vida en diferentes momentos del desarrollo del individuo, la familia y la comunidad; **la estrategia persigue que a través de su adecuada implementación**, se garantice en la medida de lo posible, que las intervenciones tengan continuidad y vigencia en el corto, mediano y largo plazo considerando además los diferentes horizontes temporales en que se ejecuten los componentes.

Los actores y las acciones integradas multisectorialmente permitirán intervenir en las múltiples causas del problema nutricional y ser ejecutado en distintos niveles, promoviendo la inversión en medidas de desarrollo de mediano y largo plazo con intervenciones específicas. Los criterios iniciales definidos para la selección de los 83 municipios priorizados tomaron en cuenta una prevalencia de desnutrición crónica mayor del 65%, que formara parte de la entonces estrategia Guate Solidaria de combate a la pobreza y que contaran con el Programa de Extensión de Cobertura –PEC- del MSPAS que brinda a través de las Organizaciones no Gubernamentales –ONG´s-, servicios básicos de salud por oferta a la población que por su lejanía o difícil acceso no puede ser atendida por demanda en los Centros y Puestos de Salud, y, constituiría la punta de lanza para llegar aún a las comunidades más alejadas. Los beneficiarios directos focalizados son los niños de 0 a 5 años con énfasis en los menores de 3 años, y, las mujeres gestantes y madres lactantes 6 meses post parto; se pretende que adicionalmente, participen otros miembros de la familia del grupo objetivo, como niñas en edad escolar y otros que puedan incorporarse a la actividad productiva. En 2008, el PRDC se convierte en **la Estrategia Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica –ENRDC-**, con un enfoque preventivo y de sostenibilidad.

La estrategia incluye seis componentes, divididos en dos grupos:

- **Componentes directos** a ser ejecutados por el MSPAS:
 - a) Servicios Básicos de Salud,
 - b) Educación Alimentaria Nutricional y Lactancia Materna
 - c) Alimentación Complementaria, con distribución de un alimento fortificado

- **Componentes de viabilidad y sostenibilidad** a ser ejecutados por el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación –MAGA-, el Instituto de Fomento Municipal –INFOM-, la Secretaría de Planificación de la Presidencia –SEGEPLAN-, los Consejos Departamentales de Desarrollo –CODEDES y los Gobiernos Locales:
 - a) Mejoramiento de la Economía Familiar,
 - b) Agua y Saneamiento Básico
 - c) Organización Comunitaria

La ENRDC se conceptualiza de manera integral con sus componentes directos y sus componentes de viabilidad y sostenibilidad para reducir la alta prevalencia que en promedio para Guatemala alcanza el 49.3%, según los datos de la ENSMI 2002, a un 24% que es la meta propuesta en Guatemala para el año 2016.

En relación con los componentes directos, éstos se han logrado implementar desde el año 2006 a la fecha en 110 municipios priorizados con la ejecución a cargo del MSPAS. Aunque la perspectiva era la cobertura universal de los beneficiarios directos por medio de los servicios de salud del primer y segundo nivel del MSPAS (PEC, Puestos y Centros de Salud), solo ha sido posible implementar la ENRDC a través de las ONG´s prestadoras de servicios del PEC que trabajan en los municipios priorizados, con excepción de los municipios de Camotán, Jocotán, San Juan Ermita y Olopa del Departamento de Chiquimula donde también se integran los Centros y Puestos de Salud a través del apoyo de las alcaldías municipales.

Con respecto a la implementación de los componentes de viabilidad y sostenibilidad no se ha logrado la integralidad, existiendo acciones dispersas y aisladas. Sin embargo, experiencias de programas que han trabajado adecuadamente actividades iguales o muy parecidas a las que se presentan en la ENRDC **como componentes directos** (por ejemplo lo mostrado en la serie Lancet, el PIN Peruano y PROGRESA de México) demuestran que después de dos o tres años de implementación, son efectivos en la prevención de morbi-mortalidad infantil y la reducción en la persistencia de desnutrición crónica.

Para comprender la conceptualización de cada componente directo en la ENRDC, cuyo análisis de sistematización e implementación en la entrega de los servicios por las ONG´s

prestadoras de servicios de salud es el objeto de estudio del presente trabajo, se presenta la descripción de cada uno de ellos (8), lo cual además se utiliza para definir las variables a estudiar:

Servicios Básicos de Salud -SBS-

Se inserta este componente dentro de la ENRDC con el enfoque del modelo de Atención Integrada a la Niñez y la Mujer en la Comunidad, AINM-C, para garantizar la entrega del paquete básico de salud y la integración con la educación alimentaria y nutricional así como la distribución del alimento complementario. Se espera que a través de los servicios básicos de salud se logre ampliar la cobertura, fortaleciendo a los municipios y comunidades priorizadas en la estrategia. Este componente incluye las siguientes áreas y acciones:

Áreas de Atención en Salud y Nutrición	Acciones
Prevención y reducción del riesgo reproductivo	<ul style="list-style-type: none"> • Control prenatal • Vigilancia de ganancia de peso • Suplementación con Hierro y Acido Fólico • Parto limpio y seguro • Atención postnatal • Atención del recién nacido
Prevención de enfermedades prevalentes en la infancia y deficiencias nutricionales en la niñez	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo y promoción del crecimiento • Suplementación con Vitamina A, Hierro y Acido Fólico • Promoción de lactancia materna y prácticas adecuadas de alimentación • Desparasitación
Manejo de enfermedades prevalentes en la infancia y atención de urgencias	<ul style="list-style-type: none"> • Inmunizaciones • Manejo de la morbilidad • Manejo clínico y dietético del niño severamente desnutrido
Consejería para el autocuidado de la salud y la nutrición a nivel del hogar	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación interpersonal, consejería y capacitación • Comunicación dirigida a grupos en la comunidad • Visitas domiciliarias

Educación Alimentaria Nutricional y Lactancia Materna

El proceso educativo, cuenta para su implementación, con educadoras contratadas específicamente para este componente. Se dirige a mujeres gestantes, madres lactantes y madres o cuidadoras de los niños de 0 a 59 meses, a través de comunicación y consejería interpersonal, capacitación dirigida a grupos y visita domiciliaria de refuerzo, enfocadas en el marco de la entrega de servicios básicos de salud, lactancia materna, alimentación complementaria, economía del hogar y saneamiento básico. Este componente tiene un enfoque fuerte en la promoción y protección de la lactancia materna exclusiva y su prolongación a 2 años, así como en la adecuada y oportuna incorporación de alimentación complementaria dentro de la dieta del niño a partir de los 6 meses de edad. Los temas incluidos en éste componente son:

- La producción, adquisición, preparación y distribución intrafamiliar de los alimentos
- El cuidado de los niños en el hogar
- La asistencia oportuna a los servicios de educación y salud
- El uso adecuado de agua segura y sistemas de eliminación de excretas para favorecer la higiene personal y ambiental.
- Lactancia materna exclusiva
- Higiene de los alimentos
- Salud preventiva
- Reconocimiento de señales de peligro en la mujer y el niño y niña
- Salud sexual y reproductiva
- Alimentación durante el embarazo y lactancia
- Alimentación del niño y la niña menor de 3 años

Es importante destacar el papel de la educadora, quien a su vez tiene a su cargo la capacitación de personal de apoyo como los Facilitadores Institucionales, Facilitadores Comunitarios, Vigilantes de Salud y las Madres Consejeras así como a las propias madres beneficiarias o cuidadoras(es) de los niños.

Alimentación Complementaria

Sólo el 16% de niños menores de 12 meses alcanzan un consumo energético suficiente y únicamente el 35% alcanza la suficiencia proteica, según datos de UNICEF (25). Sobre la base de estos datos y la experiencia del Estudio Longitudinal de Oriente (5, 23) y de otras experiencias exitosas en la estrategia de introducción de un alimento complementario como el caso de Chile, se tomó la decisión de introducir en este componente la distribución de un alimento complementario, el Vitacereal (1), para niños y niñas de 6 a 36 meses y para mujeres gestantes y madres lactantes 6 meses post parto. Este alimento es elaborado a base de frijol de soya y de harina de maíz, fortificado con vitaminas y minerales que aporta del 30% al 50% del requerimiento nutricional de los niños y cerca del 100% de los requerimientos extras de energía y calorías en el caso de mujeres. Dentro de los beneficios que conlleva, además de incrementar la disponibilidad de un alimento nutritivo para los niños y niñas y mujeres gestantes y madres lactantes, está el de generar una mayor demanda de los servicios básicos de salud así como la captación más temprana de la mujer gestante y apoyar la articulación de los otros componentes a la población objetivo. Para facilitar su preparación según el grupo objetivo, se entrega en dos presentaciones para preparar como “papilla” para niños y niñas de 6 a 36 meses y para preparar como “atol” para gestantes y madres lactantes durante los 6 meses posteriores al parto; para el consumo de Vitacereal como papilla se tomó en cuenta la capacidad gástrica y requerimientos dietéticos específicos y se estableció que los niños de 6 a 24 meses deben consumir dos porciones de 30 gramos cada una como complemento diario de su dieta y los niños de 24 a 36 meses deben comer tres porciones de 30 gramos cada una durante el día como complemento de su dieta diaria. Las mujeres gestantes y madres lactantes deben consumir un litro de atol (100 gramos de Vitacereal) al día. Con base en el cálculo de las Recomendaciones Dietéticas Diarias –RDD- del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (16), y tomando en consideración la posible dilución intrafamiliar, cada beneficiario recibe una ración mensual de 3 bolsas de 1 kilo cada una de Vitacereal de niño o niña de 6 a 36 meses y/o Vitacereal por mujer gestante y madre en período de lactancia seis meses post parto. Se cuenta como producto de las acciones realizadas en lo que era antes el PRDC, el Manual de Normas Técnicas para el Uso y Preparación de Vitacereal (20), que sigue estando vigente para la ENRDC. Es de mencionar que el alimento complementario “Vitacereal” ha sido

proporcionado al gobierno de Guatemala a través de Programa Mundial de Alimentos – PMA- con donaciones de países y agencias amigas.

La implementación de la ENRDC conlleva la inversión de tiempo y recursos específicos, de tal manera que las prestadora de servicios de salud (ONG's contratadas por el MSPAS) que llevan a cabo la extensión de cobertura de los servicios de salud y además implementan la ENRDC han sido fortalecidos, para poder entregar a la población beneficiaria los tres componentes directos; este fortalecimiento adicional al equipo básico de salud, consiste en la contratación de una o dos educadoras y la compra de uno o dos vehículos, según las jurisdicciones a su cargo (10,000 habitantes por jurisdicción) y su meta es cubrir por lo menos al 80% de los niños menores de 5 años y al 60% de las mujeres gestantes y lactantes bajo su responsabilidad.

Es importante mencionar que cuando inicia como PRDC, la implementación se realiza por etapas; durante la etapa piloto que fue de marzo a mayo 2006 incluyendo municipios priorizados de los departamentos de Huehuetenango, Sololá y Chimaltenango, se realiza un primer estudio de sistematización de procesos (9) con el fin de identificar los procesos de implementación y operatividad técnica que en resumen demuestra que las características del sistema de salud, en su estructura operativa ha permitido la **implantación de los tres componentes del plan piloto** del aquel entonces PRDC: Servicios Básicos de Salud, Educación Alimentaria y Nutricional, y Alimentación Complementaria, dentro del conjunto de servicios ya ofrecidos por el PEC. Considerando los componentes se encontró que, el componente educativo no se encuentra sistematizado e indudablemente no se ejecuta como debiera; con relación a la prestación de los servicios de salud, se determina que se están llevando a cabo según las normas establecidas y en el caso del alimento complementario éste se distribuye mensualmente a los beneficiarios con una ración de tres bolsas de un kilo cada una por beneficiario existiendo algunos problemas logísticos y de almacenamiento que se identifica son a consecuencia de la reciente implementación de la distribución de un alimento complementario.

Hay que destacar que el enfoque de la estrategia es actuar ahora para prevenir y paulatinamente disminuir la alta prevalencia de la desnutrición crónica y necesita acciones a mediano y largo plazo para manifestar cambios en el indicador Talla/Edad, lo

cual se logran cuando las acciones realizadas propician la atención adecuada de los grupos vulnerables. Es importante conocer las experiencias vividas por el personal de campo encargado de llevar a la práctica la ejecución de los tres componentes directos y la percepción de los beneficiarios que reciben el servicio para que constituyan un proceso de aprendizaje en el funcionamiento de la estrategia donde pueda vincularse la teoría con la acción, el convertir la búsqueda de conocimiento en un proceso creador con una perspectiva de transformación social y personal.

V. OBJETIVOS

A. GENERAL

1. Analizar el proceso de implementación de la entrega de los servicios de salud y nutrición inherentes a los tres componentes directos de la ENRDC, generando información que permita identificar la eficiencia de la entrega de los servicios.

B. ESPECÍFICOS

1. Determinar a través del análisis de la situación encontrada, el grado de cumplimiento del proceso de implementación de los componentes directos de la ENRDC.
2. Identificar la percepción de las usuarias y de los prestadores de servicios de salud de las ONG's estudiadas, con respecto al cumplimiento y efectividad de los servicios de salud y nutrición que reciben.
3. Identificar las fortalezas y debilidades en la implementación de cada uno de los componentes directos de la ENRDC.
4. Proponer acorde a los resultados observados, acciones de fortalecimiento en los puntos críticos identificados como iniciativas de ajuste para la eficiencia, efectividad y fortalecimiento de los tres componentes directos de la ENRDC.

VI. AREAS A INVESTIGAR

A. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio operativo de tipo cualitativo sobre el proceso de implementación de la entrega de los servicios de los componentes directos de la ENRDC comparados con la descripción técnica de los mismos.

B. POBLACIÓN OBJETIVO

La población objetivo del estudio estuvo constituida por:

- Directores o coordinadores y educadoras en salud y nutrición de las ONG's prestadoras de servicios de salud del PEC que ejecutan la estrategia.
- Madres de niños y niñas de 0 a 36 meses que participan en la ENRDC en las comunidades donde se llevó a cabo el estudio.
- Niños de 0 a 36 meses¹ de las comunidades donde se llevó a cabo el estudio

C. DEFINICIÓN DE VARIABLES

C.1. Por componente

C.1.1. Variables para evaluar la entrega de los Servicios Básicos de Salud

1. Niños y Niñas

Se tomaron en cuenta los siguientes servicios de salud para determinar su cumplimiento:

¹ Aunque la población objetivo de la ENRDC son los niños y niñas de 0 a 59 meses, en este estudio se toman en cuenta solamente los niños y niñas de 0 a 36 meses porque este grupo recibe todos los servicios incluyendo el alimento complementario

- Monitoreo de Crecimiento:
 - Controles de peso realizados según la norma para los beneficiarios que participan en la ENRDC
 - De 29 días a 36 meses: mensualmente
 - Grafica de curva de crecimiento en el carnet
 - Si la información está punteada o graficada en el carnet
- Inmunizaciones
 - Esquema de vacunación completo por edad
- Atención de Morbilidad
 - Episodios de diarrea en los 15 días anteriores al estudio
 - Tratamiento de la diarrea
 - Episodios de infecciones respiratorias agudas –IRAS- en los 15 días anteriores al estudio
 - Identificación y Tratamiento de la neumonía
 - Personal de salud consultado para el tratamiento de IRAS
- Desparasitación
 - Dosis de desparasitante (esquema adecuado según edad)
- Suplementación con Micronutrientes
 - Dosis de Vitamina A (esquema adecuado según edad)
 - Dosis de Sulfato Ferroso (esquema adecuado según edad)
 - Dosis de Ácido Fólico (esquema adecuado según edad)

2. Mujeres

La prestación los servicios de salud a la población de mujeres gestantes y madres lactantes, se analizó tomando en cuenta las siguientes variables:

- Control prenatal
 - # de controles recibidos según norma
 - Personal de salud que hace el control
- Suplementación con micronutrientes
 - Dosis de Sulfato Ferroso (esquema adecuado)
 - Dosis de Ácido Fólico (esquema adecuado)
- Parto limpio y seguro

- Persona que atendió el parto
- Lugar del parto
- Atención postnatal y atención del recién nacido
 - # controles post natales

C.1.2. Variables para evaluar la ejecución de la Educación Alimentaria Nutricional y Lactancia Materna

Se evalúa la educación en salud, alimentaria y nutricional a través del reconocimiento de los temas educativos impartidos en relación con:

- Recepción de charlas educativa
- Persona que ha impartido las charlas
- Metodología de recepción de educación
- Materiales utilizados
- Temas tratados:
 - Preparación y consumo de alimentos
 - Lactancia materna exclusiva
 - Higiene de los alimentos
 - Alimentación durante el embarazo y lactancia
 - Alimentación del niño o la niña menor de 3 años (prolongación de la lactancia hasta los 2 años e introducción de alimentos complementarios)
 - Uso de Vitacereal
 - Otros
- **Lactancia Materna (LM)**
 - Período de Inicio de la LM
 - Consumo de otros líquidos en los primeros 3 días de nacido
- **Introducción de Alimentos**
 - LM y otros líquidos (según edad)
 - Edad de introducción de alimentos

- Alimentos (según edad) que comienzan a introducir a los niños y niñas

C.1.3. Variables para evaluar la entrega de los servicios en el componente de Alimentación Complementaria (Vitacereal)

La definición de variables para este componente toma en consideración las dos presentaciones de Vitacereal: para niños y niñas y para mujeres gestantes y madres lactantes, analizando según el tipo de presentación:

- Beneficiarios de Vitacereal
- Cantidad de Vitacereal recibido
- Forma de preparación de Vitacereal
- Aceptabilidad de Vitacereal
- Consumo de Vitacereal

C.2. Variables para evaluar la percepción del servicio

C.2.1. Grupos focales de Madres

- Utiliza el servicio de salud
- Conocimiento de los servicios de salud que se ofrecen
- Identifica cuándo llegan las personas de salud
- Intervalos de días de atención del Equipo de Salud
- Días y horas que atiende el equipo de salud
- Otras mujeres y sus hijos utilizan el servicio de salud
- Percepción sobre el trabajo del personas de salud (calidad y calidez de la atención)

C.2.2. Educadoras en salud y nutrición

- Nivel educativo
- Tiempo de trabajar en esta ONG
- Tipo de capacitación recibida
- Asistencia técnica que recibe del MSPAS

- Percepción acerca de la participación de los niños y niñas así como de las madres beneficiarias
- Opinión sobre implicaciones que ha tenido para la ONG el funcionamiento de la ENRDC incluyendo el suministro del VITACEREAL

C.2.3. Coordinadores o directores de ONG´s prestadoras de servicios de salud

- Factores facilitadores y restrictivos en la provisión de los servicios básicos de salud
- Asistencia técnica y supervisión del MSPAS
- Factores limitantes del acceso a los servicios básicos de salud
- Apoyo que brinda el COCODES
- Funcionamiento de Comités de Auditoría Social
- Percepción sobre la atención de las mujeres y los niños y niñas cuando asisten a un servicio de salud

C.3. Variables para conocer el Estado Nutricional de los niños y las niñas incluidos en el estudio

- Indicador Peso para Talla
- Indicador Peso para Edad
- Indicador Talla para Edad

VII. METODOLOGÍA

A. DISEÑO DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para recolectar la información se diseñaron y validaron² los siguientes instrumentos:

1. Formulario de verificación de servicios recibidos por el niño o niña y por la mujer gestante o madre lactante (Anexo # 1) utilizado para identificar la entrega de los servicios a los beneficiarios.
2. Guía para la inducción de grupo focal con madres y/o cuidadores de los niños y niñas (Anexo # 2) con el cual se manifiestan los resultados sobre la percepción de las madres en cuanto a la calidad y calidez de los servicios que reciben.
3. Formulario de entrevista a la educadora de la prestadora de servicios de salud (Anexo # 3) el cual permitió conocer el perfil, trabajo y percepción de la educadora en cuanto al servicio que se presta a los beneficiarios.
4. Formulario de entrevista a coordinadores o directores de ONG's prestadoras de servicios de salud (Anexo # 4) utilizado para conocer la percepción de éste con relación al trabajo que desempeña la ONG, su relación con el MSPAS y el desarrollo de la ENRDC.
5. Guía de observación sobre el trabajo del equipo básico de salud (Anexo # 5) para la entrega de los servicios en los tres componentes de la ENRDC que permitió analizar el proceso de ejecución de los diferentes servicios.

² Para validar los instrumentos se visitó la ONG APNACH en San José Chacayá Sololá. Se realizaron cinco entrevistas a madres, un grupo focal con cinco madres, una entrevista a educadora, una entrevista al director de la institución y se observó el proceso de atención con tres madres y sus niños(as).

B. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y TÉCNICAS UTILIZADAS

1. Se elaboraron los “Instrumentos de Recolección de Datos” descritos en el inciso A de este capítulo que consisten en formularios para entrevistas, así como las guías de grupos focales y de observación de los servicios prestados.
2. Se elaboró el “Plan de Análisis” que consiste en desarrollar matrices para cada pregunta o variable identificada en los instrumentos de recolección de datos, con el objeto de obtener en el levantado de los datos, solamente la información necesaria permitiendo además, el ajuste a los Instrumentos de Recolección de Datos. Estas matrices posteriormente se utilizaron para elaborar los cuadros, tablas y gráficas presentadas en el análisis de resultados referentes a la implementación en la entrega de los servicios, de los tres componentes directos de la ENRDC y se utiliza para la descripción de la información que se obtiene de las entrevistas a coordinadores o directores y educadoras de ONG´s así como de las manifestaciones de las madres en los grupos focales y de la observación en la implementación de los servicios.
3. Para poder viabilizar el estudio, se realizó una reunión en el MSPAS con la Coordinadora del PEC quien tiene a su cargo tanto los aspectos administrativos como técnicos de las ONG´s prestadoras de servicio, presentándole el protocolo de la investigación, los objetivos del estudio y la metodología, incluido el plan de análisis, a llevar a cabo para obtener la información; se obtiene la aceptación, aprobación y el apoyo necesario, proporcionando el listado de 65 ONG´s prestadoras de servicio que estaban ejecutando la ENRDC en 2008 con la información general de cada una: nombre, dirección y teléfono así como el nombre del coordinador o director de cada ONG y una carta de presentación para poder visitar las ONG´s que se seleccionaran.
4. En los listados proporcionados por la Coordinadora de PEC, las prestadoras de servicio se clasificaban según su desempeño. Con esta clasificación se pretendía seleccionar primero a las que demostraban bueno o muy buen desempeño, y de este grupo seleccionar de un 10 a un 15% de ONG´s; sin embargo todas las ONG´s que llevan a cabo la ENRDC están evaluadas con bueno o muy buen desempeño por lo que se procedió a la selección de las ONG´s participantes considerando el total de prestadoras que en 2008 ejecutaban la estrategia. Se decidió escoger nueve ONG´s

equivalente al 14% de las 65 ONG's prestadoras de servicios de salud que participan a través del PEC en la ENRDC. Para la selección al azar se identificó con un número a cada ONG y se escogió nueve números al azar que correspondió a las nueve ONG's, seleccionadas.

5. Se contrató a seis personas para la recolección de la información, las cuales fueron debidamente capacitadas en la utilización de todos los instrumentos de recolección de datos (Formulario de verificación de servicios recibidos por el niño o niña y por la mujer gestante o madre lactante; Formulario de entrevista a educadora de la prestadora de servicios de salud; Formulario de entrevista a coordinadores o directores de ONG's prestadoras de servicios de salud; Guía para la inducción de grupo focal con madres y/o cuidadores de los niños y niñas; Guía de observación sobre el trabajo del equipo básico de salud para la entrega de los diferentes servicios en los tres componentes de la ENRDC). Este personal se capacitó y estandarizó en la toma de medidas antropométricas por medio del método de utilización del supervisor como norma ³.
6. Con el permiso obtenido por la Coordinadora del PEC, se contactó a los coordinadores o directores de las nueve ONG's que fueron seleccionadas con el propósito de explicarles los objetivos del estudio y que se les estaría visitando entre el mes de agosto y octubre 2008 sin especificar el día de la visita, obteniendo respuesta de consentimiento de cada uno de ellos.
7. Con las seis personas que fueron contratadas, se conforman tres grupos de trabajo de dos personas cada uno y se establecen rutas viaje. Cada grupo de trabajo, visita simultáneamente durante el primera quincena de octubre 2008, tres Centros de Convergencia⁴ -CC- de la comunidad que cada ONG tenía calendarizado atender en el día específico de la visita. Para conocer la comunidad en la cual se estaban entregando los servicios, cada grupo de trabajo llamó telefónicamente al director o coordinador el día en que se realizaba la visita.

