

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA ESTRATEGIA "VENTANA DE LOS 1,000 DÍAS" EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA REGIÓN CH'ORTI' DEL DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA, GUATEMALA. 2017.

TESIS DE GRADO

CELESTE EUGENIA FLORES ESTRADA
CARNET 12419-11

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, JUNIO DE 2017
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA ESTRATEGIA "VENTANA DE LOS 1,000 DÍAS" EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA REGIÓN CH'ORTI' DEL DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA, GUATEMALA. 2017.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR

CELESTE EUGENIA FLORES ESTRADA

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE NUTRICIONISTA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, JUNIO DE 2017
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ

SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. MARIA GENOVEVA NÚÑEZ SARAVIA DE CALDERÓN

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN
LIC. ALICIA VERÓNICA RUÍZ ALONZO

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN
MGTR. ANA LUCIA KROKER LOBOS
MGTR. BLANCA AZUCENA MÉNDEZ CERNA
MGTR. MARIA GENOVEVA NÚÑEZ SARAVIA DE CALDERON

Guatemala, 07 de junio del 2017

Honorable
Comité de Tesis
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Nutrición
Universidad Rafael Landívar -URL-
Guatemala, Ciudad
Presente

Honorable Comité de Tesis:

Atentamente me dirijo a ustedes para informarles que he dado seguimiento al proceso de trabajo de tesis titulado **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA ESTRATEGIA “VENTANA DE LOS MIL DÍAS” EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA REGIÓN CH’ORTI’ DEL DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA**. El cual ha sido desarrollado por la estudiante **Celeste Eugenia Flores Estrada** con número de carné **1241911**.

Luego de haber realizado las revisiones y correcciones respectivas, considero que la misma está finalizada y aprobada, por lo que la someto a su consideración.

Sin otro particular se suscribe de ustedes,

Atentamente,



Licda. Alicia Verónica Ruiz Alonzo

Nutricionista

No. Colegiado 3,316

*Licda. Alicia V. Ruiz A.
Nutricionista
Colegiada No. 3316*



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante CELESTE EUGENIA FLORES ESTRADA, Carnet 12419-11 en la carrera LICENCIATURA EN NUTRICIÓN, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09372-2017 de fecha 15 de junio de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA ESTRATEGIA "VENTANA DE LOS 1,000 DÍAS" EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA REGIÓN CH'ORTI' DEL DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA, GUATEMALA. 2017.

Previo a conferírsele el título de NUTRICIONISTA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 20 días del mes de junio del año 2017.




LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

RESUMEN

Uno de los programas con mayor publicidad para combatir la desnutrición infantil, problema mundial de salud pública, fue el “Programa Hambre Cero”. Este programa está enmarcado dentro de la “Ventana de los mil días” y tenía entre sus objetivos reducir la desnutrición infantil en 10%. La región Ch’orti’ fue incluida en el programa.

Se considera que las acciones para reducir la desnutrición han sido poco efectivas. Por esta razón, se consideró pertinente analizar la situación de los programas de erradicación de la desnutrición en el área Ch’orti’. Identificar cuáles son los factores que impiden el cumplimiento de sus objetivos.

Para la sustentación de la presente investigación se hizo mediante diagnóstico de campo en los puestos de salud (segundo nivel de atención) de la región. La recopilación de la información se hizo mediante entrevistas y encuestas al personal responsable o que participan en los programas.

Los resultados muestran que la calidad de atención dentro del marco de la estrategia de la “ventana de los mil días” en los centros de atención en la región Ch’orti’ se considera de regular calidad, siendo el CS de San Juan Ermita el que muestra resultados más altos.

Se recomienda sistematizar los procesos de proveeduría de insumos hacia los centros de salud para evitar el desabastecimiento. Se sugiere también incorporar al programa profesionales de la Nutrición. Esto incidiría de forma positiva en la efectividad del programa ya que reduciría en forma significativa las deficiencias de conocimiento del personal

INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
III. MARCO TEÓRICO	5
A. LA DESNUTRICIÓN INFANTIL	5
B. CAUSAS DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL	8
C. EFECTOS DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL	9
D. ACCIONES PÚBLICAS PARA COMBATIR LA DESNUTRICIÓN INFANTIL	10
E. LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN CHIQUIMULA	12
F. LA VENTANA DE LOS MIL DÍAS	13
G. NIVELES DE ATENCION EN EL AREA DE SALUD	14
IV. ANTECEDENTES	17
V. JUSTIFICACIÓN.....	27
VI. OBJETIVOS	29
VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	30
VIII. METODOLOGÍA	33
IX. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	41
A. Infraestructura física y Equipo	41
B. Abastecimiento de insumos	44
C. Calidad de conocimiento y cantidad de recursos humanos	49
D. Cumplimiento de las 9 principales acciones contra el hambre crónica	52
E. Evaluación de la calidad del servicio de atención de los CS' de la región chor'ti'	53
X. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	55
A. Infraestructura física y Equipo	55
B. Abastecimiento de insumos	56
C. Calidad de conocimiento y cantidad de recursos humanos	58
D. Cumplimiento de las 9 principales acciones contra el hambre crónica	59
E. Evaluación de la calidad del servicio.....	59
XI. CONCLUSIONES	61
XII. RECOMENDACIONES	62
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
XIV. ANEXOS	65

I. INTRODUCCIÓN

La desnutrición infantil es un problema mundial de salud pública. Se estima que cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica y que aproximadamente el 13% de los niños menores de 5 años padecen desnutrición aguda.

La desnutrición infantil es uno de los problemas sociales más importantes en los países en desarrollo y considerados pobres. Guatemala entra en esta categoría.

Los indicadores de desnutrición muestran que Guatemala está entre los países con mayores niveles de desnutrición lo que ha hecho que los gobiernos implementen programas para tratar de reducirla.

Uno de los programas con mayor publicidad fue el “Programa Hambre Cero” implementado durante el gobierno del 2012. Este programa estaba enmarcado dentro de la “Ventana de los mil días” y tenía entre sus objetivos reducir la desnutrición infantil en 10%.

Con la llegada del nuevo gobierno (2016), se continuó con el programa, pero más focalizado. El programa inició en 166 municipios (considerados los más pobres) y luego se redujo a 86.

La región Ch’orti’ fue incluida en el programa. Debe recordarse que las poblaciones de los municipios de esta región están incluidas como pobres o extremadamente pobres.

Cabe mencionar, que programas anteriores para reducir la desnutrición han sido poco efectivos. Se considera que la desnutrición infantil se ha reducido entre 0.5% y 1% en forma anual en las últimas décadas. A ese paso se necesitarán más de 40 años para erradicar ese problema en el país.

Por esta razón, se consideró pertinente analizar la situación de los programas de erradicación de la desnutrición en el área Ch'orti'. Identificar cuáles son los factores que impiden el cumplimiento de sus objetivos y proponer políticas públicas que tiendan a contribuir a eliminar ese flagelo en la región de estudio.

Para la sustentación de la presente investigación se hizo mediante diagnóstico de campo en los centros de salud (segundo nivel de atención) de la región. La recopilación de la información se hizo mediante entrevistas y encuestas al personal responsable o que participan en los programas.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Guatemala es un país que se caracteriza por tener una sociedad joven y por tener altos niveles de pobreza. En efecto, más del 50% de la población tiene menos de 20 años y el 59.3% de la población vive en niveles de pobreza y en donde el 36% está en extrema pobreza. En el caso de Chiquimula, los indicadores son también dramáticos: el 70% vive en situación de pobreza y el 29% en situación de extrema pobreza. (ENCOVI 2014).

Como resultado de la pobreza, Guatemala observa altos niveles de desnutrición infantil; siendo esto una de las causas de morbilidad y mortalidad. El 49.8% de la población menor de 5 años padece de desnutrición crónica y el 1.4% de desnutrición aguda.