³ Con este método se analiza la precisión y exactitud de cada persona para tomar las medidas antropométricas requeridas comparadas con los datos de origen de un supervisor como estándar. Normalmente se requieren diez individuos para los procedimientos de estandarización.

⁴ Las ONG's ubican un Centro de Convergencia en determinada comunidad que es el lugar físico donde llega el equipo básico de salud a prestar el servicio a ésta comunidad y las comunidades aledañas

8. En cada visita, la educadora apoyó al grupo de trabajo informando a las madres sobre el objetivo de la visita, indicándoles que se les estaría realizando una entrevista y tomando el peso, la talla y la edad de los niños que están llevando para su control así como la necesidad de formar un grupo de madres para realizar el grupo focal.
9. Los grupos de trabajo procedieron a recolectar la información, utilizando para el efecto los instrumentos de recolección de datos y el equipo necesario que se les proporcionó (balanzas y tallímetros o infantómetros).
10. Utilizando el “Formulario de verificación de servicios recibidos por el niño o niña y por la mujer gestante o madre lactante”, se entrevistó a las madres que acceden y que tienen niños o niñas de 0 a 36 meses y/o que están embarazadas o dando de mamar. También se verificó la información del carnet correspondiente al niño o niña y de la madre si es que lo tenía y si no se confiaba en sus respuestas, para identificar la información de los servicios de salud recibidos por la madre. Con anuencia de la madre, se realizó la medición de peso, talla y toma de edad de los niños y niñas que aunque no es el objeto del estudio directamente, proporciona información valiosa de la situación nutricional de estos y se utiliza para apoyar el análisis de la información recolectada.
11. Simultáneamente, mientras una de las personas iniciaba con las entrevistas a las madres, la otra persona del grupo de trabajo observaba cómo se realizaban los diferentes procesos en la prestación de los servicios utilizando la “Guía de observación sobre el trabajo del equipo básico de salud para la entrega de los diferentes servicios en los tres componentes de la ENRDC”. **Observa y anota** varios de los procesos y posteriormente apoya para continuar con las entrevistas y toma de medidas antropométricas.
12. Con las madres participantes, se conformó un grupo de entre cinco y diez madres para realizar la sesión de grupo focal con madres y/o cuidadoras de niños y niñas menores de tres años utilizando la “Guía para la inducción de grupo focal con madres y/o cuidadores de los niños y niñas” establecida para obtener información cualitativa sobre la calidad y calidez de la atención sobre la prestación de los servicios en los componentes directos de la ENRDC.

13. Posterior a las entrevistas, la toma de medidas antropométricas a los niños, observación de la implementación de servicios y la actividad con el grupo focal realizados con las madres, se procedió a entrevistar a la educadora utilizando el “Formulario de entrevista a educadora de la prestadora de servicios de salud” para conocer su opinión y percepción del trabajo que realiza así como de la participación de los beneficiarios. En el instrumento también se recogió información abierta según las observaciones y comentarios que proporcionaron.
14. En la sede de la organización, se procedió a entrevistar al director o coordinador de la ONG utilizando el “Formulario de entrevista a coordinadores o directores de ONG’s prestadoras de servicios de salud” para conocer su punto de vista sobre la ENRDC, la participación de la organización y su relación con el MSPAS.
15. Después de haber visitado las nueve ONG’s y al regresar, se realiza una reunión donde los grupos de trabajo comentaron y entregaron los formularios de las entrevistas realizadas tanto a las madres como a las educadoras y directores o coordinadores de ONG’s así como las guías sobre la información obtenida a través de los grupos focales de madres y de la observación que hicieran en los procesos de implementación de los servicios, lo que permitió proceder al análisis y procesamiento de la información.

C. PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

C.1. Información Cualitativa

1. Para el análisis de la información, se utiliza el programa Statistical Package for Social Sciences –SPSS v.16.0- que permite ingresar la información de cada pregunta de los instrumentos de recolección de datos (a excepción de la guía de grupo focal y la guía de observación de la implementación de los servicios) y cuantificar las respuestas obtenidas para cada una de ellas. Se conforma una base de datos que genera un reporte con cuadros de salida para cada variable.

2. Para eliminar la posibilidad de error, los datos obtenidos se digitalizan dos veces, dando como producto dos bases de datos y dos reportes que se analizaron para comprobar que se obtenían las mismas respuestas; esto permitió detectar errores en la digitalización con lo cual se verificó nuevamente en los instrumentos de recolección de datos originales y se realizaron las correcciones pertinentes.
3. Utilizando una sola base de datos verificada y su respectivo reporte, se procede a utilizar las aplicaciones del Plan de Análisis para vaciar la información, elaborando para cada variable, las tablas, cuadros y gráficas que se utilizaron posteriormente en el análisis de los resultados obtenidos.
4. Para analizar la información de las guías de grupos focales y de las guías de observación de la implementación de los servicios, con la ayuda del plan de análisis, se identifican y unifican las diferentes respuestas que dieron los nueve grupos focales y la observación en los nueve centros de convergencia de las ONG's.

C.2. Información Antropométrica

1. El análisis de la información antropométrica obtenida de los niños y niñas, se realiza por medio del programa de Emergency Nutritional Assessment –ENA for Smart- utilizando los estándares de crecimiento de OMS 2005⁵. Este programa genera la información de estado nutricional según los índices de Peso/Talla, Talla/Edad y Peso/Edad para la población total o disgregada por sexo, comunidad o según se le requiera.
2. Para obtener los resultados de estado nutricional de los niños y niñas evaluados, siguiendo el patrón que establece la tabla dinámica de ENA for Smart, se digitalizaron dos veces los datos antropométricos de cada niño o niña en tablas separadas de Microsof Office Excell. De esta cuenta se obtuvieron dos tablas de Microsof Office Excell con la información digitalizada.
3. La información de cada tabla de Microsof Office Excell, se copió a la tabla de ENA for Smart, generando dos bases de datos que fueron corridas independientemente para

⁵ Para la población de niños y niñas menores de cinco años estos estándares son los mismos publicados como los nuevos estándares de referencia de OMS 2007.

verificar que los resultados obtenidos fueran iguales. En caso de incongruencias, se procedió a verificar los datos en los instrumentos de recolección, lo que permitió la corrección de errores de digitalización o de “limpieza” por valores extraños o fuera de rango; esto permitió generar en el ENA for Smart, una base de datos verificada que fue corrida nuevamente para obtener el reporte de los resultados sobre la situación nutricional de los niños y niñas evaluados.

4. Con el reporte se describen los resultados de la evaluación nutricional realizada para cada uno de los indicadores: Peso/Talla, Talla/edad y Peso/edad de la población evaluada.

D. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE INFORMACIÓN GENERADA

1. Al finalizar el procesamiento de la información y utilizando el Plan de Análisis, se generan los cuadros, tablas y gráficas de cada variable que se presentan en este documento.
2. Cada variable y su visualización en tabla, cuadro o gráfica permite obtener los resultados de los diferentes servicios recibidos por los niños o niñas y las madres en los tres componentes directos de la ENRDC
3. Los resultados permitieron analizar si los servicios que se están proporcionando en los tres componentes directos de la ENRDC se ejecutan conforme fueron planteados, interpretando los hallazgos encontrados tomando de referencia el documento que describe los tres componentes directos de la ENRDC. (8).
4. La interpretación de la calidad y sistematización de la entrega de los servicios en los tres componentes directos de la ENRDC son inferidos de las respuestas de los grupos focales de madres, de la observación sobre la implementación de los servicios y de las respuestas de los directores o coordinadores y educadoras de las ONG´s.

E. MATERIALES Y OTRO EQUIPO UTILIZADO

1. Balanzas Salter con calzón y/o pañal
2. Tallímetro e infantómetro
3. Carnet de salud del niño y niña
4. Carnet de salud de la madre

VIII. RESULTADOS

A. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN SELECCIONADA

Al azar se seleccionan nueve ONG's prestadoras de servicios de salud del Programa de Extensión de Cobertura de 7 Áreas de Salud y que ejecutaban en 2008, los tres componentes directos de la ENRDC; se visitaron las comunidades previstas de trabajo de cada ONG los cuales toman el nombre de Centro de Convergencia –CC-; con la anuencia del director y personal de la ONG, se entrevista a 125 madres de niños y niñas menores de 36 meses que desean participar obteniéndose en total 117 entrevistas válidas, así como información de un grupo focal de madres por ONG con la participación voluntaria de cinco a diez madres por grupo, e información por observación de los servicios y la información proporcionada por el director o coordinador y la educadora de la ONG. En el cuadro #1, se describen los nombres de las Áreas de Salud correspondiente al departamento así como el nombre de la ONG, el municipio y las comunidades atendidas el día de la visita. También se identifica el número de madres y entrevistas válidas realizadas en cada comunidad.

Cuadro #1
Descripción de las ONG´s Seleccionadas

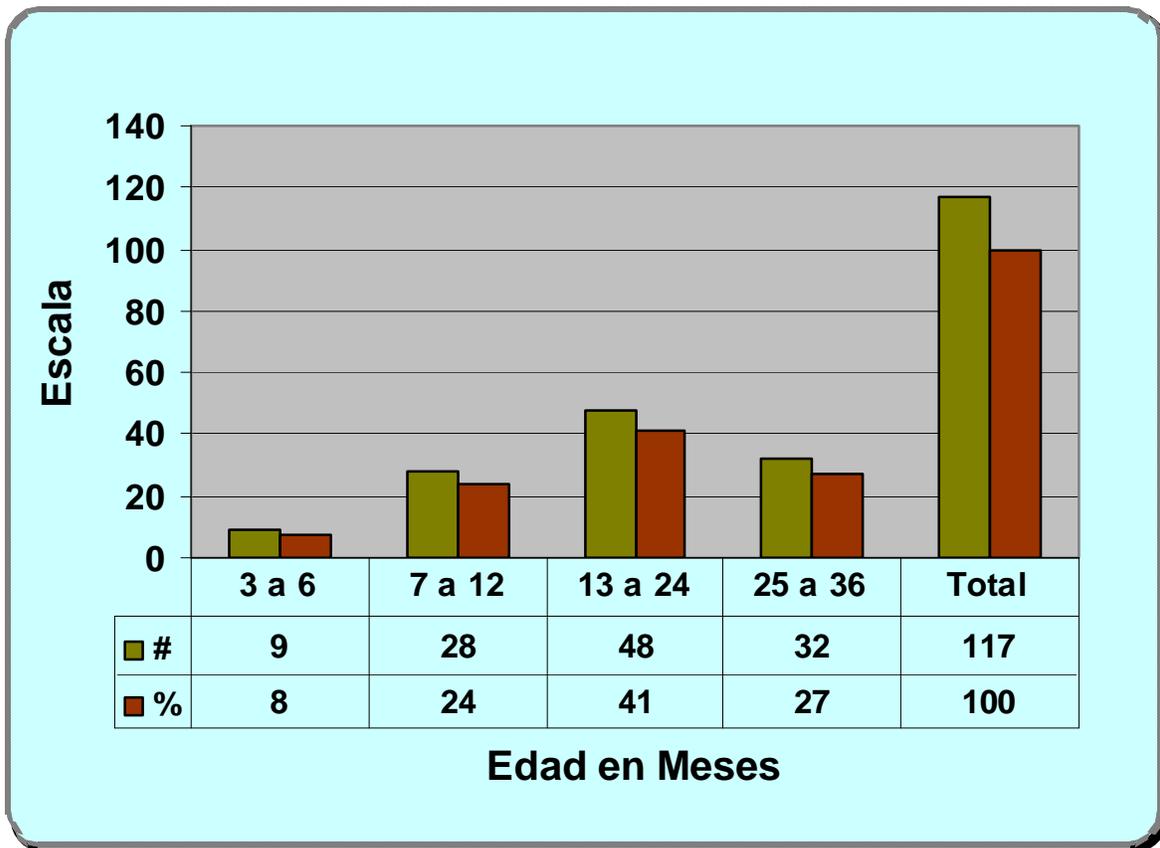
Área de Salud	Nombre de ONG PSS	Municipio	Comunidades	# madres entrevistadas
Huehuetenango	Fundación Kanil	Chiantla	Caserío Sicol Cascochancol	06
			Aldea Quebradía	08
	Kaibil Balám	La Democracia	Aldea Las Guacamayas	13
Quiché	CORSADEC	San Pedro Jocopilas	La Montañita	04
			Cantón San Pedro II	06
			Las Victorias,	11
Chimaltenango	Chivi Tinimit,	San Juan Comalapa	Manzanillo	05
			Chuiquel	08
Sololá	APNACH	Sololá	El Progreso	05
			Quetzaltenango	FUNDEI
Alta Verapaz	FUNMAYAN,	Tamahú	Jocolache	06
			Chimalón,	05
	FUNDAMENO	San Cristóbal Verapaz	San Lucas Chiacal	02
			Raxquix,	07
Jalapa	Cooperativa El Recuerdo	San Pedro Pinula	Las Agujitas	16
Total				117

Del total de las 117 entrevistas válidas realizadas a las madres, se obtuvo la información de estas 117 madres así como de forma indirecta, la información de 56 niños (48%) y 61 niñas (52%) para un total de 117 niños menores de 36 meses, todos hijos e hijas de las madres entrevistadas que se encontraban en el centro de convergencia comunitario de la ONG seleccionada en el día que se les visitó y que accedieron a participar.

Las edades de los hijos o hijas de las madres que participaron el estudio se presentan la gráfica #1, donde destaca la participación de los niños y niñas entre 13 y 24 meses.

Gráfica #1

Número y Porcentaje de los Niños y las Niñas según Rangos de Edad



B. IMPLEMENTACIÓN DE LOS TRES COMPONENTES DIRECTOS DE LA ENRDC

B.1. Componente de Servicios Básicos de Salud

B.1.1. Atención del Niño o Niña

1. Carnet de Salud y Control de Crecimiento

Del total de los 117 niños y niñas analizados, 115 de (98%) contaban con su Carnet de Salud, como lo muestra el cuadro #2, de los cuales 108 (94%) de los niños o niñas evaluados tenían registrado tres o más controles de crecimiento, información que se visualiza mejor en la gráfica #2; con respecto al período en el cual los niños o niñas van a su control de crecimiento, 90 niños o niñas equivalente al 78% tienen control mensual, 18 (16%) control cada dos meses, 6 (5%) niños o niñas cada tres meses y solamente un niño (1%) no contaba con ningún control. Esta información demuestra que la actividad de Control de Crecimiento se lleva a cabo en cuanto a su ejecución, con regularidad en la mayoría de los niños y niñas evaluados.

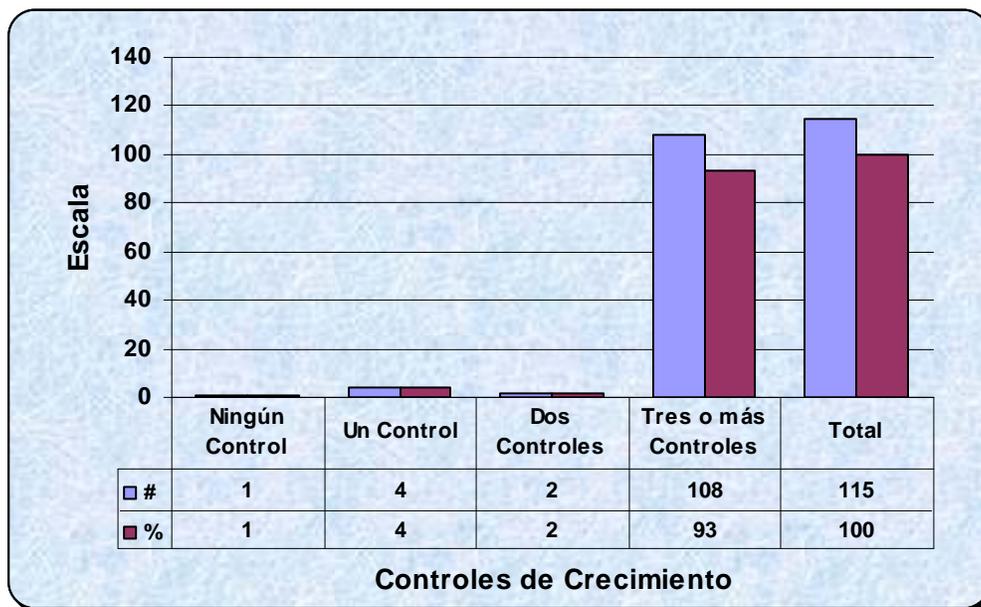
Cuadro #2

Número y porcentaje de niños y niñas con Carnet de Salud

Respuesta	Total	
	#	%
No	2	2
Sí	115	98
Total	117	100

Gráfica #2

Número y porcentaje de niños y niñas según Controles de Crecimiento



Al analizar si los carnet tenían graficada la curva de peso obtenido en cada control, importante para la información que se proporciona a la madre y la comprensión de ésta sobre la evolución nutricional de su hijo o hija, se constata de que aunque existían un porcentaje elevado de niños y niñas con monitoreo de crecimiento constante, en la mayoría de los casos mensual según se ha descrito anteriormente, 43% de los niños o niñas evaluadas no tenían la curva graficada ni con puntos ni con líneas. El detalle se observa en el cuadro #3.

Cuadro #3

Número y porcentaje de niños y niñas con Curva de Crecimiento graficada

Respuesta	Total	
	#	%
No	49	43
Sí	66	57
Total	115	100

El 42% de las madres informa que la persona que realiza el control de crecimiento es la educadora, sólo un 16% de madres comenta que esta actividad la realiza el médico o la enfermera y el 42% restante indica que el peso de los niños o niñas lo realizan promotores o vigilantes de salud.

Cuando se realizó el proceso de observación en la implementación del control de crecimiento, los hallazgos fueron los siguientes:

- Al observar el proceso de implementación de la actividad se constató que cuentan con equipo apropiado para la toma del peso a través de balanzas tipo Salter, pero la toma de peso de los niños o niñas no es adecuada en ninguna de las ONG´s evaluadas, puesto que son pesados con todo su vestuario, las balanzas no están ni son calibradas frecuentemente y muchas veces el niño o niña se apoya en la persona que lo está pesando o en su madre.
- Aunque se hacía el registro del peso del niño o niña, en ocho ONG`s no se graficaba la curva de crecimiento, tampoco se dio consejería; solamente en una ONG se registraron todos los pesos de los niños y se graficó la curva de crecimiento proporcionando a la madre información sobre el peso del niño y su evolución.
- En todas las ONG´s observadas, fue la educadora quien realizó el peso de los niños y niñas.

Es importante destacar que en la entrevista realizada a la educadora, ninguna menciona haber recibido capacitación sobre medidas antropométricas, utilización adecuada de la balanza, ni en el procedimiento de toma de peso de niños.

2. Inmunización (Vacunación)

Como fue descrito anteriormente, de los 117 niños o niñas evaluados, dos de ellos no poseen su carnet de salud y 115 si cuentan con éste documento; en el cuadro #4 se muestra que, el 97% de los niños o niñas tienen el esquema de vacunación completo; de los tres niños o niñas que no tenían el esquema completo, uno de ellos era menor de doce meses y los otros dos, un niño y una niña, mayores a ésta edad.

Cuadro #4

Número y porcentaje de niños y niñas con esquema de Vacunación completo

Esquema completo	Total	
	#	%
No	3	3
Sí	112	97
Total	115	100

Al observar cómo se ejecuta el programa de inmunizaciones, los tres grupos de trabajo coincidieron en:

- El médico o la enfermera verificaron con el carnet de niño o la niña, el esquema de vacunación según la edad.
- Si fue necesario se vacunó al niño o la niña.
- En todas las ONG's, ningún niño dejó de ser vacunado.
- Todas las ONG's tenían disponibilidad de vacunas de los diferentes tipos utilizadas.

Al conversar con las madres en los grupos focales, es notoria la importancia que estas prestan al hecho de que sus hijos deben estar vacunados para que estén sanos y no se enfermen ni mueran, también reflexionan que hay algunas madres de la comunidad que no acuden al Centro de Convergencia a vacunar a sus hijos o hijas, debido a que

desconocen la importancia de este procedimiento en la salud de sus niños o niñas, otro motivo es porque los esposos no las dejan ir al servicio de salud o que tienen influencia negativa de líderes religiosos; este aspecto también es compartido por las educadoras y los directores o coordinadores de las ONG's cuando fueron entrevistados considerando además, que la vacunación de los niños y niñas es una de las actividades que la prestadora de servicios realiza con mayor éxito.

3. Atención de la Morbilidad

Al preguntar a las madres, si sus hijos o hijas se habían enfermado en los últimos seis meses, 76 (65%) de ellas contestaron que sí y las respuestas en cuanto al número de veces que el niño o niña se había enfermado durante este período varió en proporción relativamente igual para una vez, dos veces o tres veces según puede observarse en el cuadro #5.

Cuadro #5

Número y porcentaje de niños y niñas que se han enfermado en los últimos seis meses

Una vez		Dos veces		Tres veces o más		Total	
#	%	#	%	#	%	#	%
25	33	23	30	28	37	76	100

Con respecto al lugar a donde había acudido para recibir ayuda cuando su niño o niña se enfermó, las respuestas fueron variadas, según se observa en el cuadro #6, siendo notorio de que casi siempre mencionaron acudir a un servicio de salud formal, especialmente al centro de convergencia de la prestadora de servicios de salud que les atiende, aunque en análisis posteriores de morbilidad por diarreas e IRA's se contradice esta información.

Cuadro #6

Frecuencia de respuesta de las madres en relación al lugar de atención que utilizan cuando sus hijos e hijas se enferman

Lugar de atención médica	Frecuencia
Centro de Convergencia (Médico o Enfermera)	46
Puesto o Centro de Salud (Auxiliar, Enfermera, Médico)	23
Clínica Privada (Médico privado)	10
Hospital nacional	09
Clínica Parroquial	02
Curandero/a o brujo/a	06

3.1. Manejo de diarrea Aguda

Del total de niños y niñas incluidos en el estudio según se observa en el cuadro #7, 42 de ellos refieren haber enfermado con diarrea aguda en los últimos 15 días, lo que significa que casi la tercera parte de niños y niñas del estudio, y, más de la mitad de los niños y niñas que se enfermaron en los últimos seis meses, padeció diarrea aguda, deduciendo una alta incidencia de diarrea en los niños y niñas participantes.

Cuadro #7

Número y porcentaje de niños y niñas que padecieron diarrea en los últimos 15 días

Respuesta	De todos los niños(as) participantes en el estudio		De los niños(as) que enfermaron en los últimos seis meses y que padecieron diarrea	
	#	%	#	%
No	75	64	34	45
Sí	42	36	42	55
Total	117	100	76	100

De estos 42 niños o niñas que padecieron diarrea en los últimos 15 días anteriores al estudio, 20 (47%) refieren no haber sido atendidos por personal de salud y los restantes 22 (53%) recibieron atención médica cuando tuvieron diarrea. Esta información demuestra que casi la mitad de los niños o niñas que enfermaron con diarrea no tuvieron atención de salud como lo muestra el cuadro #8.