Dado lo anterior, los dos últimos gobiernos han orientado esfuerzos, para combatir la desnutrición. El gobierno 2012-2016 se planteó el plan ‘‘Pacto Hambre Cero’’ que tenía como estrategia una serie de acciones enmarcadas en ‘‘La ventana de los mil días’’, dicho programa se focalizó en los 166 municipios que poseían los más altos índices de pobreza y desnutrición infantil en el país.

El actual gobierno reenfocó los programas al restringir el ámbito geográfico de los 166 municipios con el argumento de buscar mayor efectividad. Estos programas enmarcados dentro de ‘‘La ventana de los mil días’’ forman parte de la política nacional de seguridad alimentaria y nutricional dirigidas por la Secretaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Luego de varios años de la implementación de estas acciones tendentes a disminuir los niveles de desnutrición infantil, los distintos estudios y diagnósticos muestran que los resultados no han sido satisfactorios.

Por tal razón, la presente investigación se enmarca en analizar cuál ha sido la incidencia de las acciones para reducir los niveles de desnutrición infantil.

Para el efecto, el ámbito espacial se ha determinado al área Ch'orti' del departamento de Chiquimula que es donde se concentra la población más pobre del departamento. La región Ch'orti' incluye los municipios de Jocotán, Camotán, Olopa y San Juan Ermita.

En el ámbito temporal el análisis evaluado ha sido de noviembre de 2016 al mes de marzo de 2017.

Pregunta de investigación: **¿Cuál es la calidad de las acciones gubernamentales enmarcadas dentro de “la ventana de los mil días”?**

III. MARCO TEÓRICO

A. LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

Previo a tratar el tema de la desnutrición infantil, conviene iniciar con el concepto de nutrición. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la nutrición es: “la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo” (OMS).

Una adecuada nutrición es fundamental para el desarrollo integral del ser humano. De acuerdo a la Organización Mundial para la Agricultura y la Alimentación (FAO) los requerimientos nutricionales dependen del período de vida de cada persona: “Las mujeres en edad reproductiva tienen necesidades adicionales debido a la menstruación y, por supuesto, durante el embarazo y la lactancia. Los bebés y los niños tienen mayores necesidades por unidad de peso que los adultos, principalmente porque están en crecimiento. Las personas mayores también son un grupo vulnerable; están expuestos a un riesgo mayor de desnutrición que los adultos jóvenes”.

La adecuada nutrición es mucho más importante durante los primeros años de vida del ser humano. En efecto, la adecuada nutrición durante los primeros 5 años de vida y especialmente durante los mil días (que van desde el inicio de la gestación y los dos primeros años de vida) determinará el posterior desarrollo del niño.

Una mala nutrición puede llevar a la desnutrición. Al respecto, Zully Coronado (2014) da el siguiente concepto de desnutrición: “Es la consecuencia de la aportación insuficiente de materias nutritivas al organismo”.

Coronado, también define la desnutrición “como un estado en el cual la carencia prolongada de uno o más nutrientes retrasa el desarrollo físico del niño, o bien da lugar a la aparición de condiciones clínicas específicas como anemia, bocio y raquitismo, lo cual afecta en especial a los niños menores de 5 años donde se marca en el peso y talla en las diferentes edades, siendo este el mayor problema a nivel nacional, lo cual perjudica en el rendimiento escolar a largo plazo, provocando problemas físicos y clínicos”.

Coronado concluye que la desnutrición: “es un conjunto de manifestaciones clínicas, alteraciones bioquímicas y antropométricas causadas por una ingesta deficiente y/o aprovechamiento biológico de macro nutrientes ocasionando la insatisfacción de requerimientos nutricionales”.

Por su parte, el Instituto de Problemas Nacionales de la Universidad de San Carlos de Guatemala (INPUSAC), sobre la desnutrición, indica que: “hace referencia a un estado patológico ocasionado por la falta de ingestión o absorción de nutrientes”.

Coronado, al respecto, hace comentarios similares: “la desnutrición proteica calórica es un estado clínico-patológico que se presenta, cuando una dieta no es capaz de satisfacer las necesidades corporales de proteínas y energía o ambas, que incluye una variedad amplia de manifestaciones clínicas, condicionadas por la intensidad relativa de la deficiencia de proteínas o de energía, la severidad y duración de las deficiencias, edad del paciente, causas de la deficiencia y asociación con otras enfermedades nutricionales o infecciosas”.

De acuerdo a la gravedad de la desnutrición¹, ésta se clasifica en varios tipos.

Se considera desnutrición de grado I, cuando el niño tiene, peso y talla más bajo de lo normal. El grado II o desnutrición moderada es cuando un niño menor de un año tiene muy bajo para su edad o un niño mayor a un año y menor de 4, tiene peso y talla por debajo de los niveles normales. El grado III o desnutrición grave es cuando un niño menor de 1 año tiene una deficiencia mayor del 40% de su peso normal para su edad.

El MSPAS clasifica la Desnutrición Infantil de la siguiente manera:

- a) **Desnutrición Global:** Es aquella que se identifica por el bajo peso para su edad, debido a enfermedades, falta de apetito, poca ingesta de alimentos u otra causa. El indicador usado es Peso/Edad. Debe brindarse tratamiento nutricional promocionando el aumento de peso para evitar el progreso de la misma.

¹ De aquí en adelante al hablar de desnutrición se estará refiriendo a desnutrición infantil.

b) **Desnutrición crónica:** Retardo del crecimiento del niño con relación a su edad, El indicador utilizado es Talla/Edad. Los niños no se recuperan de la desnutrición crónica ya que esta es consecuencia de la desnutrición aguda no recuperada en el pasado.

b) **Desnutrición Aguda:** Se Presenta por una deficiencia de peso para la talla del niño. Este tipo de desnutrición es recuperable, sin embargo, de no ser atendida oportunamente pone en alto riesgo la vida del individuo. El indicador utilizado es Peso/Talla. Este tipo de desnutrición se divide en 3 según su intensidad, las cuales son las siguientes:

1. **Desnutrición Aguda Leve o bajo peso:** es un déficit de peso para la longitud/ Talla, por antropometría se diagnostica debajo de -1 DE al -2DE en las gráficas establecidas por la OMS. Si no se controla adecuadamente y a tiempo progresar hasta llegar a ser una Desnutrición severa.
2. **Desnutrición Aguda Moderada:** déficit de peso para la longitud/Talla, por antropometría se diagnostica debajo de -2 DE al -3DE en las gráficas establecidas por la OMS. Signos clínicos sin presencia de edema.
3. **Desnutrición Aguda severa:** se manifiesta clínicamente como marasmo y kwashiorkor, por antropometría se diagnostica debajo de -3 DE en las gráficas establecidas por la OMS.
 - ✓ **Marasmo:** se caracteriza por emaciación de tejidos magros y ausencia de tejido muscular que le da apariencia de anciano (adelgazamiento extremo). Suele ser consecuencia de una disminución del aporte energético combinado con desequilibrio en aporte de proteína, carbohidratos y grasa.
 - ✓ **Kwashiorkor:** Es consecuencia de una alimentación deficiente en proteínas, se suele manifestar por presencia de edema en cara y extremidades como también lesiones cutáneas. El cabello es quebradizo y decolorado (signo de bandera) y se desprende fácilmente.

B. CAUSAS DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

Se considera que la desnutrición es una enfermedad determinada por una mala alimentación. Alimentación que posee deficiencias de calorías y proteínas que conducirá que el niño mal alimentado resulte en niveles bajos de peso y estatura.

De acuerdo a UNICEF, la “desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas”.