Cuadro #8

Número y porcentaje de niños o niñas según persona consultada en caso de diarrea

Tipo de persona de salud consultada	Número de niños(as) que consultan por diarrea	%
Ninguno	19	45
Promotor(a) de salud, vigilante, guardián(a)	8	19
Facilitador comunitario(a)	2	05
Médico(a) o Enfermera(o) Ambulatorio(a)	7	17
Personal del Puesto o Centro de Salud (Enfermera, Médico)	3	07
Médico privado/Clínica Privada	1	02
Personal del hospital nacional	1	02
Otros (Señora de la Tienda)	1	02
Total	42	100

Al Preguntar a las madres que no habían llevado a sus hijos con proveedor de servicios de salud las razones de tal conducta, contestaron que prefieren curar a sus hijos o hijas con remedios caseros (agüitas de hiervas entre las que destacan el té de hierbabuena), “santemicina” u otra medicina que consiguen en la farmacia o la tienda de la comunidad, aún cuando pueden acudir al promotor de salud o facilitador comunitario, razonando que en muchos casos “van por gusto” porque no hay medicinas disponibles.

Otro dato importante, es que al preguntar a las madres si hubo cambios en la alimentación del niño o la niña cuando tuvo diarrea, el 69% de las madres de los niños o niñas que padecieron diarrea contestó que éstos continuaron alimentándose normalmente; el restante 31% dijo que los niños o niñas no tenían apetito y que preferían

darles alimentos líquidos (como caldos o atoles) y no alimentos sólidos porque podían “empacharse”. Dos madres dijeron que piensan que cuando sus niños o niñas tienen diarrea es por les han “hecho mal de ojo” ya sea porque los vio una mujer que estaba menstruando, un ebrio o alguna otra persona de “mirada pesada”.

En cuanto al consumo de líquidos cuando el niño o niña padece de diarrea, de los 42 que la padecieron, 35 (83%) manifestaron sus madres que sí consumieron líquidos; al preguntarles qué tipo de líquidos, las madres mencionan varios líquidos según se aprecia en el cuadro #9, entre los que destacan en frecuencia de respuestas el suero de sales de rehidratación oral (SRO) que les proporcionan en su mayoría en el centro de convergencia, agua pura y atoles; dentro de las repuestas sobresale también el consumo de café. De las 21 respuestas que refieren que toman SRO, 9 (43%) dijeron que los niños o niñas se lo consumen todo y 12 (57%) indican que solamente consumen un poco; al preguntarles que tipo de atol prefieren dar al niño o niña cuando tiene diarrea, mencionan con más frecuencia atol de maicena porque “tapa los asientos” o atol de masa porque “es fresco” para el estómago, respuesta que se obtuvo de manera similar en el grupo focal de madres.

Cuadro #9

Frecuencia de respuestas de las madres con relación al consumo de líquidos cuando sus hijos e hijas tienen diarrea

Tipo de líquido consumido	Frecuencia de respuesta según tipo de líquido consumido
Agua pura	13
Suero casero	02
Atoles	13
Aguas caseras	08
Jugos	02
Suero de Sales de Rehidratación Oral –SRO-	21
Café	07
Otros (calmante con agua o agua azucarada)	03

3.2. Manejo de Infecciones Respiratorias Agudas -IRA´s-

Sobre el manejo y conocimiento de las madres con respecto a las infecciones respiratorias que con frecuencia pueden padecer o padecen los niños y las niñas, se indagó sobre el conocimiento que sobre el tema tenían y aunque la mayoría (el 76%) reconocía síntomas referentes a las IRA´s, graves (neumonía) es alarmante que 28 madres (24%) no supieran contestar ningún síntoma referente a esta grave enfermedad. Las madres identificaron principalmente la fiebre, tos y dificultad para respirar como los principales síntomas de neumonía, pero mencionaron otros síntomas que ellas identifican como peligrosos, dentro de las que fue frecuente escuchar que los niños o niñas se ponen “morados” con mucho sudor principalmente en el cuello y con un catarro o tos seca que les lastima la garganta. Para mayor referencia sobre las respuestas de las madres se presenta el cuadro #10.

Cuadro #10

Frecuencia de tipo de síntoma que reconocen las madres como IRA grave o Neumonía

Tipo de síntomas	Frecuencia	%
Contesta que “No sabe”	28	24
Contesta que “Sí sabe”	89	76
• Se hunde debajo de las costillas al respirar	12	13
• Fiebre	67	75
• Tos	80	90
• Dificultad al respirar (no nariz tapada)	62	70
• Boca reseca	17	19
• Otro (catarro seco, se ponen morados, sudor en el cuello, no come)	30	33

Del total de los 76 niños y niñas que habían enfermado en los últimos seis meses, las madres contestaron que 39 (51%) de sus hijos o hijas habían estado enfermos con tos y con fiebre en los últimos 15 días, es decir la mitad de los niños o niñas que enfermaron de cualquier causa, tuvieron una IRA, a lo que se suma que 21 de éstos niños manifestaron respiración rápida y corta y 10 de ellos padecieron de respiración rápida y hundimiento debajo de las costillas durante el episodio de tos con fiebre (cuadro #11 y #12).

Cuadro #11

Número y porcentaje de niños y niñas que refieren IRA´s en los últimos 15 días

Respuesta	De todos los niños(as) participantes en el estudio		De los niños(as) que enfermaron en los últimos seis meses y que padecieron IRA´s	
	#	%	#	%
No	78	67	37	45
Sí	39	33	39	55
Total	117	100	76	100

Cuadro #12

Número y porcentaje de niños y niñas que refieren tos con fiebre y síntomas graves de IRA´s

Respuesta	Respiración rápida y corta acompañada de tos y fiebre		Respiración rápida y hundimiento debajo de las costillas al respirar	
	#	%	#	%
No	18	46	29	74
Sí	21	54	10	26
Total	39	100	39	100

Cuando se preguntó a las madres a dónde habían acudido a recibir tratamiento para su hijo o hija, más de la mitad contestó que ha ningún lado, como puede observarse en el cuadro #13, dijeron que ellas los curaron con remedios caseros, les dieron acetaminofen y “calentaron los pulmones con aceite de oliva”; al preguntar si los niños o niñas habían recibido antibiótico como tratamiento, de los 39 casos, nueve madres contestaron que sí, mencionando todas la amoxicilina y en dos de los casos, ellas mismas le dieron antibiótico a sus hijos o hijas sin prescripción de personal de salud; ninguno de los niños fue referido a otro centro asistencial.

Cuadro #13

Número y porcentaje del tipo de prestador de servicio de salud a donde acudieron las madres para que sus hijos o hijas recibieran tratamiento por IRA´s graves

Tipo de prestador de servicio de salud	#	%
Ninguno	21	54
Facilitador comunitario	1	3
Vigilante o promotor	1	3
Centro de Convergencia	6	15
Médico privado/Clinica Privada	1	3
Farmacia (dependiente de farmacia)	3	7
Centro o puesto de salud del MSPAS	4	10
Curandero	2	5
Total	39	100

Al relacionar morbilidad por diarreas e IRAS, un dato interesante es que de los **42** niños o niñas que padecieron **diarrea** en los 15 días previos al estudio, **ocho** de ellos también padecieron **IRA´s** y de estos, **cinco** mostraron síntomas de respiración rápida y corta acompañada de tos y fiebre y **un** niño respiración rápida con hundimiento debajo de las costillas al respirar.

Cuando se observó la atención médica que recibían los niños o niñas que habían llegado el centro de convergencia a su control y que además mostraban que estaban enfermos, el personal médico procedió de la siguiente manera:

- Todos los niños o niñas después de recibir su control de crecimiento, fueron evaluados por la enfermera o el médico y si estaban enfermos, fueron diagnosticados y tratados.
- Todas las ONG´s contaba con medicamentos genéricos para tratar IRA´s, enfermedades de la piel, antiinflamatorios y sales de rehidratación oral, aunque en cantidad limitada y aunque a todos los niños que estaban enfermos se le dio

tratamiento, no pudo constatar si se proporcionó al niño o niña enferma el tratamiento completo.

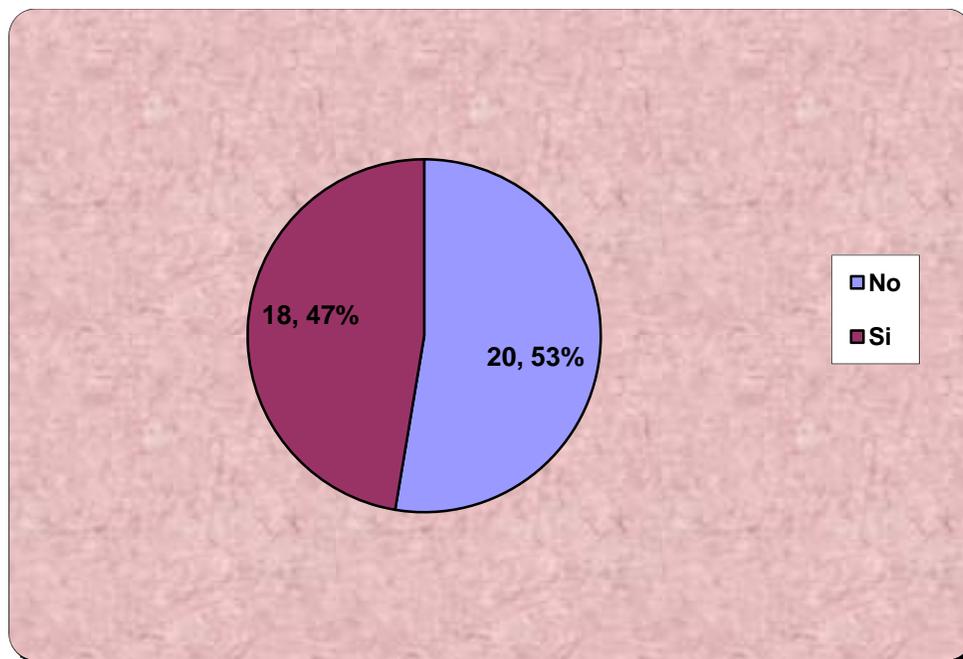
- El personal de salud manifestó tener mucha limitación de medicamentos tanto en cantidad como en variedad.

4. Desparasitante

Del total de de los 117 niños del estudio, 38 niños eran mayores de 2 años y de éstos la mitad no habían recibido desparasitante ni una sola vez; de los 18 niños que sí habían recibido el desparasitante, solamente ocho tenían un adecuado esquema (gráfica #3 y cuadro #14).

Gráfica #3

Número y porcentaje de niños y niñas mayores de dos años que han recibido Desparasitante



Cuadro #14
Número y porcentaje de niños y niñas con esquema de Desparasitante adecuado

Respuesta	Total	
	#	%
No	10	56
Si	8	44
Total	18	100

Las razones manifestadas por las madres son respecto a porqué en el centro de convergencia no le daban desparasitante a su niño o niña fue porque no había disponibilidad de medicamento o bien que no sabían la razón (tampoco les preocupaba si se lo daban o no).

Al observar la prestación de este servicio, se comentó que:

- Solamente en tres de las nueve ONG´s tenían desparasitante.
- En las tres ONG´s que contaban con desparasitante, no lo administraron a los niños o niñas mayores de dos años que por edad debieron haberlo recibido.
- Pareciera que el personal de salud resta importancia a desparasitar a los niños o niñas.

5. Suplementación con Micronutrientes

En este tema es interesante conocer lo que opinan las madres sobre “las vitaminas”, dicen que son buenas para la salud, que ayudan a crecer y para que niños no se enfermen. No identifican qué es lo que les dan a sus niños o niñas, menciona que es un aceite que le dan al niño en la boca (.....dice la seño...ábrale la boquita, se lo hecha y ya está.....), una capsulita, un “frasquito café” o unas “pastillitas” que deben llevar a su

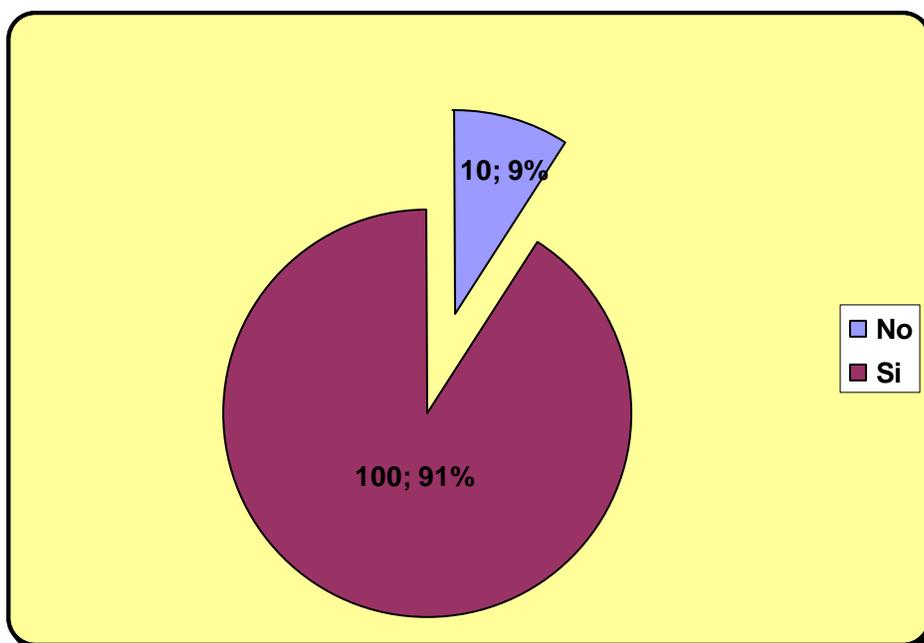
casa para dárselo “el miércoles y el viernes”, pero que a los niños no les gusta porque es amargo.

5.1. Vitamina A

Con la administración de Vitamina A se encontró, que de los 117 niños o niñas, siete de ellos eran menores de seis meses y por lo tanto no aplicaban aún para recibir Vitamina A; de los restantes 110 niños o niñas que por edad debían recibir Vitamina A según las normas de salud, 100 (91%) tenía anotado en su carnet su administración, sin embargo de éstos 100 niños o niñas sólo el 57% tenían un esquema adecuado de suplementación con Vitamina A (gráfica #4 y cuadro #15).

Gráfica #4

Número y porcentaje de niños y niñas que han recibido Vitamina “A”



Cuadro #15
**Número y porcentaje de niños y niñas con esquema de Vitamina “A”
 adecuado**

Respuesta	Total	
	#	%
No	43	43
Si	57	57
Total	100	100

En general las madres no saben con claridad para qué realmente sirve la Vitamina A; en los grupos focales mencionan que les han dicho que es para que los niños no se enfermen y “que estén bien de la vista”.

En la observación realizada con respecto a la Vitamina A, cabe mencionar que:

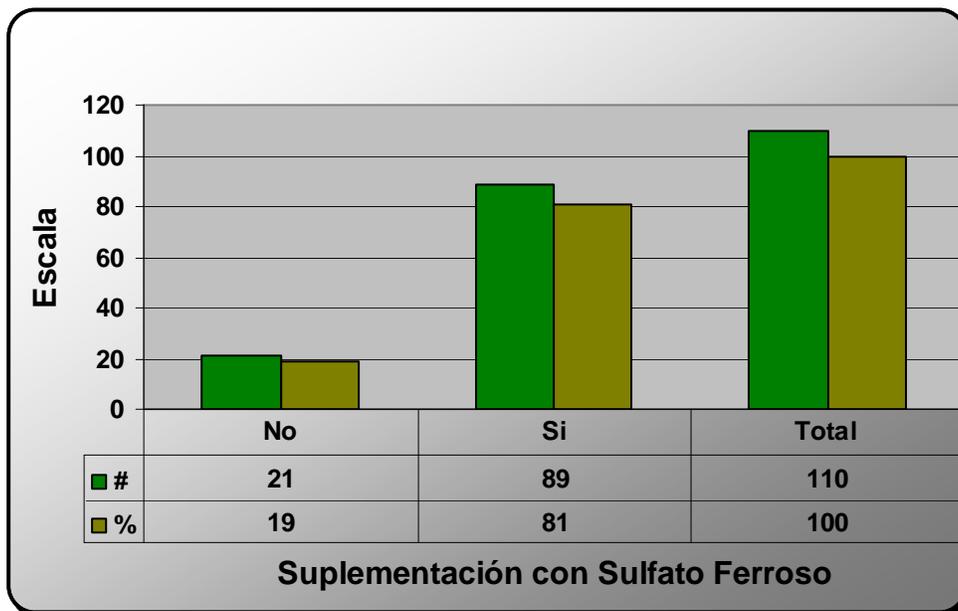
- Todos los centros de convergencia tenían disponibilidad suficiente de Vitamina A en cápsulas de 100,000 UI de retinol.
- En el día de la visita, se administró Vitamina A, a todos los niños que según esquema y edad debían ser dosificados.

5.2. Sulfato Ferroso

Al igual que para la suplementación con Vitamina A, siete de los niños o niñas no aplican por edad, pero de los restantes 110 niños o niñas 89 (81%) sí han recibido Sulfato Ferroso como se muestra en la gráfica #5, sin embargo solamente 54% de ellos tiene un esquema de recepción para llevar a casa adecuado según se observa en el cuadro #16; hay que tomar en cuenta que a diferencia de la Vitamina A que se le administra al niño o niña en la boca directamente en el centro de convergencia, el Sulfato Ferroso se lo dan a la madre para que se lo proporcione al niño o niña, lo que no asegura que este 54% equivalente a 48 niños o niñas a los que les dieron el hierro para llevar a casa, lo hayan consumido adecuadamente .

Gráfica #5

Número y porcentaje de niños y niñas que han recibido Sulfato Ferroso



Cuadro #16

Número y porcentaje de niños y niñas con esquema adecuado de Sulfato Ferroso

Respuesta	Total	
	#	%
No	41	46
Si	48	54
Total	89	100

Con referencia a Sulfato Ferroso, se observa que:

- Todos los centros de convergencia tenían disponibilidad de Sulfato Ferrosos.
- En el día de la visita, se entregó Sulfato Ferrosos, a todos los niños o niñas que según esquema y edad debían recibirlo.

5.3. Acido Fólico

Con relación a Acido Fólico, de los 110 niños o niñas aptos por edad para recibirlo, 86 (78%) de ellos no habían recibido ácido fólico y 24 (22%) sí lo recibieron; ninguno contaba con esquema adecuado.

Cuando se observa si se entrega o no Acido Fólico destaca que:

- Seis de los Centros de Convergencia contaban con Acido Fólico y en los restantes tres centros, mencionaron que se les había acabado hacía poco.
- Algunos niños o niñas que debían recibir el Acido Fólico lo recibieron y otros no.
- Los grupos de trabajo mencionaron que tuvieron la impresión, por la conversación con el personal de salud, de que no está clara la norma con respecto a la administración de Acido Fólico para los niños y niñas.

B.1. 2. Atención de la Madre

1. Carnet de Salud y Control Prenatal

Con respecto a la atención de las madres, se les preguntó a las 117 señoras entrevistadas si poseen carnet de salud, encontrando que la mayoría, 81 (69%) de ellas dijeron no tenerlo. Del restante número de madres que refirieron si tenerlo, solamente 16 (14%) lo traían consigo y tenían información (cuadro #17); las demás dijeron que sí contaban con el documento pero que lo habían dejada en la casa, o bien aunque lo tenían, no tenía datos. Por lo tanto, la información que a continuación se presenta en el caso de las madres, es en su mayoría referido por la propia madre si poderlo constatar en el carnet debido a que de otra manera no se hubiese obtenido ninguna información.

Cuadro #17**Número y porcentaje de madres que cuentan con Carnet de Salud**

Respuesta	Total	
	#	%
No	81	69
Si	16	14
Sí, pero refiere tenerlo en casa y no lo muestra	15	13
Sí, pero sin datos	5	4
Total	117	100

Cuando se preguntó a las madres sobre si han recibido control prenatal, ellas en su mayoría, 91 (78%) dicen que sí han recibido control prenatal según puede observarse en el cuadro #18, comentando que han sido atendidas por médicos (38%) del Centro de Convergencia, por personal de Centros o Puestos de Salud (26%) y por comadronas (13%), información que se describe en el cuadro #19. Es importante comentar que de las madres que refirieron como primer tipo de atención de consulta prenatal a personal de salud ya fuera médico o personal de enfermería de Centro de Convergencia o de Centro o Puesto de Salud, 34 de ellas también dijeron que además de que consultaban con el personal de salud, iban con la comadrona de la comunidad. Entonces, el papel de la comadrona es sumamente importante porque de las 117 mujeres, 47 (40%) acuden a recibir atención y consejos de parte de ella ya sea que acudan o no con personal de salud.

Cuadro #18**Número y porcentaje de madres que refieren han recibido atención prenatal**

Respuesta	Total	
	#	%
No	26	22
Si	91	78
Total	117	100

Cuadro #19

Número y porcentaje de madres según prestador de servicio con quien ha recibido Control Prenatal

Prestador de Servicios de Salud	#	%
Ninguno	26	22
Médico o Personal de Enfermería del Centro de Convergencia	44	38
Personal del Puesto o Centro de Salud (Auxiliar, Enfermera, Médico)	31	26
Comadrona	13	11
Personal del hospital nacional	1	1
Otro (Clínica Privada)	2	2
Total	117	100

De las 16 madres que sí tenían su carnet de control, todos demuestran tres o más controles prenatales, con espaciamiento de dos a tres meses en todos los casos. Con relación a las restantes 101 señora que no se pudo constatar porque no tenían carnet o no lo habían llevado, se consideró la respuesta que ellas dieron con relación a su último embarazo, indicando 75 (74%) madres que por lo menos habían recibido un control. De estas 75 señoras 51 (50%) dijeron haber consultado más de tres veces para evaluar su embarazo; sin embargo un número considerable equivalente al **26%** de estas 101 madres, afirmo que nunca tuvo un sólo control de embarazo (cuadro #20) manifestando que las principales razones por las que no fue a recibirlo es por la falta de dinero o por los celos del esposo que no permiten que nadie vea íntimamente a su esposa, menos aún si se trata de personal médico masculino.

Cuadro #20

Número y porcentaje de Controles Prenatales que las madres refieren haber recibido

Sin ningún control		Refiere un control		Refiere dos controles		Refiere más de tres controles		Total de madres que refirieron la información	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
26	26	10	10	14	14	51	50	101	100

Con respecto a la atención prenatal observada el día de la visita destaca que:

- En todos los centros de convergencia, las señoras que mostraban o dijeron estar en estado de gestación fueron atendidas en su control prenatal por la enfermera o el médico.
- La atención médica prenatal proporcionada a las señoras fue privada y no se tuvo acceso a observar el proceso.
- Los centros de convergencia cuentan con balanzas de pie y pudo constatar que se controla el peso de las gestantes, aunque el peso se toma con toda la ropa que llevan puesta, a excepción de los zapatos.

2. Suplementación con Micronutrientes

Para analizar esta variable, se considera solamente a las 16 madres que contaban con carnet conteniendo información debido a la dificultad de que las madres pudieran identificar los micronutrientes.

2.1. Acido Fólico

De las 16 madres que tenían carnet y que tenían datos en el mismo, se constató que 14 madres (87.5% de las madres con carnet e información) recibieron Acido Fólico en su último embarazo, y que de éstas 14 madres, seis (43%) tenían un esquema adecuado de suplementación con Acido Fólico.

En la observación realizada por el grupo de trabajo se determinó que:

- Se entrega Acido Fólico a las madres en los seis centros de convergencia donde tenían disponibilidad del producto.

2.2. Sulfato Ferroso

Considerando las mismas 16 madres que tenían carnet con información, se determinó que a 11 (69%) de ellas les habían entregado la suplementación de Sulfato Ferroso, de las cuales solamente seis (55%) tenían un esquema adecuado, por lo menos de recepción del mineral en mención ya que como es un suplemento mineral que se les entrega para llevar y tomar en la casa, no puede verificarse que efectivamente lo tomaron, aunque todas las madres mencionaron que sí se lo hicieron.