Las causas de la desnutrición infantil se pueden agrupar en tres tipos:

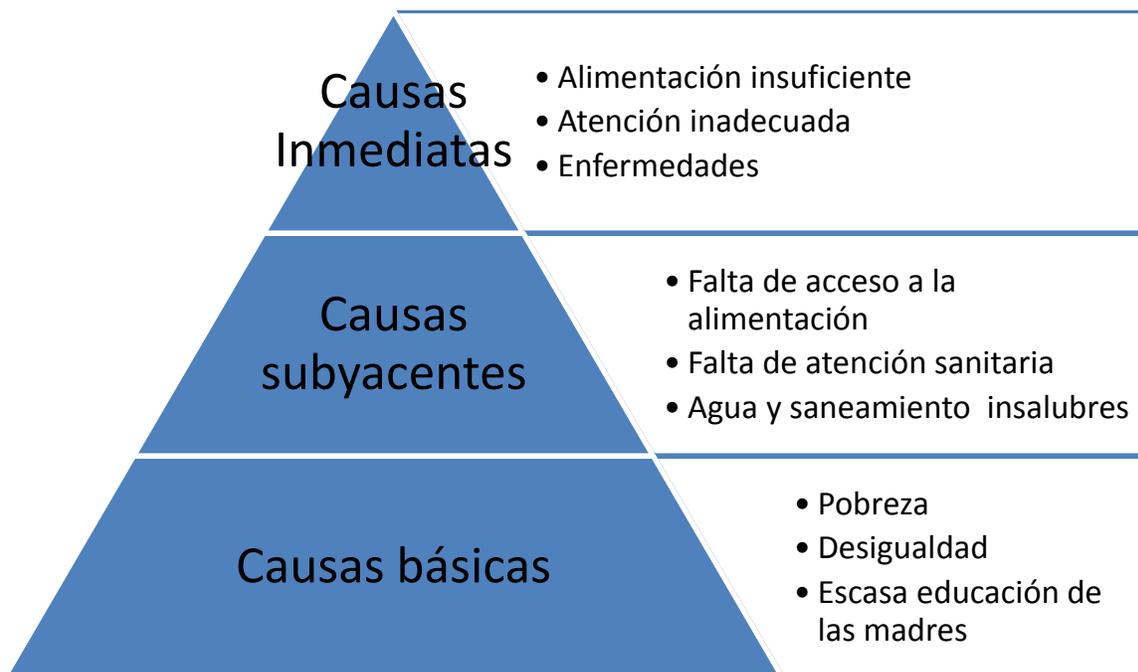
- a) Los que determinan la disponibilidad de alimentos en sus distintas etapas: producción, distribución, transporte, almacenamiento, etc.
- b) Los que determinan el consumo de alimentos: económicos, culturales, psicológicos y religiosos.
- c) Los que determinan el aprovechamiento: como el momento fisiológico, condiciones fisiopatológicas presentes, estado previo de nutrición.

Los malos hábitos alimenticios y las infecciones también inciden en una mala nutrición. Por ejemplo, las dolencias infecciosas, sobre todo la diarrea persistente o frecuente, la neumonía, el sarampión y la malaria- deterioran el estado de nutrición del niño. Los métodos defectuosos de alimentación (como el hecho de amamantar incorrectamente, elegir alimentos inadecuados o no asegurarse de que el niño haya comido lo suficiente) contribuyen a la malnutrición (OMS).

De acuerdo al INPUSAC, las causas de la desnutrición en Guatemala se deben a las condiciones estructurales socioeconómicas de Guatemala: “El problema nutricional se debe a las condiciones de pobreza y extrema pobreza en que viven las familias, a la falta de educación y a la poca preparación de los padres, lo que incide en la calidad del cuidado que les brindan a sus niños en la etapa temprana de desarrollo”.

UNICEF, clasifica las causas en: inmediatas, básicas y subyacentes. El diagrama siguiente ilustra la distribución de las causas.

DIAGRAMA 1 DESNUTRICIÓN INFANTIL: CAUSAS



Fuente: Unicef. La Desnutrición Infantil. 2011

C. EFECTOS DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

Uno de los principales efectos de la desnutrición infantil es que debilita el sistema inmunológico del menor lo que le hace más vulnerable a adquirir enfermedades, de tal manera que es común adquirir infecciones en niños con altos grados de desnutrición.

Los efectos de la desnutrición infantil van más allá de los efectos inmediatos: baja talla y peso, y aumento de la vulnerabilidad a enfermedades que pueden llevarlo a la muerte. En el largo plazo, la desnutrición infantil disminuye la capacidad intelectual y cognoscitiva del niño, lo cual significa que el niño en edad escolar no tenga la capacidad de aprendizaje normal y poder potenciar todas sus habilidades.

Esto significa que la desnutrición infantil tendrá como efecto no tener hombres saludables y productivos para el futuro, lo que conlleva al círculo vicioso de la pobreza.

D. ACCIONES PÚBLICAS PARA COMBATIR LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

El Gobierno del 2000-2004, que inició bajo el lineamiento de los Acuerdos de Paz derivados de la finalización del conflicto armado interno, incluyó dentro de sus estrategias el combate a la pobreza. Una de las primeras acciones fue hacer un diagnóstico sobre las causales de la pobreza. Durante este gobierno no se evidenciaron programas focalizados para enfrentar la desnutrición infantil como un problema de salud pública.

Durante el gobierno de 2004-2008, se aplicaron acciones para reducir la alta desnutrición crónica y mejorar la seguridad alimentaria y nutricional. Una de las primeras acciones fue la Comisión del Frente Nacional contra el Hambre. Posteriormente, se aprobó la Política Nacional Alimentaria y Nutricional y se aprobó la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINASAN) mediante el decreto gubernativo 32-2005.

En este período se establecen dos programas para combatir la desnutrición: “Programa para la Reducción Crónica” y “Creciendo Bien”.

Durante el gobierno del 2008-2012 se efectuó el Tercer Censo Nacional de Talla en Escolares. El propósito principal del censo fue el de actualizar el diagnóstico sobre el estado nutricional de niños de primer grado. Con base en este censo y en los dos anteriores realizados 1986 y 2001 se han hecho comparaciones sobre la evolución de la desnutrición en Guatemala. El cuadro siguiente² muestra los resultados arrojados en dichos censos donde ya se incluyó el censo realizado en el 2015.

² La información del 2015 se obtuvo de: Informe Ejecutivo del Cuarto Censo Nacional de Talla. 2015.

Cuadro 1
Censo de Tallas

RETARDO EN TALLA TOTAL A NIVEL NACIONAL SEGÚN CENSOS DE TALLAS REALIZADOS EN LA REPÚBLICA DE GUATEMALA		
AÑO	Número	Prevalencia (%) Promedio
1986	205959	51.1
2001	280578	49.8
2008	459808	45.6
2015	385370	37.6
Fuente: Inpusac		

En el gobierno anterior (2012-2015)³, se plantearon una serie de acciones tendentes a reducir la desnutrición infantil a 10%. Estas acciones estaban enmarcadas en la denominada “Ventana de los mil días” y se priorizaron 166 municipios de la República.

La Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional en el año 2012 publicó un informe sobre el estado nutricional de la población menor de cinco años y mujeres en edad fértil el cual mostró los siguientes resultados: la prevalencia de desnutrición crónica era de 59.9% en los 166 municipios priorizados por el Plan del Pacto Hambre Cero. El 40.3% de las mujeres estudiadas (15 a 49 años de edad) presenta una talla inferior a 145.0 cm, que es una talla considerada de muy alto riesgo obstétrico y, también es un factor de riesgo para bajo peso al nacer. Esta baja talla es marcadamente superior entre las mujeres del área rural (42.5%) comparadas con las del área urbana (32.7%).

Cabe agregar, que el gobierno actual ha orientado sus esfuerzos para combatir la desnutrición mediante acciones para atacar el hambre estacional. De acuerdo a la propia SESAN: “La evidencia de la información acumulada en los últimos años sugiere que la mayoría de los casos de desnutrición aguda en Guatemala no son causados por desastres naturales o emergencias humanitarias puntuales, sino por la estacionalidad del hambre que

³ Es de hacer notar que el período gubernamental fue concluido por Alejandro Maldonado Aguirre ante la renuncia de Otto Pérez.

como ya se mencionó incluye factores como los medios de vida y aspectos socioeconómicos”.

Las acciones están focalizadas en el corredor seco que incluye, entre otros departamentos, al de Chiquimula.

E. LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN CHIQUIMULA

Puede considerarse que existe una tendencia a la reducción de la desnutrición infantil en Guatemala. En efecto, del período de 1965 al año 2008, la desnutrición crónica se ha reducido en aproximadamente 0.5 porcentual cada año, lo cual se considera relativamente bajo, aunque del año 2002 al 2008, el ritmo de descenso aumentó a 1%. Aún, con este ritmo, se necesitarían más de 40 años para erradicar la desnutrición crónica en Guatemala.

IMPUSAC hace una breve descripción de los resultados de la desnutrición infantil en Guatemala:

- a) La talla promedio de las niñas es “considerablemente inferior al valor indicativo de riesgo”.
- b) Existen diferencias marcadas entre regiones, departamentos y grupos sociales. Es claro que la disminución en la región metropolitana es significativamente mayor que la observada en las regiones norte, nororiente y noroccidente.
- c) La baja talla para edad afecta, de manera considerable, a los más pobres. Las tasas de bajo peso para la talla son, como esperado, considerablemente bajas.
- d) La tendencia al mejoramiento es sólo aparente en niños pertenecientes al grupo socioeconómico alto, mientras que en aquellos pertenecientes a los de nivel medio y bajo no ha habido ningún cambio.
- e) Los promedios nacionales enmascaran serias disparidades en términos de las características de las familias que son más afectadas. En ella se observa que las tasas son considerablemente mayores en los residentes rurales, en los grupos indígenas, en los niños

cuyas madres tienen menores niveles de educación formal, y, también, han tenido un período menor de espaciamiento entre embarazos.

El departamento de Chiquimula, aunque en promedio, sus estadísticas no muestran que esté entre los departamentos con mayor problema de desnutrición, la región Ch'orti', objeto del presente estudio, sí presenta altos grados de desnutrición. Como indicador, tal como se muestra en el siguiente cuadro, los cuatro municipios presentan altos grados de desnutrición infantil.

Cuadro 2
Chiquimula: Estado Nutricional

ESTADO NUTRICIONAL		
ESCOLARES		
2015		
CENSO TALLA		
%		
Municipio	%	Estado
Camotán	55.2	Muy alta
Jocotán	67.0	Muy alta
San Juan Ermita	47.6	Alta
Olopa	65.7	Muy Alta
<i>Fuente: elaboración propia con información de SIINSAN</i>		

En el cuadro anterior se observa que Jocotán es el municipio con más alto grado de desnutrición y que junto a Camotán y Olopa se encuentran entre los municipios con estado de desnutrición muy alto.

F. LA VENTANA DE LOS MIL DÍAS

Como parte de su estrategia del combate a la pobreza, el gobierno anterior (2012-2016) implementó el Plan Hambre Cero que dentro de sus acciones tenía como objetivo combatir la desnutrición infantil.

El Plan Hambre Cero fue coordinado por la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) y en donde participan varios ministerios pero principalmente el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

El plan hambre cero se basa en el Programa para la Reducción Crónica así como en la iniciativa de Naciones Unidas Scaling Up Nutrition que se enmarca en la denominada “Ventana de los Mil Días”.

La “Ventana de los Mil Días” es el conjunto de acciones que busca que los niños en sus primeros meses de vida (desde su concepción) tengan una adecuada nutrición.

De acuerdo a Paz, la “Ventana de los Mil Días” “consiste en una serie de acciones a realizar en los primeros días de vida de un niño, que incluyen los nueve meses de embarazo hasta los dos años de edad ejecutadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el primer y segundo nivel de atención”. En el anexo 4 se detallan las acciones que están contempladas en la “ventana de los mil días” y en el anexo 5 las acciones a cargo específicamente del Ministerio de Salud Pública.

G. NIVELES DE ATENCION EN EL AREA DE SALUD

Se refiere a los niveles de atención en el área de salud al conjunto de recursos físicos, materiales, humanos y tecnológicos organizados de acuerdo a criterios poblacionales, territoriales, de capacidad de resolución y de riesgo para la atención de la salud de grupos específicos.