Con respecto a Sulfato Ferroso se observó que:

- En todos los centros de convergencia se entrega Sulfato Ferroso a las madres que reciben su control prenatal.

2.3. Parto y Control Post Natal

Al preguntar a las madres del estudio quien las había atendido cuando dieron a luz su último hijo o hija, en su mayoría comentaron que su parto fue atendido por la comadrona, en segundo lugar mencionaron que por personal del hospital nacional más cercano y en tercer lugar el parto fue atendido por el personal de salud del Centro de Convergencia o del Centro o Puesto de Salud más cercano, lo que significa que 50 (43%) madres de las 117 fueron atendidas en el momento del parto de su último embarazo por personal de salud; una de las madres comentó que ella misma atendió su parto porque al momento del nacimiento de su niña, se encontraba sola y no le dio tiempo de pedir auxilio (cuadro #21); esta información es coincidente con el lugar de parto, cuadro #22, en donde se informa que 50 madres fueron atendidas en servicios de salud formal y el resto, 66 madres fueron atendidas por comadrona, ya sea en su casa o en la casa de la comadrona.

Cuadro #21

Número y porcentaje de madres según tipo de prestador de servicio de salud que atendió el último parto

Tipo de prestador de servicio de salud	#	%
Ninguno (ella se atendió sola)	1	1
Médico o Personal de Enfermería del CC, CS o PS	12	10
Comadrona	66	56
Personal del hospital nacional	38	33
Total	117	100

Cuadro #22

Número y porcentaje de madres según el lugar de atención del último parto

Lugar de atención del parto	#	%
En su casa, ella solita	1	1
Hospital Nacional	48	41
CC, Puesto o Centro de Salud	2	2
En su casa	64	55
En la casa de la comadrona	2	2
Total	117	100

Del total de madres después de su parto, sólo 25 (21%) refirieron recibir atención post natal, comentando 12 de ellas que consultaron una vez después del parto junto con su hijo o hija recién nacida y otras 13 madres, fueron tres o más veces a control postnatal. Al preguntarles a las restantes 92 madres porqué no habían realizado su control post natal, su respuesta fue porque se sentían bien y no creían necesitarlo. No pudo determinarse espaciamento entre los controles postnatales debido a la falta de carnet y porque además, en los pocos carnets a los que se tuvo acceso no estaba anotado.

Solamente 5 niños tenían registrado su peso al nacer en el carnet de salud y una de las madres lo conocía porque tenía la partida de nacimiento; los restantes 111 niños no tenían registro del peso al nacer; al preguntar a las madres si conocían el peso con el cual su niño había nacido, la mayoría 88 madres equivalente al 75% informaron que sí lo

conocían y que sabían cuanto había pesado su hijo al nacer, de las cuales sólo cuatro dijeron que su hijo o hija había pesado menos de cinco libras y las restantes 113 madres dijeron que sus hijos e hijas habían pesado más con respuestas en un rango de cinco a doce libras, pero la respuesta más frecuente fue entre seis y siete libras.

Para este servicio de salud no hubo observación ya que no fue atendido ningún parto en el momento del estudio ni se presentaron mujeres recién paridas.

B.2. Componente de Educación Alimentaria Nutricional y Lactancia Materna

B.2.1. Lactancia Materna e Introducción de Alimentos

1. Lactancia Materna

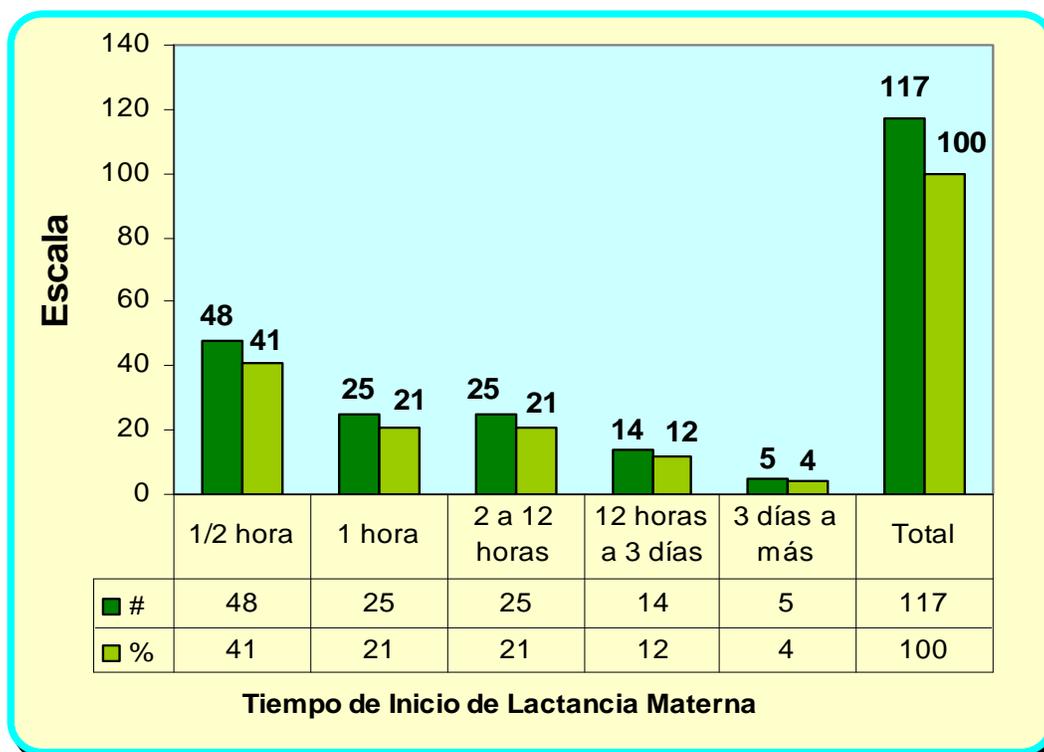
Todas las madres del estudio han dado de mamar a sus hijos e hijas; en el momento de la entrevista, 99 de ellas siguen dando de mamar y 18 ya no lo hacen, al analizar las edades de los niños y niñas que ya no mamaban se vio que a excepción de dos niños (un niño y una niña) de 19 y 23 meses respectivamente, todos los demás tenían más de 24 meses⁶. De los 99 niños o niñas mamando, hay 16 entre los 26 y 36 meses que aún maman, y al preguntarles a las madres porqué siguen dando de mamar, la respuesta común es porque el niño “busca el pecho”.

Con respecto al tiempo en que los niños empezaron a mamar después del nacimiento, 112 madres (96%) empezaron a dar de mamar en los primeros tres días de nacido, sin embargo de éstas madres, 48 (41%) y 25 (21%) madres iniciaron la lactancia con media hora o una hora después del parto respectivamente como se visualiza en la gráfica # 6.

⁶ Se recomienda lactancia materna exclusiva de 0 a 6 meses y lactancia materna prolongada hasta los 24 meses según la Organización Mundial de la Salud –OMS-

Gráfica #6

Número y porcentaje de madres que refieren el tiempo en el que iniciaron Lactancia Materna después del parto



Es importante indicar que, aunque la mayoría de madres iniciaron casi de inmediato la lactancia materna, 44 de ellas que corresponde al 38% de las madres entrevistadas introdujeron otros líquidos en la alimentación de sus niños y niñas, principalmente agua hervida y agua hervida con azúcar según se ve en el cuadro #23, considerando que era necesario que su niño o niña consumiera agua, principalmente porque según dicen las madres, los recién nacidos “sudan mucho”.

Cuadro #23

Número y porcentaje de madres que refieren otro tipo de líquidos consumidos por el niño o niña en los primeros tres días de nacido

Tipo de líquido	# de respuestas	%
Solo agua	17	39
Agua azucarada	15	34
Agüitas (manzanilla, pericón, anís, otros)	5	11
Leche de bote	6	14
Otros	1	1
Total	44	100

De las restantes 73 madres, solamente **20 madres** indicaron haber mantenido la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y las otras 53 madres iniciaron la introducción de otros líquidos a partir de los tres meses de edad de los niños o niñas. En resumen del total de las 117 madres participantes en éste estudio solamente **17%** dieron **lactancia materna exclusiva** a sus hijos e hijas en los primeros seis meses de vida.

2. Introducción de Alimentos

De los 117 niños evaluados, tres de ellos solamente consumen lactancia materna con exclusividad, dos de los cuales tienen tres meses y uno de ellos cinco meses. Tomando en cuenta que hay nueve niños o niñas de 3 a 6 meses en el estudio (referencia gráfica #1), significa que seis de ellos han empezado la introducción temprana de alimentos antes de los seis meses, lo cual es contraindicado. En resumen de los 117 niños o niñas, 114 consumen al momento del estudio otros alimentos y de estos, hay 18 niños que ya no consumen leche materna como fue descrito en el capítulo de lactancia materna. Las madres refieren que dan varios alimentos líquidos para lo cual utilizan pacha o biberón para los pequeños que no han cumplido un año e indistintamente pacha o biberón o bien vaso para aquellos mayores de 12 meses. Destaca el atol dentro de las respuestas que dan las madres mencionando principalmente Vitacereal dentro de este grupo, pero además Incaparina, atol de masa y mosh; llama la atención que 68 madres mencionaron que dan café a sus niños o niñas. El cuadro #24 muestra con detalle los alimentos líquidos que las madres dicen que dan a sus hijos e hijas.

Cuadro #24

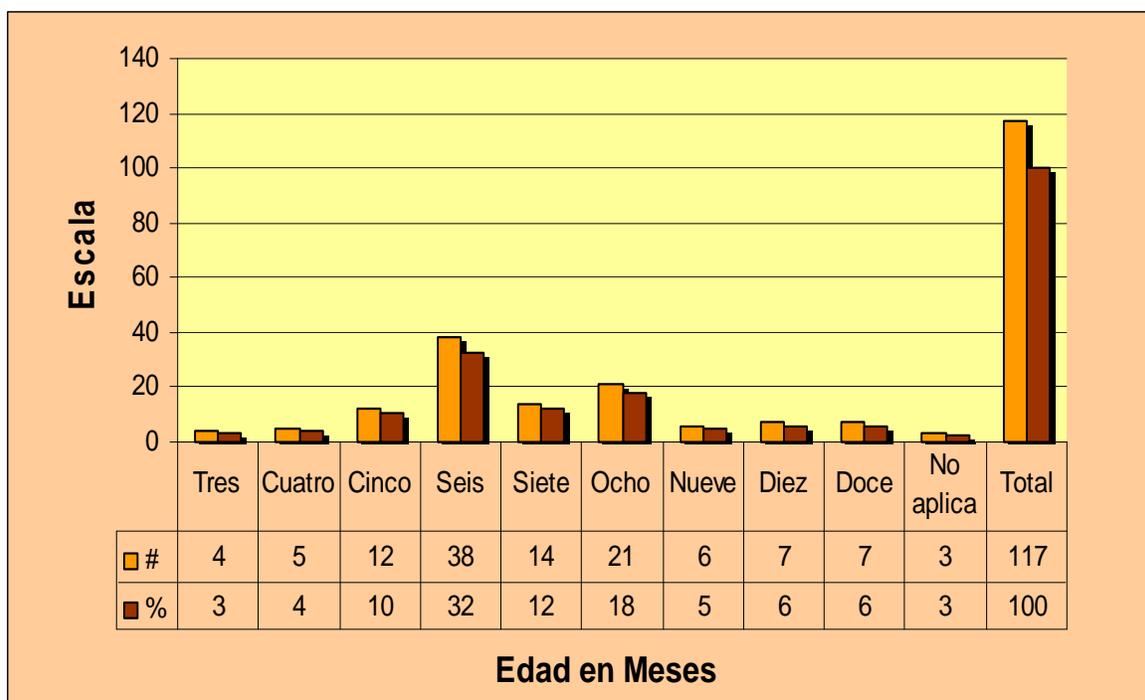
Frecuencia de respuestas de las madres sobre otros líquidos que toma el niño o niña además de lactancia materna

Tipo de alimento líquido	Frecuencia de respuesta
Leche de vaca o cabra	10
Sólo Agua	32
Agua azucarada	39
Jugos (naturales o enlatados)	57
Agüitas (manzanilla, pericón, anís, otros)	20
Leche de bote	15
Atoles	106
Café	68
Otros (Gatorade, Chocolate, Aguas Gaseosas, leche de soya, agua de masa, refrescos)	20

Al preguntar a las madres, a qué edad les iniciaron la alimentación a sus hijos e hijas, las respuestas variaron desde los tres hasta los doce meses, pero nótese en la gráfica #7, que 38% de los niños y niñas iniciaron la alimentación a los seis meses, el 12% a los siete meses y 18% a los 8 meses de edad; las restantes edades se mencionan entre un cuatro y seis por ciento.

Gráfica #7

Número y porcentaje de madres que refieren la edad de introducción de alimentos a niños y niñas



De otros alimentos introducidos cuando los niños o niñas empezaron a comer, además de los que refieren las madres como alimentos líquidos porque los dan en vaso o biberón, puede notarse según el cuadro #25, que las madres refieren en primer lugar el consumo de “calditos”, dentro de los que figuran principalmente caldo de frijol, caldo de pollo y caldo de hiervas; luego le siguen las verduras cocidas machacadas con preferencia por las papas y el güisquil, las tortillas y el pan; por lo menos seis veces se mencionó el consumo de papilla de Vitacereal al momento de introducir alimentos sólidos; al menos una vez se menciona que dan “risitos”.

Cuadro #25

Frecuencia de respuestas de las madres con relación al tipo de alimento que dan al niño o niña al inicio de la alimentación complementaria

Tipo de alimento	Frecuencia de respuestas
Calditos	93
Verduras cocidas machacadas	76
Tortilla	70
Pan	43
Frutas cocidas machacadas	36
Yema de huevo	24
Fideos	15
Arroz	12
Puré de Vitacereal	5
Compotas	4
Frijol colado	3
Tamalitos	3
Chirmol de tomate	2
Come de todo	2
Cerelac	1
Risitos	1

En la observación que realizaron los grupos de trabajo, identifican:

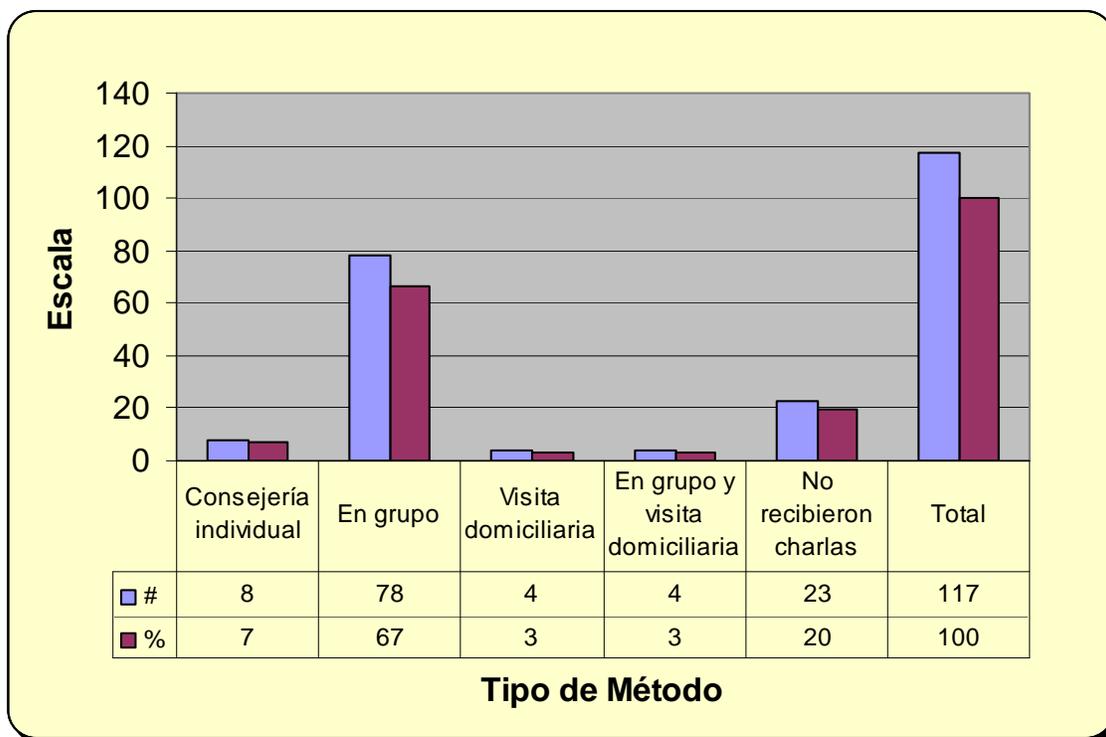
- Que en todos los centros de convergencia, la mayoría de las madres dan de mamar a demanda.
- Los tres grupos de trabajo refieren que observaron solamente lactancia materna exclusiva en los niños o niñas pequeños antes de los seis meses.
- Además de lactancia materna, se observó a niños mayores de seis meses consumiendo pachas o biberones con aguas gaseosas, atol de masa, de Incaparina y Vitacereal.

B.2.2. Educación Alimentaria Nutricional

Con respecto a la educación que las madres deben recibir como parte integral de los componentes directos de la ENRDC, se preguntó a las madres si habían recibido charlas educativas, 94 (80%) de las madres confirmaron haber recibido charlas con enfoque educativo y 23 de ellas dijeron que no habían recibido ningún tipo de charlas educativas. Se preguntó si podían describir el método con el cual les educaban en diferentes aspectos de salud y nutrición y la mayoría (67%) mencionó que por medio de charlas en grupo cuando llegaban al centro de convergencia a recibir los servicios de salud (gráfica #8).

Gráfica #8

Número y porcentaje de madres según refieren el método con el que reciben educación



Tomando en cuenta solamente a las 94 madres que dijeron que habían recibido temas educativos, las madres informaron que:

- Las personas que en el CC les imparten las charlas son, en primer lugar la educadora con 74% de mención, la enfermera con un 15% de mención, el facilitador o vigilante comunitario con 8% y el médico con el restante 3%.
- En cuanto al tipo de material utilizado para dar las charlas, 62 (66%) madres informan que principalmente se utilizan láminas, afiches, mantas y carteles y las restantes 32 (34%) madres mencionan que solamente les hablan sin utilizar materiales; ellas dicen que dan las charlas “sólo con palabras”.
- Al preguntar sobre los temas en los que las educan, ellas mencionan varios, destacando dentro de éstos la mención de 70 veces en el total de las 94 madres, el uso de Vitacereal pero sólo el 30% de las madres que lo mencionaron dicen que les han enseñado y hablado de cómo prepararlo en forma de papilla y porqué deben hacerlo; destacan luego, temas como el cuidado de los niños, preparación y consumo de alimentos e higiene de alimentos; destaca que en frecuencia de mención, el tema de lactancia materna exclusiva y la alimentación de niño menor de tres quedan en penúltimo y último lugar; el detalle se muestra en el cuadro #26.

Cuadro #26
Frecuencia de temas que las madres refieren han recibido en las sesiones educativas

Temas Educativos	Frecuencia de mención
Uso de Vitacereal	70
Cuidado de los niños	59
Preparación y consumo de alimentos	39
Higiene de los alimentos	31
Agua limpia para consumir (agua segura, los métodos.....)	28
Salud sexual y reproductiva	24
Salud preventiva	23
Cómo eliminar la basura	19
Asistencia a los servicios de salud	16
Uso de la letrina, inodoro o excusado	13
Reconocimiento de señales de peligro en la mujer y el niño y niña	11
Alimentación durante el embarazo y lactancia	10
Lactancia materna exclusiva	9
Alimentación del niño menor de 3 años	7

B.3. Componente de Alimentación Complementaria

B.3.1. Vitacereal para Niños y Niñas de Seis a 36 Meses

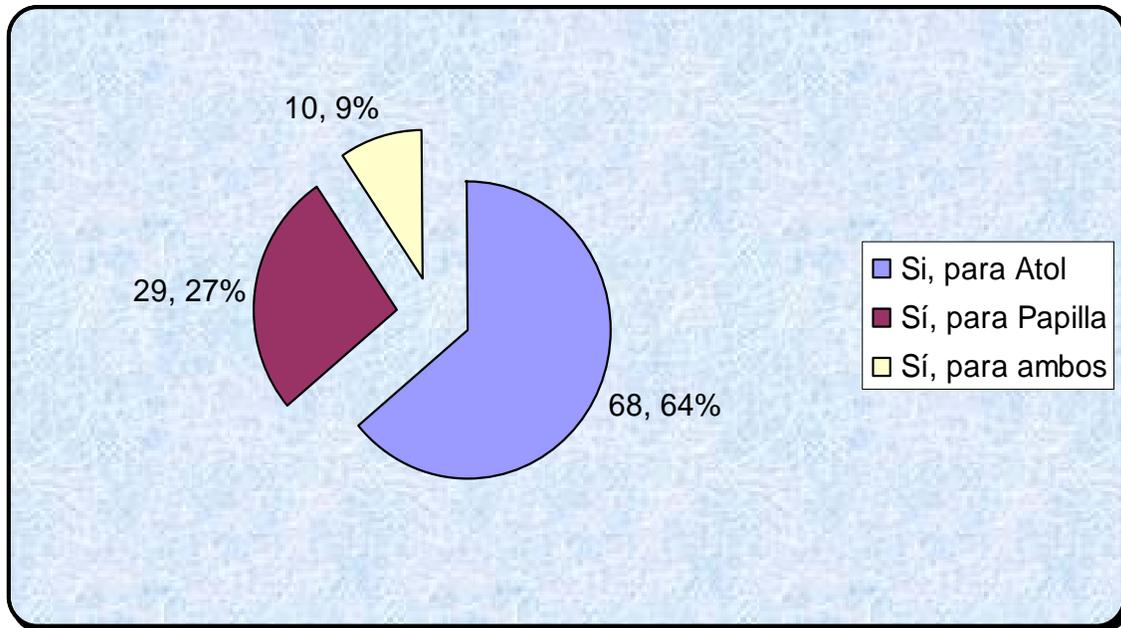


Con relación a la recepción de Vitacereal para niños, se encontró que todos lo reciben, a excepción de un niño de siete meses que llegaba por primera vez al centro a recibir su Vitacereal, seis niños o niñas fuera del rango de edad para recibir Vitacereal y tres que tenían seis meses y que por primera vez lo recibirían. Se pudo constatar que la recepción de Vitacereal por la población beneficiaria de niños de seis a 36 meses se lleva a cabo con regularidad, puesto que además cuando se preguntó cada cuanto lo reciben, el 100% de las madres de los 107 niños que lo recibían informaron que la recepción se realizaba mensualmente; informaron que algunas veces habían tenido problemas pero que en la ONG les comentaron que se debía a atrasos en la producción; pronto se regularizó la entrega y casi siempre lo reciben cada mes, por lo menos en lo que va del año 2008. Todas las madres contestaron que la cantidad de Vitacereal que reciben por niño es de tres bolsas y que se los entregan en el centro de convergencia de la ONG, cuando llegan a control cada mes.

Con el afán de conocer si las madres identifican si el Vitacereal de niños o niñas que reciben deben prepararlo como papilla, se preguntó si lo recibía y que tipo de preparación sabían que debían hacer con él; de las 107 madres, 68 de ellas, lo que equivale a más o menos de la tercera parte, dijo que lo recibía para preparar atol y poco más de un cuarto de las madres menciona que lo recibe para preparar papilla o ambas preparaciones; para el detalle específico se presenta la grafica #9.

Gráfica #9

Número y porcentaje de madres según cómo refieren que reciben y preparan el Vitacereal para el niño o niña



Cuando se averiguar si alguien más recibía Vitacereal, las madres contestaron que solamente los niños y niñas debían recibir su ración de Vitacereal. Sin embargo, a pesar de que todas las madres aseguraron que los niños y niñas consumían el Vitacereal, la respuesta fue muy distinta cuando se pregunta quien, además del niño, consume Vitacereal pues se pudo constatar por las respuestas de las madres, que se diluye dentro de la familia, ya sea porque se lo dan a otros hermanos o ella misma lo consume, o bien, porque toda la familia, incluyendo tíos, esposos, primos o quien viva en la casa, lo consume (cuadro #27)

Cuadro #27

Número y porcentaje de madres según sus respuestas en relación a otros miembros de la familia que consumen Vitacereal además del niño o niña

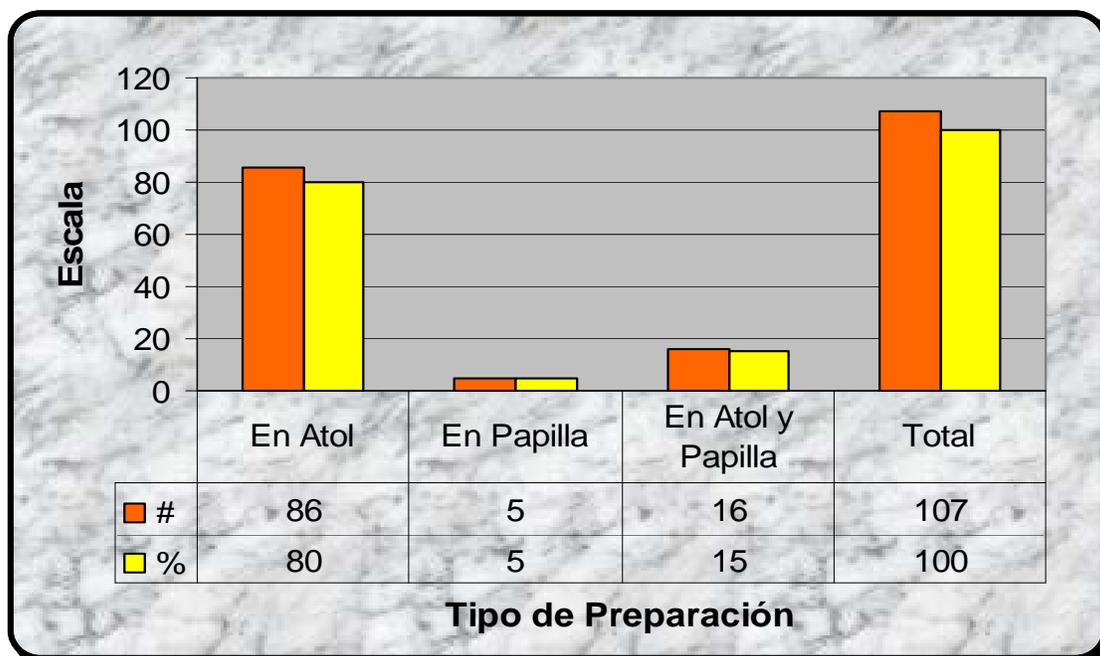
Otros miembros de la familia que consumen Vitacereal	Número de respuestas	%
Nadie más, sólo el niño(a)	17	16
Toda la Familia	65	61
Otros hijos	9	8
La Madre (ella)	16	15
Total	107	100

Al sondear dentro de los grupos focales las razones de porqué otros miembros de la familia consumen Vitacereal y no solamente el niño o la niña, la respuesta de las madres fue que todos tienen necesidad y algunas veces no hay más alimento que Vitacereal.

Cuando se preguntó específicamente el tipo de preparación y consumo de Vitacereal por el niño o la niña, se continuó teniendo como primera respuesta que se prepara y consume en forma de atol y realmente muy poco como papilla según se observa en la gráfica #10. Informan las madres, tanto en las entrevistas como en los grupos focales que prefieren hacer el Vitacereal en forma de atol porque así alcanza y les gusta a todos, lo que también fue mencionado por la educadora cuando se le preguntó al respecto.

Gráfica #10

Número y porcentaje de madres según refieren preparación y consumo de Vitacereal para sus niños y niñas



Cuando se pregunta para cuanto tiempo les alcanza las tres bolsas de Vitacereal que reciben mensualmente, se obtiene una gran variedad de respuestas (17 en total), desde que les alcanza para cinco días hasta que les alcanza para 60 días, pero la respuesta que más dijeron las madres, 60 de ellas (56%), es que les alcanza para un mes. La segunda respuesta en frecuencia con 15 (14%) madres es que les alcanza para 15 días y la tercera respuesta en frecuencia mencionada por 6 (6%) madres es que les alcanza para 21 días.

De los 107 niños que reciben y consumen Vitacereal, informan las madres que sólo a dos niños no les gusta mucho pero igual se lo dan y según dicen, el 100% de los niños y niñas consumen todo lo que les preparan en el día; al preguntar si les producía efectos adversos o malestares al consumirlo, tres madres contestaron que sí, una de ellas dijo que Vitacereal le da alergia y diarrea a su niño y las otras dos que les da diarrea y al preguntarles cómo curaban estos efectos adversos las tres madres respondieron que esperan a que les pase la diarrea y le siguen dando; una de ellas dijo que era la papilla la que le hacía daño y que cuando se lo dio como atol ya no tuvo problemas.

B.3.2. Vitacereal para Mujeres Gestantes y Madres Lactantes (Seis Meses Post Parto)



Del total de las 117 entrevistas, solamente 20 madres recibían Vitacereal, de las cuales nueve son madres lactantes y 11 mujeres están en proceso de gestación. Estas 11 madres gestantes que reciben Vitacereal también tienen un hijo o hija menor de 36 meses por lo que también reciben Vitacereal para el niño o niña que se evalúa. Las demás madres dijeron que no estaban recibiendo Vitacereal porque no les correspondía pues sus hijos e hijas eran ahora los que recibían. Ninguna otra persona que no fuera el grupo objetivo está recibiendo Vitacereal.

Las 20 madres o sea el 100%, mencionaron que el Vitacereal lo consume **toda la familia** y que lo preparan en forma de atol; les entregan mensualmente 3 bolsas en el centro de convergencia y 14 (70%) madres de las 20 que reciben Vitacereal para mujer informa que les alcanza para 30 días; las otras madres dieron respuestas variadas desde que les alcanza para ocho, 15, 20 y 22 días.

Todas mencionan que les gusta el Vitacereal y que a ninguna le provoca efectos adversos, consumiendo diariamente todo lo que preparan, aunque hay que considerar que Vitacereal es consumido por toda la familia según lo que las madres mencionan.

Se observa el proceso de distribución de Vitacereal en las dos presentaciones, y a este respecto los tres grupos de trabajo coinciden en que:

- Todos los niños y niñas de 6 a 36 meses que deben recibir Vitacereal y que llegaron a su control, recibieron cada uno sus respectivas tres bolsas.

- Todas las madres que estaban dando de mamar y que sus hijos o hijas tenían menos de seis meses, así como las mujeres gestantes recibieron cada una tres bolsas de Vitacereal.
- Se observa que la distribución de Vitacereal en cualquiera de las dos presentaciones, se llevó a cabo cuando la madre terminó sus actividades de salud (ya sea de ella o de sus hijos e hijas) y después de recibir las charlas educativas (en los lugares donde hubo),
- Para el control de la distribución, se registra el nombre del beneficiario y la cantidad de alimento complementario que se le está entregando ya sea en un formato elaborado o en un cuaderno que han habilitado para este fin con la respectiva firma o huella digital de la madre como comprobante de haber recibido el alimento complementario.
- Después de concluir con la distribución, realizada por la educadora con el apoyo de vigilantes de salud y a veces de la enfermera, se confirma que la cantidad de alimento que llevaron coincide con lo distribuido y lo sobrante lo cual, posteriormente regresan a la bodega de sede de la ONG.
- Se observó que el Vitacereal en sus dos presentaciones, estaba debidamente empacado.
- El Vitacereal que se distribuye en los nueve centros de convergencia, es transportado de la sede central el día de la visita del equipo de salud al lugar, por lo que no se puede observar el almacenamiento del mismo.

C. PERCEPCIÓN DEL SERVICIO QUE SE PRESTA EN EL DESARROLLO DE LOS TRES COMPONENTES DIRECTOS DE LA ENRDC

C.1. Grupos Focales de Madres

Para identificar si las madres utilizan los servicios de salud, se indagó con los grupos focales de madres, el tipo de servicio que utilizan, a lo que responden que si se trata de control rutinario del peso, o las vacunas de los niños y niñas o bien es para control de la gestación, acuden al centro de convergencia cuando mensualmente llega el equipo de salud, pero que si se trata de un problema grave de salud acuden a los hospitales nacionales. También solicitan los servicios de la comadrona cuando están gestando y si en la comunidad vive alguna persona que presta servicios de salud como los vigilantes de salud o los “curanderos”, van con ellos cuando están enfermos.

Las madres comentaron que en los últimos cinco años, el cuidado de la salud en sus comunidades ha cambiado, principalmente porque antes solamente tenían un botiquín comunitario y ahora llega un equipo de salud que les atiende mensualmente; sin embargo se quejan de que aunque las personas del equipo de salud por lo general son amables y les atienden bien, con frecuencia no hay medicina y tienen que comprarla casi siempre fuera de su comunidad, lo que es difícil y complicado porque deben salir y por lo general no tienen dinero; también mencionan que normalmente les hablan en su idioma y si hay enfermos graves cuando el equipo de salud llega, les ayudan para llevarlos a los hospitales. Otro comentario importante mencionado por las madres es que hay vacunas para los niños y las niñas.

La mayoría de las madres conoce al personal de salud local por su nombre pues resulta ser un vecino o familiar de la comunidad, mencionan espontáneamente a la comadrona y al vigilante de salud; al preguntarles si conocen al personal de salud del centro de convergencia, mencionan que sí lo conocen y con facilidad se refieren al médico, la enfermera y la educadora, pero generalmente no los conocen por su nombre y sino los identifican como “el doctor” o “la doctora” y la “seño” o “el señor”; comentan que cuando llega el personal de salud, examinan a los niños, pesan y miden a los niños, los vacunan,

cuando hay disponible les proporcionan vitaminas y medicinas y además les entregan el Vitacereal.

El personal del equipo básico de salud llega mensualmente a la comunidad y es “raro que no vengan”; saben sobre los días y fecha en el mes cuando tiene que llegar el equipo de salud y además los vigilantes de salud se encargan de avisarle. En términos generales, todos los grupos focales manifestaron que están de acuerdo con el personal de salud que les atiende, ya sea el comunitario o bien del equipo de salud institucional.

La mayoría de las madres de la comunidad van al centro de convergencia a recibir sus servicios de salud y llevan a sus hijos e hijas y mencionan muy entusiasmadas que, además reciben el Vitacereal el cual les gusta tanto a ellas como a los niños; se percibe que Vitacereal tiene un valor agregado importante para que las madres acudan a los servicios de salud.

Las señoras de los grupos focales mencionaron que algunas mujeres más jóvenes no van al centro de convergencia porque les da vergüenza y prefieren ir al centro de salud o al hospital; comentan además, que algunas madres no llevan a sus hijos al servicio de salud porque consideran que están sanos (sin estimar conveniente la prevención). Las madres mencionan que las mujeres que no tienen niños pequeños o no está gestando no participan en los servicios de salud a menos que alguno de su familia esté enfermo, porque no tienen que vacunar y además no reciben Vitacereal.

Con relación a la percepción del trabajo y el trato que reciben de parte del personal de salud, los nueve grupos focales comentaron que el equipo llega a las 8:00 ó 10:00 de la mañana y se van entre las 14:00 y las 17:00 horas, que las atienden conforme van llegando pero que normalmente atienden primero a las gestantes teniendo siempre que esperar un poco, hasta más de una o dos hora porque pasan conforme van llegando, diciendo que sería mejor si llegaran más temprano y hubiera mayor número de personas para atenderles y poder retirarse más temprano. Opinan que están conformes con el trabajo que hacen el personal de salud pero les gustaría tener una enfermera todo el tiempo viviendo en la comunidad para que les atendiera diariamente o cuando fuera necesario; un dato interesante es que cuando se les preguntó si de casualidad tenían que pagar algo, dijeron que no, pero que están dispuestas a pagar entre Q0.10 a Q0.25 para

pagar la luz eléctrica con el objeto de que el equipo de salud les atendiera más tiempo en la tarde; además quisieran que hubieran más medicina en cantidad y variada así como equipo médico necesarios para atenderlos.

La persona que normalmente les da educación en charlas de grupo es la educadora y algunas veces la enfermera. Es evidente que las charlas educativas se dan en torno a Vitacereal y la forma de prepararlo aunque principalmente como atol, así como sobre el consumo de agua segura, higiene especialmente el uso de letrinas, quemar la basura y lavado de manos. Ninguna refiere recibir charlas educativas sobre la situación nutricional de sus hijos ni sobre alimentación adecuada, inclusive lactancia materna exclusiva; ninguno de los grupos mencionó que la educadora realizara visitas domiciliarias. Quisieran recibir más consejería y educación sobre otros temas.

La opinión que tienen de la ENRDC, es que puede ser la entrega de Vitacereal o la vacunación de los niños o talvez sea pesarlos, que dicho se de paso, les ayuda a ver si su hijo va subiendo o bajando de peso; no relacionan para nada el crecimiento físico con la estatura y el estado nutricional de los niños y niñas.

En cuanto a la suplementación con micronutrientes, no saben explicar claramente para qué sirven, mencionan que las Vitaminas son buenas para la salud; entre los comentarios que dijeron las madres con respecto a los micronutrientes están: “no preguntan, sólo dicen abrí la boca y le dan unas gotitas”.....”es un frasquito café”.....”unas pastillitas”.....”no le caen bien las gotas”.....”el líquido lo vomitan”.....”el hierro es bueno para la sangre”.....

En cuanto a la vacunación, ellas opinan que es importante vacunar a los niños para que no se enfermen y crezcan sanos; también dicen que algunas madres no traen a sus niños a vacunar porque lloran toda la noche cuando los vacunan; destaca que todas las madres tienen los carnets de salud de sus hijos e hijas.

Explican que cuando sus niños se enferman de diarrea o de tos ellas mismas los curan con remedios caseros pero que si con esto no es suficiente y el niño o la niña continúa enfermo y no es el día que llegan los del equipo de salud, acuden con el vigilante quien les proporciona SRO o algunas medicinas como acetaminofen para bajar la fiebre;

también van con el curandero o un promotor que no es del gobierno, pero que éste les cobra por atender a sus hijos e hijas y les venden las medicinas. Cuando es muy grave deciden ir al centro de salud o al hospital, por lo que consideran que es importante que por lo menos una enfermera permanezca siempre en su comunidad.

Con respecto al uso y consumo de Vitacereal, las madres coinciden en que es un buen alimento, hace crecer a los niños y a las madres les proporciona fuerza para el parto y abundante leche; que a los niños y niñas y a ellas les gusta consumirlo en forma de atol y por su agradable sabor, pero que sin embargo, una vez llegó con sabor a Maseca, amargo o con sabor a gas y por esta razón no lo consumieron; refieren que Vitacereal se lo proporcionan en el centro de convergencia cada mes y que sólo es para los niños pequeños, las gestantes y madres que dan mamar pero quisieran que también les entregaran raciones para sus otros hijos; algunas mencionan que la educadora o la enfermera les enseña a prepararlo pero otras dicen que nadie les enseña, que lo preparan “como preparar cualquier atol”. La mayoría menciona que lo preparan como atol espeso en lugar de papilla y las razones que dan es que sólo así les gusta a los niños, que es más fácil de preparar sin quitarles mucho tiempo y que como atol les abunda y alcanza para todos en la familia; las madres no conocen la importancia que tiene para sus hijos e hijas consumir el Vitacereal en forma de papilla.

C.2. Educadoras en Salud y Nutrición de las ONG’s Prestadoras de Servicio de Salud

En las nueve ONG’s visitadas, todas contaban con educadora, cuyo perfil es de una profesional de nivel medio, ocho de ellas maestras de educación para el hogar, primaria o preprimaria y una auxiliar de enfermería. Tres de ellas tienen de uno a dos meses de trabajar en la ONG y las restantes seis educadoras tienen de 8 meses a dos años de trabajar en las ONG’s; dos de ellas mencionan que no han recibido ningún tipo de capacitación, y las otras siete educadoras dicen que las han capacitado principalmente en la distribución de Vitacereal y cómo prepararlo, así mismo tres de ellas también dicen que fueron capacitadas en las funciones de la educadora y algunos otros temas como lactancia materna, desnutrición crónica y AIEPI (Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia); sin embargo las respuestas son muy escuetas, pudiéndose inferir en términos generales que no han recibido capacitación sistematizada y completa

referente a todos los temas que en salud y nutrición para poder dar una buena educación y orientación a las madres.

Con respecto a la supervisión que reciben sobre el trabajo que realizan, las personas que tiene más tiempo de estar en la ONG, indican que anteriormente los supervisaba personal de la UAT (Unidad de Administración Técnica del MSPAS que ya no funcionan), pero que ahora únicamente supervisa de vez en cuando el personal del centro de salud o de distrito de salud, en éste año han llegado dos veces; también llegaba personal de la SESAN, del PEC central y de PMA; de quien sí reciben supervisión constante es del o la Coordinadora de la ONG considerando adecuado y conveniente la supervisión porque aprenden sobre su trabajo, aclaran dudas, les enseñan como llenar el BRES (Balance, Requisición y Envío de Suministros) para Vitacereal, pero opinan que debe ser con más frecuencia para apoyarlas en sus tareas diarias y dar un mejor servicio.

Cuando se les pregunta cómo educan a las madres, tres de ellas mencionan que a través de charlas educativas mensuales por comunidad cuando llegan con el equipo básico, que muchas veces y cuando es necesario dan las charlas en el idioma nativo y que además dan consejería individual; dos de ellas mencionan que realizan visitas domiciliarias. Tres de las nueve educadoras además dicen que dan capacitación a madres consejeras o madres guías para que ellas a su vez den consejos individuales a las madres porque no le queda tiempo de dar charlas en grupo ya que las madres llegan tarde; sin embargo, dos educadoras no saben qué contestar a esta pregunta. Cuando se les pregunta cómo planifican sus charlas o visitas domiciliarias, la mayoría contesta que al inicio del año realizan su planificación anual, comentando que tienen un calendario mensual de actividades dentro del cual contemplan los días en los cuales llegan a los centros de convergencia con todo el equipo de salud y las visitas domiciliarias; refieren utilizar materiales educativos de apoyo como carteles o afiches disponibles en la ONG o que ellas mismas elaboran.

En relación a la percepción que tienen sobre la participación de las madres y los niños y niñas, las educadoras coinciden que es buena, que la mayoría de las madres vienen al centro de convergencia cada mes especialmente en comunidades pequeñas, y, que la cobertura de vacunación es adecuada así como el monitoreo de crecimiento; sin embargo algunas madres no quieren participar porque existen otros programa donde reciben aceite, frijol y arroz y además les dijeron que Vitacereal producía cáncer;

comentan que hay personas de religión sabatista o evangélica que no quieren vacunar a sus hijos y no aceptan el programa; además que los esposos no las dejan ir al centro de convergencia porque tienen que hacer los oficios domésticos.

Las educadoras perciben que la ENRDC es la entrega de Vitacereal y consideran que para la ONG ha sido beneficioso porque apoyado el aumento de coberturas en varias comunidades.

Al tratar el tema específico de Vitacereal, las educadoras consideran que ayuda a los niños a crecer pero que las madres no quieren dárselo a los niños como papilla sino como atol porque es más fácil de prepararlo y no tienen paciencia ni para prepararlo ni para dárselo de comer al niño o la niña. Manifiestan que algunas familias agradecen recibir el Vitacereal porque que no tienen recursos económicos e incluso solicitan si se les puede entregar para los niños y niñas mayores de tres años. La mayoría acepta el Vitacereal pero dicen que les aburre, que sería conveniente alternarlo con otra harina u otro alimento; comentan que a veces Vitacereal tiene sabor a Maseca; otro comentario que han escuchado es que las madres gestantes dicen que les da fuerzas a la hora del parto, las madres lactantes se sienten saludables y los niños han aceptado más alimentos a la vez (se consumen el Vitacereal y otros alimentos) y comentan que los niños han aumentado de peso. Coinciden al decir que a las madres no les alcanza para el mes, pues en la casa lo consume toda la familia en forma de atol.

Dentro de las recomendaciones que proponen al MSPAS, ellas exponen que necesitan más capacitación para actualizarse y trasladar conocimientos a las madres y están consientes de que es una gran debilidad para su trabajo, también necesitan materiales didácticos en cantidad y calidad adecuados; consideran una gran necesidad que las ONG´s cuenten con medicamentos y equipo médico (dentro de lo que solicitan balanzas y tallímetros) en cantidad y variedad proporcionales al número de personas que atienden y a las enfermedades más comunes que encuentran en las áreas donde trabajan; refiriéndose a Vitacereal comentan que consideran necesaria y pertinente la entrega mensual del alimento, que sería conveniente ampliar el rango de edad de entrega de Vitacereal porque “hay niños de más edad que se ve que tienen necesidad y además en la casa todos lo consumen y no les alcanza” y como nota importante dos de las educadoras dijeron “.....que recomienden hacer el Vitacereal en atol y no en papilla

porque la población no conoce ni la palabra “papilla” y no tiene costumbre ni aún de consumir atol espeso.....; el grupo de educadoras participantes en éste estudio, al igual que las madres de los grupos focales mencionaron el extraño sabor de Vitacereal, ellas dijeron que “el Vitacereal en enero de éste año vino de color blanco como MASECA no les gustó el cambio de sabor, parecía como si tuviera gas.....”; además tres de ellas hicieron el siguiente comentario “les gustaría más variedad de alimentos como mosh, Incaparina, azúcar; anteriormente CARE enviaba arroz, trigo, polenta, aceite y la gente participaba más”

Como comentario común y solicitud refieren que es necesario que a todo el personal de las ONG’s (en cuenta las educadoras) y personal de las comunidades les paguen su salario puntualmente; durante este año han pasado por períodos de hasta cuatro meses sin su salario, lo que provoca rotación de personal y algunas de ellas de las que tienen de uno y medio a dos años de laborar en la ONG, han estado a punto de abandonar su trabajo por esta causa.

C.3. Directores(as) o Coordinadores(as) de las ONG’s Prestadoras de Servicio de Salud

En la entrevista realizada a los directores(as) o coordinadores(as) de las ONG’s seleccionadas en este estudio, se les preguntó sobre los factores que consideraban facilitadores o restrictivos y que afectan la provisión de los servicios de salud, a lo cual ellos dijeron que consideran como factores facilitadores más apropiados, la educación que se brinda, la implementación de proyectos productivos, hablar el idioma del lugar y la solución de salud a través del Programa de Extensión de Cobertura –PEC- pero apoyado desde el más alto nivel. En cuanto a los factores restrictivos, mencionan en primer lugar el nivel educativo y la pobreza de la población que atienden, la necesidad de contar con más recursos y especialmente la falta de la entrega puntual de los recursos financieros a las ONG’s que produce rotación de personal y afecta la participación de voluntarios comunitarios.

Con referencia al apoyo y nivel de involucramiento de las Direcciones de Área de Salud –DAS- y de los Distritos Municipales de Salud –DMS-, mencionan que sí reciben apoyo y que hay “armonía” con ellos pero no pueden definir qué tipo de apoyo, solamente que les

entregan insumos para inmunizaciones (jeringas y las vacunas) que les apoyan en capacitaciones (pero no las definen) y que comparten las salas situacionales de salud de los municipios. Con relación a asistencia técnica, comentan que se ha recibido a veces asistencia de SESAN y del PMA en relación al almacenamiento y distribución de Vitacereal y que como ya no existe la UAT en lo que va de éste año, no han recibido asistencia técnica del MSPAS; existen limitaciones en apoyo técnico para capacitación e inducción de los técnicos a todo nivel.

Con relación al proceso de monitoreo y evaluación, todos coinciden que éste no existe, no hay continuidad de los procesos y no se hace planificación adecuada; lo único que planifican son los cronogramas de visitas a las comunidades para cumplir con los servicios que deben proporcionar y elaboran un informe mensual (aunque el Área de Salud lo solicita trimestralmente); para evaluar el trabajo que realizan las ONG's, el PEC les hace una evaluación de ejecución financiera y de cobertura con lo cual proporcionan un puntaje que los califica para continuar o no proporcionando el servicio cada año. Cuando se habla de supervisión de campo, comentan que el año pasado les supervisan MSPAS, PMA y SESAN pero que en éste año nadie les ha supervisado.

Entre los factores que identifican como limitante para el acceso de las familias a los servicios de salud, mencionan todos en primer lugar, la cultura de las personas, el poco involucramiento de la comunidad para resolver sus propios problemas de salud, que las personas en la comunidad ya no quieren participar en el trabajo voluntario y el paternalismo (no ven adecuado los Q300.00 que se proporcionan con transferencias monetarias condicionadas –TMC- a través del Programa Mi Familia Progres). También mencionan como un obstáculo, los diferentes idiomas que se hablan en cada lugar, el machismo de los hombres que no permiten a sus esposas recibir atención ginecológica de prevención, como por ejemplo hacerse el papanicolau y que el Equipo Básico de Salud – EBS- no cuenta con los recursos (combustible y otros) para llegar a las comunidades por el atraso de los desembolsos lo que provoca pérdida de credibilidad con las personas que atienden.

Con respecto a las implicaciones que la ENRDC ha tenido en el funcionamiento de la ONG's como prestadora de servicios, comentan que ha servido para ampliar los servicios con la asignación de personal y equipo específico como educadora, y vehículo y además

la entrega del alimento complementario Vitacereal que ha sido muy positivo para la entrega de los demás servicios de salud porque a permitido incrementar la cobertura ya que las madres y los niños y niñas acuden a chequeos para control de salud. Ven como factores negativos en las implicaciones que ha tenido la ENRDC, los muchos documentos legales y administrativos que deben llevar, que los desembolsos pactados no están a tiempo y consideran que la ENRDC debería ser más completa así como que los técnicos tengan amplia información y monitoreo constante.

Comentan que de ves en cuando han coordinado acciones con otras ONG's como por ejemplo en Alta Verapaz hubo un proyecto integrado de varias ONG's (Talita Kumi, FUNMAYAN, Municipalidad de Chamelco, CARE, Bartolo Perlo) para realizar actividades educativas y, han recibido apoyo de otras organizaciones dentro de las que mencionan a SHARE, Fundación Kellog's, SESAN, CARE, Pastoral Arquidiosesana, Bomberos Voluntarios, COVIAL, Fundación Contra El Hambre, Plan Internacional y Gobierno Vasco de España.

Al preguntarles sobre la aceptación de Vitacereal por las familias, dicen que consideran que el 90% de las familias que atienden lo han aceptado muy bien, lo relacionan con Incaparina, y les apoya en la alimentación del hogar porque muchas veces no tienen que comer y las personas de comunidades más alejadas y pobres solicitan más (piden el Vitacereal, lo reclaman); quizá algunas familias no quieren aceptarlo porque no saben como prepararlo. En cuanto al consumo de Vitacereal, dicen que tanto niños y niñas como sus madres lo consumen pero que lamentablemente no consumen la cantidad indicada pues se diluye en toda la familia y aunque han tratado de que se lo den al niño como papilla, siguen en la mayoría de los casos dándoselo como atol; una persona menciona que le han comentado que se lo dan de alimento a los pollos pero que no le consta.

Con relación al apoyo que brindan los COCODES, a los equipos de salud para el funcionamiento del los centros de convergencia, dicen dos de los coordinadores que nunca les han apoyado y que no se involucran en programas de salud, pero los restantes siete coordinadores mencionan que el COCODE se presta para ayudar cuando se le solicita, que en la mayor parte de comunidades han apoyado coordinando con la comisión de salud para recoger el Vitacereal e identifica los lugares en la comunidad para establecer los centros de convergencia para ubicar los equipos de salud y poder dar la

consulta, además hay participación de ellos en asuntos de agua potable; todos coinciden en que no funcionan los comités de auditoría social porque no se les dio seguimiento y en cuanto al apoyo de las autoridades municipales, todos mencionan que reciben apoyo de los alcaldes auxiliares.

Se les pregunta cómo consideran que es la calidad y calidez del servicio de salud que brinda la ONG, y según sus respuestas dicen que la consideran buena pero que hay personas satisfechas y otras no, siendo uno de los principales inconvenientes el hecho de que solamente llegan una vez al mes a las comunidades por lo que siempre hay muchas personas que atender, las cuales se quejan de que tienen que esperar para ser atendidas; se preocupan porque el personal a su cargo proporcione una atención cordial a los pacientes y de esta cuenta, una educadora fue despedida el año pasado por tratar mal a las madres. Opinan que es necesario personal de salud permanente en la comunidad, para atender todas las necesidades de la población.

En cuanto a los factores que pueden contribuir o limitar la sostenibilidad del PEC en el futuro, todos coincidieron en que está condicionado a la voluntad política de los gobiernos y que debería convertirse en un programa de estado, al presupuesto que se asigne al PEC y que debería pensarse en proyectos autosostenibles (capital semilla en medicamentos y botiquines rurales). Uno de los coordinadores enfatiza que no debería haber problema para que el PEC continúe porque es parte de los Acuerdos de Paz.

Entre las principales oportunidades del PEC en el desarrollo futuro de la salud pública del país, se mencionó que la comunidad debe conocer, aceptar e involucrarse en el PEC, que la educación que se brinda debe ser de calidad para propiciar cambios y dar resultados, que deben diseñarse e implementarse indicadores de procesos; dentro de las amenazas mencionan la garantía y seguridad de la estabilidad del PEC, el poco conocimiento de las autoridades de salud que los ven como ente aparte y no como parte del sistema, el subregistro de beneficiarios y que no existe suficiente presupuesto de salud para hacer funcionar el PEC.

Y, por último se les preguntó sobre las recomendaciones que darían a las autoridades del MSPAS para lo que mencionan que es fundamental el apoyo al PEC por medio de ley y que el mismo sea parte fundamental en el presupuesto ampliado del MSPAS;

descentralizar más para tener acceso inmediato a los recursos cuando son legalmente autorizados agilizando el sistema administrativo en relación a procesos, contratos, desembolsos y ser puntuales para la entrega del recurso financiero. Capacitar formalmente al personal técnico, recibir acompañamiento de la UAT o de otra instancia parecida, que el equipo de monitoreo conozca lo que se hace, el proceso y el rol de cada uno de los trabajadores y por último la necesidad de convertir cada centro de convergencia en un puesto de salud con enfermera auxiliar que esté permanentemente en la comunidad.

D. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE ALGUNOS SERVICIOS DE SALUD OBSERVADOS ENTRE ONG'S

Tratando de determinar el comportamiento en cuanto a los servicios que presta cada una de las ONG's participantes, sin que resulte en un estudio de evaluación de las ONG's, se realizó comparación en cuanto a algunos de los principales programas que realizan los servicios básicos de salud. Se escogen el control de crecimiento, inmunizaciones, y suplementación con micronutrientes del componente directo de servicios básicos de salud.

Al analizar entre las diferentes ONG's, cuántos de los niños participantes en el estudio habían recibido control de crecimiento y cuantos niños tenían graficado su control por ONG, puede observarse en el cuadro #28, que todas las ONG's muestran que realizan la actividad; sin embargo al observar el porcentaje de los niños que tienen graficado su control de crecimiento, se identifica que la ONG Kaibil Balam y la Cooperativa el Recuerdo muestran un 100% y 88% respectivamente con relación a la graficación de la ganancia de peso de sus niños; las demás ONG's están entre un 21% a 69% de porcentaje de niños que tienen graficada la ganancia de peso.

Cuadro #28**Comparación entre ONG's de niños y niñas con Control y Gráfica de Crecimiento**

ONG	Niños(as) evaluados en cada ONG	Niños(as) con Control de Crecimiento según ONG	%*	Niños(as) con Gráfica de Control de Crecimiento según ONG	%**
Fundación Kanil	14	14	100	3	21
Kaibil Balam	13	13	100	13	100
CORSADEC	10	10	100	5	50
Chiwi Tinimit,	16	16	100	11	69
APNACH	13	12	92	7	58
FUNDEI	15	14	93	6	43
FUNMAYAN	11	11	100	4	36
FUNDAMENO	9	9	100	3	33
Cooperativa El Recuerdo	16	16	100	14	88
Total	117	115	98		

* Este % se realiza sobre el número de niños evaluados en cada ONG

** Este % se realiza sobre el número de niños con control de crecimiento de cada ONG

En el análisis sobre las inmunizaciones, el comportamiento en cuanto a realizar la actividad es muy buena en todas las ONG's, en donde todas, a excepción de APNACH y FUNDEI, alcanzan el 100% y en cuanto a los esquemas de vacunación completos, puede visualizarse que todas las ONG's cumplen con esta actividad, alcanzando la mayoría de ellas el 100% como lo demuestra el cuadro #29

Cuadro #29**Comparación por ONG de niños y niñas Vacunados y con Esquema Completo**

ONG	Niños(as) evaluados en cada ONG	Niños(as) que han sido vacunados según su Carnet de Salud	%*	Esquema de vacunación completo según edad	%**
Fundación Kanil	14	14	100	14	100
Kaibil Balam	13	13	100	13	100
CORSADEC	10	10	100	10	100
Chiwi Tinimit,	16	16	100	15	94
APNACH	13	12	92	12	100
FUNDEI	15	14	93	12	86
FUNMAYAN,	11	11	100	11	100
FUNDAMENO	9	9	100	9	100
Cooperativa El Recuerdo	16	16	100	16	100
Total	117	115	98		

* Este % se realiza sobre el número de niños evaluados en cada ONG

** Este % se realiza sobre el número de niños que han sido vacunados en cada ONG

En el mismo sentido de análisis por ONG, para Vitamina A, comienzan a notarse diferencias entre ONG´s, siendo la que alcanza un 100% de administración de Vitamina A, la ONG Kaibil Balam y la ONG CORSADEC es la que tiene un porcentaje menor con el 70% de niños y niñas participantes; cuando se analiza cuantos de los niños y niñas que recibieron Vitamina A, tiene su esquema completo y adecuado, se perciben aún mayores diferencias entre ONG´s con rangos entre 86% al 33% como se observa en el cuadro #30.

Cuadro #30

Comparación de niños y niñas entre ONG´s que han recibido Vitamina A y tienen Esquema Adecuado

ONG	Niños(as) evaluados	Ha recibido Vitamina A	%*	Esquema de adecuado	%**
Fundación Kanil	14	10	71	8	80
Kaibil Balam	13	13	100	10	77
CORSADEC	10	7	70	5	71
Chiwi Tinimit,	16	12	75	4	33
APNACH	13	12	92	4	33
FUNDEI	15	14	93	7	50
FUNMAYAN	11	10	91	3	30
FUNDAMENO	9	8	89	4	50
Cooperativa El Recuerdo	16	14	88	12	86
Total	117	100	85		

* Este % se realiza sobre el número de niños evaluados en cada ONG

** Este % se realiza sobre el número de niños que han recibido Vitamina A en cada ONG

Con relación a Sulfato Ferroso, el comportamiento es similar al de Vitamina A para todas las ONG´s, a excepción de FUNMAYAN que solamente ha entregado un 27% en relación a sus niños y niñas participantes en el estudio y en cuanto al cumplimiento de esquemas es aún más dispar el comportamiento entre ONG´s; FUNMAYAN y APNACH tienen 0% de cumplimiento de esquemas de entrega de Sulfato Ferroso; esta situación se observa en el cuadro # 31.

Cuadro #31

Comparación de Niños y Niñas entre ONG´s que han recibido Sulfato Ferroso y tienen Esquema Adecuado

ONG	Niños(as) evaluados	Ha recibido Sulfato Ferroso	%*	Esquema adecuado	%**
Fundación Kanil	14	10	71	8	80
Kaibil Balam	13	13	100	4	31
CORSADEC	10	9	90	6	67
Chiwi Tinimit,	16	12	75	9	75
APNACH	13	7	54	0	0
FUNDEI	15	13	87	7	54
FUNMAYAN	11	3	27	0	0
FUNDAMENO	9	8	89	2	25
Cooperativa El Recuerdo	16	14	88	12	86
Total	117	89	76		

* Este % se realiza sobre el número de niños evaluados en cada ONG

**Este % se realiza sobre el número de niños que han recibido Sulfato Ferroso en cada ONG

E. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Aún sin ser éste, un estudio de impacto, se considera importante conocer el estado nutricional de los niños y niñas participantes en el estudio. Para el análisis nutricional se comparan los datos de Peso para Talla, Talla para Edad y Peso para Edad de los niños del estudio con el estándar de referencia de OMS 2005⁷. También se incluye información sobre los datos obtenidos en la línea de base del entonces PRDC en 2005 puesto que, aunque estos resultados no pueden ser comparados estadísticamente con los obtenidos en la línea de base, es útil tener un parámetro de referencia entre ambas mediciones.

E.1. Desnutrición Aguda

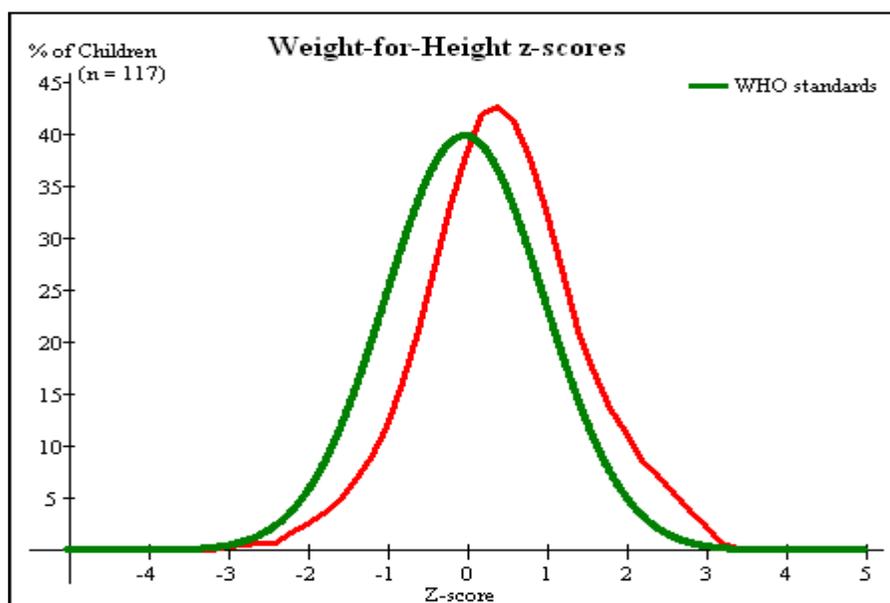
Según el indicador Peso/Talla (P/T), de los 117 niños y niñas medidos, 115 niños y niñas se clasifican como normales y dos de ellos, un niño y una niña, presentaban algún grado de desnutrición aguda, lo cual corresponde al 1.7% de prevalencia entre este grupo de población; de los dos niños encontrados con desnutrición aguda, el niño presentaba desnutrición moderada, mientras que la niña mostraba desnutrición severa.

⁷ <http://www.who.int/growthref/en/>

Al comparar estos hallazgos con la línea de base del antes PRDC realizada en 2005, se encuentra una diferencia de menos de 1.3 puntos porcentuales, pues los datos mostrados en la línea de base demuestran un 3% de prevalencia en niños y niñas que iniciaban su participación en la ENRDC.

En la Gráfica # 11 puede observarse la curva de distribución de la población evaluada con la curva de población normal según OMS 2005 que indica que en esta población evaluada no existe desnutrición aguda y que por el contrario, se comienza a observar tendencia al sobrepeso.

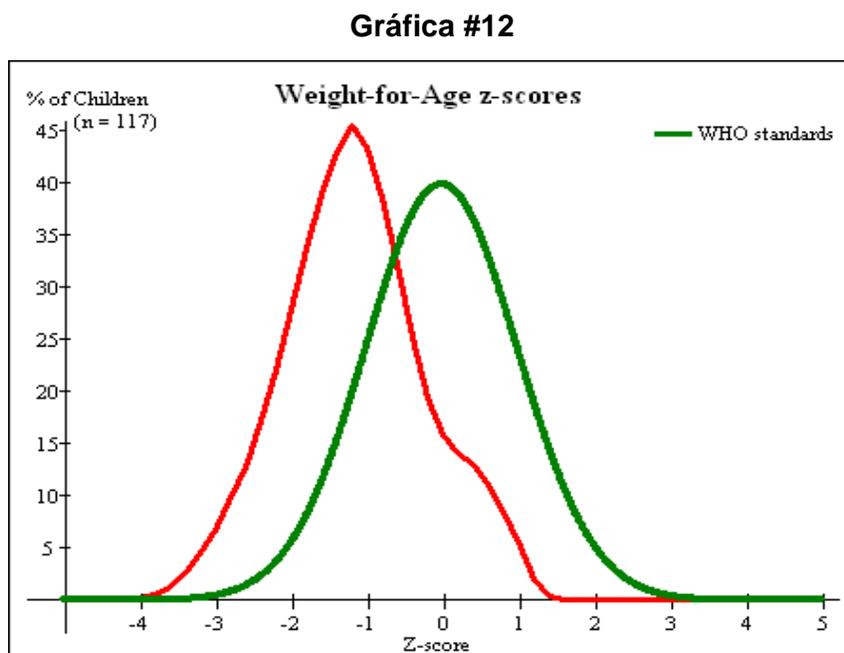
Gráfica #11



E.2. Desnutrición Global

Considerando el indicado para establecer desnutrición global, Peso para Edad (P/E), de la población total de 117 niños y niñas, se encontró 97 niños se clasifican como normales pero 20 de ellos (17.1%), 9 niños y 11 niñas, estaban debajo del punto de quiebre de -2 desviaciones estándar (D.E.) del patrón de referencia. Los nueve niños presentaban desnutrición global moderada y de las 11 niñas, nueve presentaban desnutrición global moderada y dos de ellas se clasificaban en el rango de desnutrición global severa.

La Gráfica #12 compara la curva de la población evaluada con la población del estándar de referencia de OMS 2005 según P/E, mostrando con este indicador que una buena parte de la población evaluada esta sufriendo ya de desnutrición global.



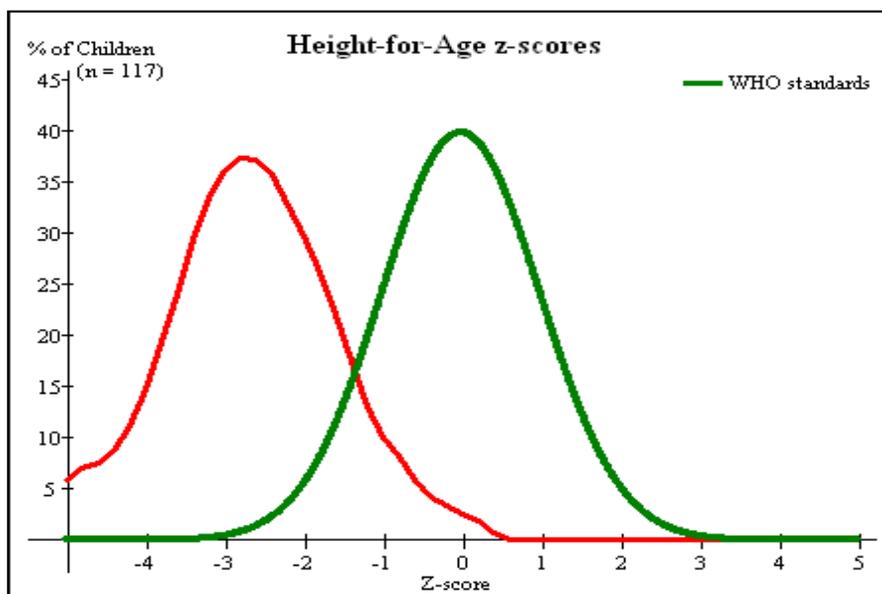
La línea de base del antes PRDC realizada en 2005, muestra una prevalencia de 27%, encontrándose entre ambos estudios una diferencia de 10% en la prevalencia de desnutrición global.

E.3. Desnutrición Crónica o Retardo en Talla

Los hallazgos demuestran en este grupo de población (117 niños y niñas) que al analizar el indicador T/E, 29 (24.7%) niños y niñas se clasifican como normales y 88 (75.2%) padecen desnutrición crónica o retardo en el talla, de los cuales 42 (35.9%) son niños y 46 (39.3%) son niñas; los resultados revelan que de los 42 niños varones con desnutrición crónica, 17 de ellos se clasifican con desnutrición crónica moderada y 25 niños con desnutrición crónica severa; con respecto al sexo femenino, el indicador muestra que de las 46 niñas que padecen desnutrición crónica, 25 de ellas tienen desnutrición crónica moderada y 21 niñas se clasifican con desnutrición crónica severa.

En cuanto a la comparación que se hace en la Gráfica #13 de la población evaluada y la curva de una población normal según la referencia de OMS 2005, ésta se encuentra completamente desviada hacia la izquierda, mostrando con este comportamiento un verdadero problema de desnutrición crónica en la población evaluada.

Gráfica #13



Con relación a los datos de la línea de base del antes PRDC realizada en 2005, la prevalencia de desnutrición crónica fue de 64%, con una diferencia del 11% mayor en este estudio.

F. FORTALEZAS Y DEBILIDADES IDENTIFICADAS POR COMPONENTE Y PROPUESTA DE FORTALECIMIENTO

Con los insumos obtenidos a través del análisis de los resultados, a continuación se identifican en la implementación de los servicios para cada uno de los componentes, fortalezas y debilidades; para éstas últimas, se indican propuestas de fortalecimiento a fin de implementar adecuadamente los tres componentes de la ENRDC.

Componente de Servicios Básicos de Salud	
Atención del Niño o Niña	
Carnet de Salud y Monitoreo de Crecimiento	
Fortalezas	
Los niños y niñas cuentan con carnet de salud	
El Monitoreo de Crecimiento se realiza mensualmente	
Las madres llevan a sus niños y niñas al control de crecimiento	
Participan todos los niños menores de cinco años para determinar su peso para edad	
Cuentan con el equipo necesario.	
Se involucra personal del equipo de salud de la ONG y personal de salud comunitario.	
Debilidades	Propuesta de Fortalecimiento
Se utiliza el indicador Peso/Edad	➤ Para este tipo de evaluación individual, se recomienda utilizar el indicador Peso/Talla y las nuevas normas de crecimiento de OMS 2007.
En términos generales se identifica que no se toma apropiadamente el peso de los niños y no se identifica apropiadamente la Evolución nutricional del niño	➤ Capacitación y adiestramiento al personal de salud de la ONG y de la comunidad en el Monitoreo de Crecimiento (incluye toma de medidas antropométricas, graficación adecuada, consejería sobre el estado nutricional del niño)
Los niños y niñas son pesados con toda la ropa que llevan puesta.	➤ Pesar a los niños y niñas con la menor ropa posible considerando la idiosincrasia cultural y el ambiente (clima, lugar, etc.). ➤ Establecer una tara promedio de la ropa de los niños y de las niñas para tener una buena estimación al descontarla al peso obtenido.

Las balanzas no están calibradas y no se utiliza la técnica de pesar apropiadamente	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Antes y durante la sesión de control de crecimiento, la balanza debe ser calibrada. ➤ Los niños y niñas deben colocarse en el calzón o pañal y colgar adecuadamente en la balanza para obtener el peso correcto.
La mayoría de las veces no se grafica el peso de los niños y niñas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puntear y graficar en cada sesión de monitoreo, el peso/edad del niño o niña en su carnet de salud
Falta de consejería individual a las madres sobre la evolución del estado nutricional del niño o niña	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Con el apoyo de la gráfica de crecimiento, informar a las madres sobre la evolución nutricional de sus hijos e hijas. ➤ Dar consejería de acuerdo a los resultados de la evolución nutricional constante. ➤ Identificar riesgo nutricional y tomar las acciones pertinentes
Inmunizaciones	
Fortalezas	
Los niños y niñas son vacunados para su edad según el esquema que establece el MSPAS	
Las vacunas están registrados en el carnet	
Se cumple con los esquemas de vacunación según la edad del niño o la niña	
Las madres y el personal de salud identifican las vacunas con mucho valor para la salud de sus hijos e hijas	
La cantidad y variedad de las vacunas es apropiada	
El personal de salud lo identifica como el proceso de salud más exitoso dentro de los servicios	
Debilidades	Propuesta de Fortalecimiento
No identificadas	No aplica
Atención de la Morbilidad	
Fortalezas	
Las madres tienen disponible el servicio de salud cuando llega el equipo de salud de la prestadora y sus niños y niñas enfermos son siempre atendidos por personal de salud calificado	
Se cuenta con medicamentos básicos para tratar enfermedades infecciosas e inflamatorias así como enfermedades de la piel	
Cuentan con SRO para prevención y tratamiento de deshidratación	
El personal de salud local puede atender algunas enfermedades no complicadas especialmente de IRAS y diarrea	
Los niños y niñas identificados con complicaciones son referidos a otros servicios (hospitales)	

Debilidades	Propuesta de Fortalecimiento
Existe necesidad de atención de personal de salud permanente	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contratación de personal de salud que atienda todos los días en el centro de convergencia ➤ Mayor capacitación al personal de salud comunitario para atender otras enfermedades ➤ Establecer un esquema eficiente de referencia a otros servicios de salud
Necesidad de mayor variedad y cantidad de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proveer a las ONG´s prestadoras de Servicios de Salud una mayor variedad y cantidad suficiente de medicamentos
Alta incidencia de diarreas e IRAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Educación a las madres sobre salud preventiva para mejorar las condiciones sanitarias y ambientales del hogar y de la comunidad
Desconocimiento de muchas madres sobre señales de complicación en IRAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Información, educación y comunicación permanente en la comunidad para identificar las señales de riesgo en caso de IRAS y las acciones a seguir
Prácticas inadecuadas de las madres para el tratamiento de enfermedades (diarreas e IRAS)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitar al personal de salud local para la identificación, tratamiento y manejo de medicamentos así como de referencia en complicaciones ➤ Instalación de botiquín de salud con medicamentos apropiados según capacitación recibida ➤ Fomentar la utilización de los servicios de salud y del personal de salud local
Uso de Desparasitante	
Fortalezas	
No identificadas	
Debilidades	Propuesta de Fortalecimiento
El personal de salud no presta importancia a la desparasitación de los niños y niñas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitar al personal de salud sobre la importancia de la desparasitación para la prevención y tratamiento de enfermedades principalmente diarreas
Falta de desparasitante en los centros de convergencia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proveer a las ONG´s prestadoras de Servicios de Salud de cantidad suficiente de desparasitante
Las madres no reconocen que los parásitos son un problema de salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Información, educación y comunicación (IEC) para reconocer que los parásitos son un problema que puede provocar enfermedades graves e incluso la muerte

Suplementación con Micronutrientes	
Fortalezas	
Disponibilidad de Vitamina A en todos los centros de convergencia	
La Vitamina A se administra directamente en la boca del niño o niña en el servicio de salud	
Las madres consideran que las vitaminas y minerales son buenos para la salud de sus hijos e hijas	
Debilidades	Propuesta de Fortalecimiento
No se cumple para todos los niños y niñas el esquema adecuado de administración de micronutrientes según edad, aún cuando como en el caso de Vitamina A existe disponibilidad	➤ Se necesita un control estricto de las normas de administración según edad para los diferentes micronutrientes
No existe disponibilidad suficiente de micronutrientes (excepto Vitamina A) en los centros de convergencia	➤ Proveer a las ONG´s prestadoras de Servicios de Salud de cantidad suficiente de micronutrientes
Existe confusión en el personal de salud sobre la administración del ácido fólico a los niños y niñas	➤ Establecer y comunicar normas de procedimientos claras en la administración de los micronutrientes especialmente de ácido fólico para niños y niñas
Las madres no identifican el tipo de vitamina o mineral reciben sus hijos y no establecen la diferencia	➤ Información, educación y comunicación (IEC) a las madres sobre vitaminas y minerales, su función en el organismo, su importancia para evitar o combatir las enfermedades y los alimentos que los contienen, con énfasis en alimentos locales y/o disponibles
La administración de micronutrientes se reduce a Vitamina A, Hierro (como Sulfato Ferroso) y Acido Fólico	➤ Cambiar a la modalidad de entrega de micronutrientes por “chispitas o sprinkles” que está comprobado tiene mejor aceptabilidad por niños y niñas y por sus madres, además que en una sola dosis puede incluirse la variedad necesaria de micronutrientes según las necesidades de la población atendida
El Sulfato Ferroso tiene un aspecto y sabor desagradable que no gusta a los niños y niñas	
Tanto el Sulfato Ferroso como el Acido Fólico se entregan a las madres para ser administrado a los niños y niñas en el hogar	
	➤ Establecer un sistema de monitoreo que permita determinar si las madres están entregando apropiadamente los micronutrientes a los niños y niñas

Atención de la Madre	
Carnet de Salud y Control Prenatal	
Fortalezas	
Cuando acuden al centro de convergencia, las mujeres gestantes son atendidas para su control prenatal por el personal de salud capacitado	
Existen balanzas para pesar a las mujeres gestantes	
Debilidades	Propuesta de Fortalecimiento
La mayoría de las madres no tienen o no llevan su carnet de salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proveer a todas las madres su carnet de control de salud, incluido sus controles pre y post natales
La información obtenida sobre el control pre y post natal de las madres se obtuvo solamente de la información que ellas proporcionaron	
No se realiza un adecuado procedimiento de toma de peso de las mujeres gestantes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitación y adiestramiento al personal de salud de la ONG y de la comunidad en la toma de medidas antropométricas que debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pesar a las mujeres con la menor ropa posible considerando la idiosincrasia cultural y el ambiente (clima, lugar, etc.). ○ Establecer una tara promedio de la ropa de las mujeres para tener una buena estimación al descontarla al peso obtenido.
Las balanzas no están calibradas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Antes de tomar el peso de la mujer gestante, la balanza debe ser calibrada.
Suplementación con Micronutrientes	
Fortalezas	
No determinadas	
Debilidades	Propuesta de Fortalecimiento
No puede establecerse claramente si las madres están recibiendo sus micronutrientes porque la mayoría de ellas no contaba con su carnet de salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proveer a todas las madres su carnet de control de salud, incluyendo la información del suministro de micronutrientes

Parto y Control Post Natal	
Fortalezas	
La atención del parto se está realizando por personal de salud de los diferentes servicios nacionales o por personal de salud comunitario	
Muchas mujeres utilizan los servicios de las comadronas, por lo que un programa de capacitación y actualización es importante para este personal de salud local	
Debilidades	Propuesta de Fortalecimiento
No existe control posnatal	Durante el control prenatal debe inducirse a las madres para que posteriormente a su parto realicen controles posnatales para asegurar su salud y la del recién nacido

Componente de Educación Alimentaria Nutricional y Lactancia Materna	
Lactancia Materna e Introducción de Alimentos	
Lactancia Materna	
Fortalezas	
Las madres inician lactancia materna en las primeras horas después del parto	
Las madres identifican que la leche materna es un buen alimento, necesario para sus hijos	
Las madres continúan amamantando a sus hijos hasta los dos años o más	
Debilidades	Propuesta de Fortalecimiento
Muchas madres introducen otros líquidos en los primeros tres días de nacido	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitación y adiestramiento al personal de salud de la ONG y de la comunidad para que puedan a su vez educar adecuadamente a las madres sobre la importancia de lactancia materna exclusiva ➤ Durante los controles prenatales insistir a las madres que deben dar lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses y lactancia materna prolongada de los seis meses a los dos años del niño o la niña
Un alto porcentaje de madres no mantiene lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses	
Introducción de Alimentos	
Fortalezas	
Las madres mencionan que dan verduras o frutas machacadas, lo que indica que están familiarizadas con las papillas (aunque no reconozcan este término específicamente)	
Debilidades	Propuesta de Fortalecimiento
La mayoría de las madres introducen otros alimentos en los primeros seis meses de vida	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitación y adiestramiento al personal de salud de la ONG y de la comunidad para que puedan a su vez educar adecuadamente a las madres sobre la importancia de la introducción adecuada de alimentos ➤ El personal debidamente capacitado, podrá educar apropiadamente a las madre sobre la introducción de alimentos, utilizando el Vitacereal y otros alimentos disponibles ya sea del mercado o cultivados localmente para dárselos a los niños y niñas como papilla ➤ Reforzar la utilización de papillas para la introducción de alimentos, introduciendo el término para ser utilizado generalmente
Se introducen varios alimentos líquidos utilizando pacha o biberón, dentro de los que destacan Vitacereal como atol	
Como alimentos nutritivos se identifican solamente la leche de vaca y los atoles, dentro del los que está Vitacereal e Incaparina	
Las madres introducen alimentos líquidos no nutritivos incluyendo café y aguas gaseosas	

Las madres no saben a qué edad es apropiado iniciar con la alimentación complementaria	
Educación Alimentaria y Nutricional	
Fortalezas	
La mayoría de las madres están recibiendo educación alimentaria y nutricional en grupo	
La educación que se da a las madres es impartida por la educadora contratada para este fin	
Debilidades	Propuesta de Fortalecimiento
La educadora no está debidamente capacitada para desempeñar su función	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitar apropiadamente a la educadora para que desempeñe su función conociendo los diferentes temas de salud y nutrición ➤ Establecer un programa de trabajo sobre las funciones de la educadora
No se está dando consejería individual a las madres	
No existe un programa estructurado de educación para las madres	
No cuentan con materiales educativos suficientes para todos los temas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proporcionar a la educadora material didáctico adecuado, mediado y con pertinencia cultural para todos los temas de su programa de trabajo
La educadora utiliza mucho de su tiempo en la distribución de Vitacereal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Descargar el tiempo de la educadora con personal adicional que desempeñe la labor de distribución local de Vitacereal ➤ La educadora debe poder programar en su tiempo de trabajo, visita domiciliaria a las madres que necesiten mayor apoyo para mantener apropiadamente la salud y nutrición de sus hijos y de su familia
La educadora no está realizando visitas domiciliarias	
Existe alta rotación de educadoras	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incentivos laborales por buen desempeño ➤ Monitoreo de las actividades de la educadora ➤ Asegurar un salario justo y a tiempo

Componente de Alimentación Complementaria (Vitacereal)	
Fortalezas	
El Vitacereal se distribuye mensualmente y específicamente a los beneficiarios: niños y niñas de seis a 36 meses, mujeres gestantes y madres lactantes	
El Vitacereal tiene un alto valor agregado para propiciar la captación de beneficiarios a los servicios de salud	
El Vitacereal les gusta a los niños y niñas y a sus madres	
El Vitacereal es bien aceptado	
Se lleva un adecuado control de la distribución de Vitacereal	
Debilidades	Propuesta de Fortalecimiento
Alta dilución del alimento dentro del hogar: consumo de toda la familia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dar educación en las madres y hacer conciencia y enfatizar en las familias, que el Vitacereal debe ser consumido por las personas que más lo necesitan (los beneficiarios a los que se les entrega)
Los niños y niñas no lo están consumiendo como papilla	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitar a las educadoras sobre la preparación adecuada de Vitacereal y porqué se recomienda su uso como papilla para los niños y niñas ➤ Retomar las normas establecidas para el uso y preparación de Vitacereal ➤ Enseñar a las madres cómo preparar adecuadamente la papilla y educarlas sobre las razones de dar Vitacereal a los niños y niñas como papilla y no como atol ➤ Introducir otras recetas de alimentos complementarios utilizando como base el Vitacereal para variar la comida de los niños y niñas

Resumen de Puntos Críticos de los Tres componentes Directos de la ENRDC	
Fortalezas	
Los servicios de salud se están ejecutando en las comunidades con la periodicidad según el convenio de contratación suscrito entre el PEC del MSPAS y las ONG's.	
El Programa de Inmunizaciones se ejecuta con eficiencia y eficacia	
Las madres beneficiarias están utilizando los servicios tanto para ellas en el control prenatal como para sus niños y niñas llevándolos permanentemente a sus controles de monitoreo de crecimiento y de vacunación	
El personal de salud comunitario, tanto vigilantes como comadronas, están realizando constantemente su labor	
Las madres perciben que el personal de salud del equipo básico las atiende con calidad y calidez y tienen gran estima por el servicio de salud con el que ahora cuentan	
La distribución del alimento complementario Vitacereal, tanto para niños y niñas como para madres se realiza apropiadamente en cuanto a cantidad y temporalidad de entrega	
Vitacereal tiene un alto grado de aceptación y ha servido de estímulo para la utilización de los demás servicios de salud	
Debilidades	Propuesta de Fortalecimiento
En cada comunidad recibe los servicios que le proporciona el equipo básico de salud solamente una vez al mes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejorar las coberturas tanto de comunidades como de beneficiarios, aumentando la contratación de más ONG's prestadoras de servicios o bien implementar servicios de salud institucionales con extensión de cobertura
Todos los programas del primer componente de la ENRDC, a excepción del de inmunizaciones, son ejecutados parcialmente sin seguimiento de las normas establecidas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisar las normas de cada programa de salud y que el personal ejecutor las conozca apropiadamente ➤ Informar a las ONG's ejecutoras que todos los programas de salud que deben entregar son igualmente importantes y necesarios para asegurar la salud y nutrición de los niños y niñas y sus madres ➤ Evaluar a cada ONG contratada a través de la eficiencia y eficacia de la entrega de los servicios según las normas de salud, lo que permitirá buscar la excelencia en el servicio que se presta
La lactancia materna exclusiva, no se mantiene por el tiempo establecido de seis meses	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incentivar la lactancia materna exclusiva a través de un adecuado programa de educación a las madres siendo este un tema prioritario

<p>La educación que se está proporcionando es inadecuada y disfuncional</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diseñar un adecuado programa educativo de salud y nutrición con pertinencia cultural, adaptable a todas las regiones de Guatemala ➤ Los temas fundamentales de lactancia materna y alimentación de los niñas y niños y niñas así como el de señales de peligro deben ser priorizados en el programa educativo ➤ Capacitar apropiadamente a las educadoras sistemática y permanente según el programa establecido ➤ Proporcionar materiales educativos mediados culturalmente según la temática del programa diseñado ➤ El personal educador de nuevo ingreso debe iniciar con un proceso de capacitación antes de establecerse en sus labores ➤ Dar más énfasis a la consejería cara a cara y a las visitas domiciliarias ➤ Descargar el trabajo administrativo y ejecutor de la educadora que no sea en relación a su labor de educar ➤ Evaluar el trabajo de las educadoras e incentivar la labor de éstas por medio de estímulos ya sea por medio de premios tangibles como bonos monetarios, vacacionales, etc. o intangibles como el reconocimiento a la labor que realizan ➤ Evitar el alto porcentaje de rotación de personal, entregando oportunamente los desembolsos del MSPAS a las ONG's para el pago de salarios
<p>El alimento complementario Vitacereal no está llenando el objetivo propuesto tanto para la alimentación de los niñas y niños como de las mujeres gestantes y madres lactantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Concientizar a la educadora sobre la importancia de dar Vitacereal en forma de papilla a los niños y niñas ➤ Incentivar el uso de Vitacereal para niños y niñas en forma de papilla y para madres en atol, informando a las madres el objetivo de dar este alimento a los grupos beneficiados ➤ Entregar otro tipo de alimentos como raciones familiares que ayuden a evitar la dilución y sustitución de Vitacereal especialmente para la alimentación de los niños y niñas

IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A. DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS TRES COMPONENTES DIRECTOS

A.1. Servicios Básicos De Salud

La prestación de los servicios de salud por las ONG's contratadas por el MSPAS se realiza con regularidad y al analizar los tres componentes directos ejecutados por las ONG's en la ENRDC se puede analizar lo siguiente:

Con respecto a los servicios básicos de salud, se determina que en el caso de los niños y niñas, la mayoría cuentan con su carnet de salud y que las actividades en las cuales participan con regularidad son el control o monitoreo de crecimiento y la vacunación que son vistas por las madres como rutinarias y con las cuales deben cumplir.

Para Control de Crecimiento, aunque cumplan con la actividad mensualmente y se realiza con regularidad por personal de salud ya sea por la educadora, el médico(a) o el vigilante de salud, se observa que el 43% de los niños o niñas no tenía graficada la curva de peso, información importante para proporcionar a la madre la orientación necesaria sobre la evolución nutricional de su hijo o hija, lo que puede significar que casi la mitad de las madres no conozcan el progreso, estancamiento o decrecimiento del peso de sus hijos e hijas; debe ponerse especial empeño en que la actividad de control de crecimiento cumpla con todos los procesos y concluya con su propósito principal de demostrar a la madre la evolución nutricional de su hijo o hija. Se destaca que además es necesario capacitar adecuadamente en la toma de peso de los niños y niñas, la calibración y mantenimiento de las balanzas.

Con relación a las inmunizaciones, la mayoría (97%) de niños y niñas tienen su esquema de vacunación completo y adecuado a su edad, las madres comprenden que están protegiendo a su niño o niña y que van cumpliendo con todas sus vacunas, percibiendo

preocupación por las madres y por el equipo de salud para que éstos tengan sus esquemas completos según su edad.

Al analizar la atención de morbilidad, se encuentra que dentro del grupo de niños y niñas estudiados, el 65% se han enfermado en los últimos seis meses y lo interesante es que al preguntar a las madres a dónde habían acudido para que sus hijos recibieran atención médica refirieron algún servicio de salud formal; sin embargo, parece contradictorio porque al profundizar en el tema y hacer el diagnóstico de los niños que han sufrido diarrea en los últimos 15 días previos a la entrevista, se detecta que 42 (55%) de los 76 niños que han enfermado en los últimos seis meses han sufrido de diarrea aguda lo que demuestra una alta incidencia, pero de los 42 niños que enfermaron, solamente un poco más de la mitad de ellos recibió atención por personal de salud y al parecer solamente si es grave acuden a algún servicio de salud. No hay cambios sustanciales en la alimentación de los niños en la mayoría de los casos y el 83% de los niños que padecieron diarrea consumen líquidos dentro de los que destacan las SRO que les proporcionan en el centro de convergencia lo cual es positivo para combatir la deshidratación; destaca el consumo de café dentro de los líquidos que refieren consumir cuando padecen diarrea.

Con relación a IRAS, el 76% de las madres reconoce síntomas de la enfermedad pero el 28% restante contesta que no sabe reconocer los síntomas peligrosos de ésta enfermedad; 39 (51%) niños o niñas de los 76 que enfermaron en los últimos seis meses, refieren haber tenido tos con fiebre en los últimos 15 días previos a la entrevista y 10 (26%) de los 39 niños o niñas con tos y fiebre, tuvieron respiración rápida y hundimiento debajo de las costillas y al igual que con los niños o niñas que tuvieron diarrea, solamente un poco menos de la mitad indican haber recibido atención por personal de salud. Un dato importante es que de los 42 niños o niñas que refirieron padecer diarrea, ocho niños o niñas también padecieron de IRA y de éstos ocho, cinco mostraron síntomas de tos y fiebre con respiración rápida y corta y un niño respiración rápida y hundimiento debajo de las costillas. Según lo reportado, la incidencia de diarrea e IRAS es alta, para lo cual es importante la prevención a través de educación y las madres deben comprender que de no ser tratadas apropiadamente estas enfermedades, pueden ser mortales.

Respecto a la desparasitación, aunque la mitad de los niños y niñas mayores de dos años participantes en el estudio han recibido desparasitante, solamente ocho de ellos que

corresponde al 44% tienen un esquema apropiado. Una de las razones principales por las que no se proporciona el desparasitante según se pudo percibir con las madres y con los equipos de salud, es porque no hay disponibilidad del medicamento y además no lo consideran necesario.

En cuanto a la suplementación con micronutrientes, las madres no saben específicamente para qué son necesarios, pero sí consideran que son buenos para la salud de sus niños o niñas; en el caso de Vitamina A, la mayoría tenía anotado en su carnet haber recibido la vitamina pero solamente un poco más de la mitad (57%) tenía un esquema adecuado según las normas; lo mismo sucede con sulfato ferroso, que según los registros se le proporcionó al 81% de los niños pero sólo el 54% tenía un esquema adecuado de recepción sin poder asegurar en cuántos de estos niños o niñas realmente fue administrado porque el mineral se lo entregan a la madre para que lo lleve a casa y se lo de al niño o niña; con ácido fólico es aún peor puesto que se detecta que 88 de los 110 niños o niñas que por edad debían recibirlo, no lo han recibido y ninguno de los restantes 22 niños o niñas que sí lo recibieron tienen un esquema apropiado. En el análisis de la suplementación con micronutrientes, se infiere que no se está cumpliendo con los esquemas apropiados de administración y recepción probablemente (con excepción de Vitamina A) por falta de los mismos en el servicio de salud o por desconocimiento de la norma por el personal de salud.

Al analizar si las madres poseen carnet de salud, al contrario de los niños y niñas, se encuentra que la mayoría (69%) no cuenta con este documento y algunas que sí lo tienen (cinco de ellas), no tienen datos. Al parecer ni ellas ni el personal del servicio de salud lo consideran importante y de esta cuenta, la mayor parte de la información sobre el control de servicios de salud que la madre recibe, es proporcionada verbalmente y no puede ser verificada.

Cuando se le pregunta a la madre si ha recibido control prenatal en su último embarazo, la mayor parte de las madres (91%) confirma que sí lo ha recibido y aunque en su mayoría refieren como primera respuesta que han ido a control con personal de salud principalmente médico o personal de enfermería tanto del centro de convergencia de la ONG evaluada como de otros centros y puestos de salud cercanos, el 40% también acuden a la comadrona para recibir atención y consejos, por lo tanto el papel que en la

atención prenatal juega la comadrona es de suma importancia y debe estar capacitada, formar parte del equipo básico de salud o por lo menos estar en comunicación y referencia constante.

Como no se cuenta con el carnet de salud para la mayoría de las madres, sólo puede determinarse que de las 16 madres que tienen su carnet con datos, 14 recibieron ácido fólico, y 11 sulfato ferroso, pero de éstas, solamente seis tenían un esquema adecuado de recepción de ambos micronutrientes. No se puede asegurar que las madres que recibieron micronutrientes se los tomaron, aunque ellas comentan que sí lo hicieron. Es difícil evaluar y monitorear el cumplimiento de ésta norma si no se tiene la información en el documento de respaldo y las madres tampoco saben responder con seguridad si les dieron el medicamento y si se lo tomaron adecuadamente.

Al respecto de la atención del parto, la comadrona nuevamente juega un papel importante porque atendió el 66% de los partos, ya sea que atienda a la paciente en su propia casa o en casa de la comadrona; en segundo lugar figura la atención del parto por personal de salud en el hospital nacional. Solamente 12 madres dicen haber recibido atención postnatal y las restantes 92 madres comentan que no lo consideraron necesario pues se sentían bien; no puede determinarse el peso al nacer de los niños, aunque la mayoría de las madre dicen conocerlo porque les dijeron cuando el niño nació. Es importante destacar que no se realiza captación de madres postparto para atención médica por parte del personal de salud.

A.2. Educación Alimentaria Nutricional y Lactancia Materna

Con respecto a la lactancia materna, casi la totalidad de las madres da de mamar entre menos de media hora a tres días de nacido, lo que asegura el consumo de calostro, sin embargo el 38% de las madres introdujo líquidos en éste período, principalmente agua sola o azucarada; solamente 20 madres mantuvieron lactancia materna exclusiva el los primeros seis meses y las restante 53 madres introdujeron otros líquidos a partir del tercer mes de vida de los niños. Si bien es cierto, la leche materna es considerada por las madres como un buen alimento para el niño o la niña recién nacida y existe el hábito de

dar de mamar desde que nace, se percibe que es necesaria más información y educación de la madre con respecto a la lactancia materna.

En la introducción de alimentos, las bebidas que principalmente comienzan a dar son proporcionadas en pacha o biberón para los pequeños que no han cumplido un año e indistintamente en vaso o pacha para los mayores de un año; después del atol que casi siempre se refiere a Vitacereal o Incaparina, dan jugos de frutas y en tercer lugar café. Las edades en las cuales se introdujeron los alimentos varían en un rango de tres a 12 meses, aunque la mayoría mencionó entre seis y ocho meses, con el consumo de variedad de “calditos” siguiéndole las verduras cocidas en especial papa y güisquil y luego tortillas. Por lo menos cinco madres mencionaron que dan puré de Vitacereal cuando los niños comienzan a comer y una de las madres refiere que le da a su niño pequeño “risitos”. Nuevamente se percibe en esta área del componente, la necesidad de orientar adecuadamente a las madres a través de educación sobre alimentación del niño menor de tres años.

El 80% de las madres dijeron haber recibido charlas educativas principalmente en grupo cuando llegaban mensualmente al centro de convergencia, y que estas eran impartidas por la educadora utilizando según el 66% de las madres, materiales como láminas, afiches o mantas y según el 34% de las madres restantes “sólo palabras”; los temas de los cuales refieren haber recibido información son variados pero principalmente mencionan sobre la preparación de Vitacereal, pero solo el 30% de las madres que lo refieren dicen que les han enseñado y hablado de que se lo tiene que dar al niño como papilla; destacan luego temas como el cuidado de los niños, preparación y consumo de alimentos e higiene de los alimentos; sin embargo queda en último lugar la mención sobre el tema de lactancia materna exclusiva y alimentación del niño menor de tres años.

Se considera por las respuestas obtenidas en las entrevistas de las madres, los grupos focales de madres y las entrevistas a las educadoras y coordinadores de ONG's, que este componente debe reforzarse con una capacitación para el equipo de educadoras, planificada, sistemática, ordenada, con materiales y equipo adecuados y la inclusión de temas pertinentes y mediados culturalmente para dar la educación a las madres.

A.3. Alimentación Complementaria

Respecto a la entrega de Vitacereal, se pudo determinar que tanto la presentación de niños y niñas así como de mujeres es entregada con regularidad mensualmente por el Centro de Convergencia, siendo casi siempre la educadora la encargada de entregarlo y llevar los registros, aunque algunas veces recibe apoyo del demás personal del equipo de salud; esto significa que la educadora no tiene tiempo para realizar su labor educativa, función para la cual fue contratada; debería considerarse descargar a la educadora de ésta función y contratar personal de logística o almacenamiento que se encargue de ésta actividad.

Tanto los niños y niñas como las madres lo aceptan adecuadamente y les gusta; en términos generales no provoca efectos adversos a la salud de los niños o niñas ni a las madres.

Vitacereal tanto de niños y niñas como de mujeres, es percibido como un producto para elaborar atol como lo confirma el 64% de las madres que dicen que reciben el Vitacereal del niño o la niña para prepararlo como atol, porcentaje que aumenta cuando se le pregunta a la madre cómo lo prepara puesto que el 80% de ellas dicen que el Vitacereal del niño o niña lo prepara para consumirlo como atol, solamente el 5% lo prepara como papilla y el 15% confirma que hace los dos tipos de preparación, tanto atol como papilla. La razón que dan las madres, tanto en las entrevistas individuales como en los grupos focales, es que es más fácil prepararlo como atol y que al niño o niña no les gusta como papilla, pero resulta obvio que lo preparan de esta manera porque el consumo es familiar. Es importante empezar por concientizar a las educadoras la importancia de preparar Vitacereal en forma de papilla, puesto que inicia con ellas el rechazo a esta preparación ya que en las entrevistas con las educadoras algunas de ellas dijeron que se debería cambiar la instrucción porque las madres lo prepararan como atol debido a que forma parte de sus hábitos y costumbres alimentarias; no debe descartarse el esfuerzo por tratar de que los niños y niñas consuman el Vitacereal en forma de papilla dando capacitación adecuada a la educadora, tratando de variar el sabor del producto y elaborando diversas recetas de papillas con alimentos locales y Vitacereal que mantengan o mejoren el valor nutritivo de la porción servida.

Vitacereal es visto por el personal de salud, como apoyo para aumentar coberturas de servicios puesto que mencionan que se ha incrementado la búsqueda de los servicios por parte de las madres al saber que reciben Vitacereal, lo que permite captar tempranamente a los niños y niñas así como a las mujeres en período de gestación, lo que permite incrementar coberturas en otros programas como el de inmunizaciones, control de crecimiento y atención prenatal. Las mismas madres comentan en los grupos focales que las mujeres mayores o que no tienen niños pequeños no van al centro de convergencia porque no reciben Vitacereal, a menos que se sientan enfermas.

Vitacereal es consumido por otros miembros de la familia y no sólo por los beneficiarios principalmente porque son familias pobres que no tienen suficientes fuentes de alimentos. Esta puede ser la razón por la cual al preguntar a las madres para cuanto tiempo les alcanza, dan una variedad de respuestas que podía interpretarse como que no saben exactamente que responder.

B. DE LA PERCEPCIÓN DEL SERVICIO EN EL DESARROLLO DE LOS TRES COMPONENTES DIRECTOS DE LA ENRDC

Los grupos focales de madres mencionan que acuden al centro de convergencia con frecuencia, casi siempre mensualmente cuando llega a la comunidad el equipo básico de salud ya sea por alguna enfermedad de ellas o de sus hijos e hijas o para que revisen a los niños o niñas, hacer el control de crecimiento, ver si necesita vacunas y que le entreguen el Vitacereal; no perciben que la educación sea parte de los servicios que les deben de dar.

Las madres se consideran ser bien atendidas por el personal de salud y los conocen físicamente aunque no por su nombre, pero se quejan de que tienen que esperar mucho tiempo para que las atiendan; piensan que es así porque el equipo de salud sólo llega una vez al mes y acuden al servicio muchas personas, afectando además la hora de llegada y de salida del personal de salud pues indican que estarían dispuestas a pagar unos pocos centavos para pagar luz eléctrica y que el personal pudiera quedarse más tarde para atenderlos a todos. Su pretensión es que por lo menos hubiera un pequeño Puesto de Salud con una enfermera que atendiera todo el tiempo, por lo que se percibe, aunque

aprecian mucho la atención que se les presta, necesita ser atendidas más días al mes e ideal permanentemente.

Con respecto a la percepción de las educadoras en salud y nutrición, todas de nivel medio, consideran que la ENRDC contribuye a la salud de las comunidades y que las madres participan, pero no tienen clara la integralidad de los tres componentes directos de la estrategia y dan mucho valor a la distribución de Vitacereal; ven como una debilidad el hecho de que no tengan una buena capacitación, incluso hay algunas que mencionan que nunca han sido capacitadas, probablemente porque acaban de integrarse al equipo; se considera que si existiera un plan de capacitación adecuado y se les indujera en los temas que deben impartir, así como eliminar dentro de sus responsabilidades la entrega de Vitacereal a través de otra persona que tuviera esta actividad, ellas podrían dedicarse a educar a las madres ya fuera a través de los grupos, con consejería individual o bien realizando visitas domiciliarias.

Los directores(as) y coordinadores(as) de ONG's prestadoras de servicios de salud piensan que el PEC ha logrado la entrega de los servicios de salud a las comunidades alejadas y, específicamente las acciones de la ENRDC han apoyado el proceso pues a través de las acciones de la estrategia cuentan con más recurso humano como la educadora y equipos como los vehículos, sin lo cual consideran que es difícil prestar un buen servicio. Consideran que tanto el PEC como la ENRDC pueden continuar realizándose si se cuenta con voluntad política y el presupuesto necesario.

Es generalizado entre educadoras y directores(as) o coordinadores(as), los problemas que han tenido en este año debido a que los desembolsos a las ONG's no ha sido regulares, motivando la constante rotación de personal, incluso el personal comunitario que les apoya y recibe un estipendio, como los vigilantes de salud, que ya no quieren seguir apoyando debido a que no les pagan.

Aunque cuentan con algo, es manifiesto el problema de escasez de medicamentos de todo tipo, incluso de micronutrientes y la falta de equipos médicos apropiados, lo cual es comentado tanto por las madres como por las educadoras y directores(as) o coordinadores(as).

C. DE LAS SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE ALGUNOS SERVICIOS DE SALUD OBSERVADOS ENTRE ONG'S

Con el fin de analizar entre ONG's, las similitudes y diferencias entre ellas, puede observarse que en la actividad donde todas son muy parecidas es en las inmunizaciones, tanto en la administración como en los esquemas adecuados de vacunas; también se observan similitudes en cuanto a realizar el control de crecimiento pero empiezan a verse diferencias cuando se analiza la graficación de peso en los carnet de los niños, lo que permite pensar que algunas ONG's tienen ya conciencia de la importancia de la graficación para la orientación de las madres pero las otras no lo perciben de esta manera y nuevamente es un tema a tratar, la necesidad de capacitar adecuadamente al personal de salud, tanto a educadoras como enfermeras y vigilantes de salud quienes se encargan de realizar en la mayoría de los casos esta actividad.

En cuanto a la suplementación con micronutrientes, en términos generales se está administrando tanto Vitamina A como Sulfato Ferroso, pero hay diferencias entre las ONG's participantes, las cuales se marcan aún más cuando se analiza sobre los esquemas adecuados de administración y recepción de los micronutrientes que tiene que ver mucho con el desabastecimiento de medicamentos, incluyendo vitaminas y minerales en los servicios. Se considera que si esta situación se mejorara, la norma se implementa adecuadamente y si además se ejerciera la misma presión que con vacunaciones, las coberturas fueran mejores.

D. DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

El número de niños y niñas evaluados es relativamente pequeño para poder hacer comparaciones.

Sin embargo en el análisis de los diferentes indicadores, los resultados muestran que la prevalencia de desnutrición aguda de 1.7% en esta población es menor que la norma establecida por la OMS de 2.5% para ser declarado como un problema de salud pública.

Las prevalencias encontradas de desnutrición global y desnutrición crónica, 17.1% y 75.2% respectivamente, sobrepasan en gran manera la norma de OMS del 2.5% como límite para declararse un problema de salud pública.

Con la información nutricional recolectada queda de manifiesto que el problema nutricional de estos niños y niñas es desnutrición crónica debido quizá al acomodamiento alimentario nutricional en el cual se preserva la vida a costas de la ganancia adecuada de talla.

Los resultados obtenidos en los tres indicadores nutricionales para la población evaluada concuerda con la información nacional con que al momento se cuenta, si se considera las áreas donde están establecidas las ONG's y de donde provienen los datos de los niños y las niñas evaluados.

X. CONCLUSIONES

1. Las prestadoras de servicio no implementan en forma eficiente y completa según fueron conceptualizados la entrega de los servicios, debido a que los tres componentes directos de la ENRDC se están realizando parcialmente y no de la manera como fueron concebidos; esto significa que los esfuerzos por entregar servicios de salud y nutrición preventiva se diluyen y de continuar sin la integralidad de acciones y la ejecución completa de cada uno de ellos, no será posible prevenir y por lo tanto a largo plazo disminuir los altos índices de desnutrición crónica así como permitir alcanzar la meta de la estrategia, acorde a las metas del milenio, que indica que para el 2016 se lograría disminuir a la mitad (24%) la prevalencia de desnutrición crónica en el país. Sin embargo, se considera que si los tres componentes directos de la ENRDC fueran ejecutados adecuadamente y siguiendo las normas ya establecidas, para lo cual se han identificado sus fortalezas, debilidades y propuestas de fortalecimiento, en conjunto coadyuvarían a prevenir y disminuir la desnutrición crónica.
2. Con relación al primer componente de la ENRDC, Servicios Básicos de Salud, la atención al niño o la niña con el programa de inmunizaciones es la más exitosa, tanto en la administración de las vacunas como en el cumplimiento de los esquemas según edad y el único que llena la normativa referida por el MSPAS; todos los demás programas que forman parte de los servicios básicos de salud tanto para los niños o niñas como para mujeres gestantes y madres lactantes se están realizando parcialmente sin apego a las normas establecidas por el MSPAS.
3. Al analizar el segundo componente, la educación que se brinda es solamente a través de charlas en grupos y no se está realizando consejería cara a cara ni visita domiciliaria; es obvia la falta de capacitación adecuada a las educadoras y la falta de materiales apropiados y diseñados de acuerdo a un verdadero plan de capacitación.
4. Con relación también al segundo componente, en cuanto a lactancia materna, se observa que aunque las madres consideran adecuada y necesaria la lactancia materna, hay introducción de líquidos en los primeros tres días de nacido y muy

pocas madres están dando lactancia materna exclusiva, apenas un 17%; existe también desconocimiento de la edad apropiada y del tipo de alimentos convenientes para la introducción de alimentos sólidos, lo que significa que la orientación que se está proporcionando al respecto no es suficiente; debe ser prioritario el desarrollo del tema de lactancia materna exclusiva y prolongada así como la introducción de alimentos y la identificación de riesgos de peligro en la capacitación que se proporcione a las educadoras para que estas a su vez puedan informar y educar apropiadamente a las madres.

5. Con respecto al componente de alimentación complementaria, que se suscribe a la entrega de Vitacereal acompañado de la educación a las madres sobre la preparación del mismo y que tiene un alto valor agregado para captar beneficiarios a los servicios de salud, puede observarse que aunque se está entregando con relativa regularidad, en las cantidades apropiadas y a los beneficiarios seleccionados, para el consumo infantil no se está preparando en forma de papilla y además tanto en Vitacereal para niños y niñas como Vitacereal para mujeres existe dilución familiar, por lo tanto el consumo del alimento por el grupo vulnerable seleccionado, debe ser muy inferior a lo recomendado; las madres prefieren hacer atol porque es más fácil, es un hábito en la alimentación de los guatemaltecos y les alcanza más para toda la familia, sumado a que dentro del grupo de educadoras al entrevistarlas, se propuso la recomendación de cambiar la preparación de papilla por atol. Nuevamente resalta la necesidad de capacitar adecuadamente a las educadoras para que con propiedad pueda ellas educar a las madres.
6. La falta de presupuesto y los desembolsos tardíos a las ONG's ha afectado la funcionalidad del PEC y de la ENRDC, por lo que se recomienda actuar apropiadamente a fin de evitar esos problemas financieros que han motivado deserción del personal e incluso que no puedan movilizarse a las comunidades para realizar su trabajo por falta de combustible y/o crédito para el mismo.
7. La prevalencia de desnutrición crónica para lo cual se ha implementado la estrategia sigue siendo muy elevada; requiere una revisión exhausta de procesos y compromisos tanto del MSPAS como de las ONG's que la implementan puesto que de continuar así, no se tendrá el impacto deseado.

8. Aún cuando los tres componentes directos de la ENRDC no se estén implementando como se debería, las madres consideran que el servicio de salud que ahora tienen en los centros de convergencia por medio de las prestadoras de servicios de salud es muy valioso y estiman sobremanera al personal de salud que les atiende con calidad y calidez, aunque si bien es cierto quisieran que el servicio fuera permanente porque el equipo de salud llega solamente una vez al mes.

XI. RECOMENDACIONES

Considerando los resultados obtenidos así como el análisis de los mismos, se presentan algunas recomendaciones generales que complementan las especificidades que se manifiestan en el capítulo de “Fortalezas y Debilidades Identificadas por Componente y Propuesta de Fortalecimiento”; estas son:

1. Debe cumplirse con las normas ya establecidas en los programas de servicios de salud para el primer componente de la estrategia y normarse la ejecución de los otros dos componentes, pretendiendo de esta manera que los prestadores de servicio que ejecuten la ENRDC sean evaluados conforme el cumplimiento de estas normas tanto en su cobertura como en la calidad de la prestación. Solamente así podrán desarrollarse apropiadamente los componentes directos de la ENRDC.
2. Se recomienda utilizar la metodología y los resultados de este estudio, como insumo en el establecimiento del Sistema de Monitoreo y Evaluación –SM&E- de la ENRDC y ser considerada la primera evaluación de la implementación de los tres componentes directos de la ENRDC; de esta manera podrá determinarse la funcionalidad en la implementación de los procesos, que permitiría a los tomadores de decisión con respecto a la estrategia, hacer ajustes necesarios.
3. Como el presente estudio está enfocado a la evaluación de la implementación de los componentes directos de la ENRDC con las ONG’s prestadoras de servicios, se recomienda además evaluarlos en los centros y puestos de salud que ya lo están implementando de los departamentos de Chiquimula y Totonicapán con lo cual se obtendrían insumos pertinentes para la implementación con cobertura total en todos los servicios de salud del primer y segundo nivel.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bressani R. 2004. Desarrollo, Evaluación y Factibilidad de Producción de Alimentos de Alto Valor Nutritivo para la Alimentación Complementaria de Niños Preescolares. Guatemala, Universidad del Valle de Guatemala, Instituto de Investigaciones, Centro de Ciencia y Tecnología de Alimentos, PMA. 48 p.
2. CARE Perú. 2004. Sistematización Proyecto Niños. Lima, Perú, CARE. 6 p. (Resumen Ejecutivo).
3. Coppens, F. y Van de Velde, H. 2005. Programa de Especialización en Gestión del Desarrollo Comunitario. Estelí, Nicaragua, CURN / CICAP. 125 p. (Texto de Referencia y de Consulta, Curso E-DC-6.1, Sistematización).
4. Eizaguirre, M. 2004. La Sistematización, una nueva mirada a nuestras prácticas: Guía para la sistematización de experiencias para la transformación social. Bilbao, España, (s.e.). 61 p.
5. Fuentes, J. A., Hernández, J. y Pascual, M. 2001. Los efectos de la intervención nutricional temprana en la formación de capital humano. Guatemala, INCAP. 87 p.
6. Gobierno de Guatemala. 2002. Segundo Censo Nacional de Talla de Escolares de Primer Grado de Primaria, Julio 2001. Guatemala, Ministerio de Educación y CONSAN. 150 p.
7. _____. 2003. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil – ENSMI- 2002. Guatemala, MSPAS, (Tomo Mujer). 285 p.
8. _____. 2006. Programa para la Reducción de la Desnutrición Crónica 2006-2016. Guatemala, SESAN (Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional). 64 p.

9. _____. 2006. Sistematización del Plan Piloto del Programa para la Reducción de la Desnutrición Crónica. Guatemala, SESAN. 78 p.
10. _____. 2006. Programa para la Reducción de la Desnutrición Crónica: Manual de Normas Técnicas del Componente de Alimentación Complementaria. Guatemala, SESAN. 50 p.
11. _____. 2008. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Reglamento de la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. 2a. ed. Guatemala, SESAN. 85 p.
12. _____. 2009. Tercer Censo Nacional de Talla en Escolares de Primer Grado de Educación Primaria del Sector Oficial de la República de Guatemala, Agosto 2008. Guatemala, Ministerio de Educación y SESAN. 97 p.
13. Gobierno de Perú. 2003. Sistematización de la Experiencia del Programa Nutrición Infantil: Adopción de la Metodología del PNI por parte de la Red de Salud de Vilcashuamán. Perú, Ministerio de Salud, ADRA / DESCO. 14 p.
14. _____. 2008. Norma Técnica N°001–2008 de Implementación Regional y Local de la Estrategia Nacional CRECER para el año 2008. Perú, CRECER. 58 p.
15. IFPRI (Instituto Internacional de Investigación sobre políticas alimentarias, WHS). 2005. Hacia la seguridad alimentaria y nutricional: Investigación sobre políticas alimentarias, fortalecimiento de la capacidad y comunicación. Washington, D.C., IFPRI. 60 p.
16. _____. 1994. Recomendaciones Dietéticas Diarias del INCAP. Guatemala, INCAP. 137 p.

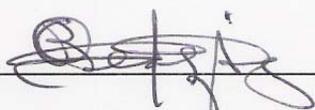
17. INCAP (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, GT). 2005. Diagnóstico de la situación nutricional y caracterización de programas alimentario nutricionales dirigidos a niños y niñas de 6 - 36 meses en Centro América y Panamá. Guatemala, INCAP. 103 p. (Informe Final para el Programa Mundial de Alimentos).
18. Jara Holliday, O. (s.a.). La Sistematización de Experiencias y las corrientes innovadoras del pensamiento latinoamericano: una aproximación histórica. México, (s.e.). 14 p. (Folleto).
19. Scott, J. 1999. Análisis del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA): México. Experiencias Exitosas de Combate a la Pobreza Rural: Lecciones para una Reorientación de las Políticas. México, RIMISP-FAO 38 p. (Informe Final).
20. Levy, S. y Rodríguez, E. 2005. Sin Herencia de Pobreza: El Programa PROGRESA-OPORTUNIDADES de México. México, BID. 249 p.
21. Martorell, R., Flores, R. y Hickey, M. 2002. El retardo en el crecimiento infantil en Guatemala: análisis de los cambios que se han dado en los últimos 15 años. Guatemala, Abt Associates; Bethesda. 55 p.
22. OPS (Organización Panamericana de la Salud, WHS). 1997. Los Censos de Talla y sus Usos: Informe Técnico. Washington D.C., OPS/ UNICEF. 16 p. (Cuaderno Técnico No. 45).
23. Ruel, M., Rivera, J. y Martorell, R. 1994. Resumen de los hallazgos del estudio de suplementación del INCAP y del estudio de seguimiento y su relevancia para los programas de distribución de alimentos. Guatemala, INCAP DFOE/IP/065. 56 p.
24. The Lancet's Serie of Maternal and Child Undernutrition. www.GlobalNutritionSeries.Org.

25. UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, GT). 2000. Avances en el Cumplimiento de las Metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia: Lactancia y Alimentación Complementaria. Guatemala, CONAPLAM. 29 p. (Informe Final).

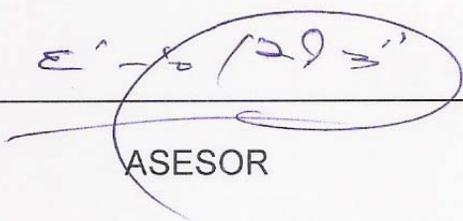
26. World Bank. 2006. Repositioning Nutrition as Central to Development, a Strategy for Large-scale Action: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Washington D.C., WB. 272 p.

XIII. ANEXOS

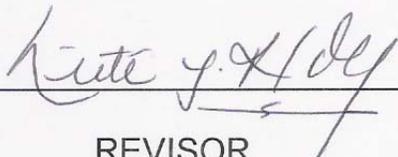
1. Anexo # 1: Formulario de verificación de servicios recibidos por el niño o niña y por la mujer gestante o madre lactante.
2. Anexo # 2: Guía para la inducción de grupo focal con madres y/o cuidadores de los niños y niñas.
3. Anexo # 3: Formulario de entrevista a la educadora de la prestadora de servicios de salud.
4. Anexo # 4: Formulario de entrevista a coordinadores o directores de ONG's prestadoras de servicios de salud.
5. Anexo # 5: Guía de observación sobre el trabajo del equipo básico de salud para la entrega de los servicios en los tres componentes de la ENRDC.



AUTORA



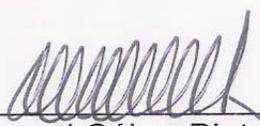
ASESOR



REVISOR



Licda. Anne Marie Liere de Godoy, MSc.
DIRECTORA



Oscar Manuel Cobar Pinto, Ph.D.
DECANO