El primer nivel de atención está integrado por los puestos de salud que están ubicados en localidades que cubren alrededor de dos mil habitantes, generalmente aldeas, colonias y barrios de los municipios. Sirven de enlace entre la red institucional y el nivel comunitario. El recurso humano está conformado por una auxiliar de enfermería y técnico de salud rural. Presta servicio de promoción, prevención y curación de enfermedades.

El segundo nivel de atención está integrado principalmente por los centros de salud ubicados en las cabeceras municipales. Atienden centros urbanos entre cinco mil a veinte mil habitantes. Dentro de sus atribuciones está la coordinación y articulación de la

prestación de los servicios de salud de los establecimientos de menor categoría ubicados en su área de influencia.

Los Centros de Salud se clasifican en: Centros de Salud, tipo B, Centro de Atención a Pacientes Ambulatorios (CENAPA); Centro de Salud tipo A, Centro de Atención Permanente (CAP); Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI); y otros Centros de Salud como, Clínicas Periféricas, Centro de Urgencias Médicas (CUM), y Maternidades Periféricas.

El Plan Estratégico incluye dentro de sus líneas de acción, tienen cuatro ejes:

Primer Nivel de Atención de Salud:

a) Se busca intensificar las acciones de “salud preventiva”. Se incluyen las siguientes acciones:

- Promoción y apoyo de la lactancia materna
- Promoción y apoyo de la alimentación complementaria
- Promoción de Lavado de manos y hábitos higiénicos
- Desparasitación
- Suplementación a MEF, ME, niños 6m a 5 años
- Fortificación en alimentos
- Prevención y tratamiento desnutrición aguda
- Control prenatal
- Control y monitoreo de crecimiento
- Vacunación
- Espaciamiento intergenésico
- Control y tratamiento de IRAS, EDAS

b) Educación para el cambio de comportamiento: Se hará la promoción de salud, higiene, alimentación y nutrición. También se impulsará el empoderamiento de las comunidades.

c) Agua y saneamiento básico: Las acciones incluyen;

- Tratamiento de Agua

- Agua segura en el hogar
- Tratamiento de aguas servidas
- Acceso a agua
- Conservación y protección de fuentes de agua
- Vigilancia del Agua
- Piso firme
- Ambiente libre de humo
- Disposición de excretas

d) Disponibilidad de alimentos e ingresos y economía familiar. Incluye las siguientes acciones:

- Aumento de productividad de granos básico (Más maíz y frijol)
- Promoción del aumento de disponibilidad de proteína de origen animal (reducir la mortalidad aviar)
- Aumento de la disponibilidad de hortalizas y plantas nativas (que se produzca más)
- Fomento de plantas frutales
- Manejo post cosecha (silo, prácticas)
- Riego (Agua para producción, cosecha de agua)
- Prácticas de conservación de suelos
- Procesamiento de frutas
- Acceso a micro crédito
- Incremento de ingresos familiar, vía agricultura (excedente). Reforestación remunerada con salario mínimo (SESAN, 2016).

IV. ANTECEDENTES

De acuerdo a Bengoa (2003), la problemática de la desnutrición infantil crónica como problema de salud pública ha sido tratada desde hace varios siglos. Sin embargo, es a mediados del siglo pasado donde tiene mayor impulso.

En efecto, como parte de los efectos de la guerra, algunas poblaciones resultaron con problemas nutricionales: “la situación nutricional de las poblaciones que habían sido ocupadas por las fuerzas nazis, emergió como un problema de primera magnitud: mujeres, hombres y niños emaciados, de apariencia esquelética, con pérdidas de hasta el 40% y el 50% de su peso corporal, sin capacidad de reacción, incapaces de moverse, y otros signos típicos de una situación de hambre extrema”.

Este entorno provocó que la desnutrición se haya considerado como un problema de acción pública. Es así, que en 1944 se creó la UNRRA (United Nations Relief and Rehabilitation Administration), Esta entidad se cerró en 1947 para dar paso a la creación de otra: UNICEF (United Nations Children´s Emergency Fund).

UNICEF tiene como propósito principal “la promoción y defensa de los derechos de los niños de todo el mundo”. Entre los derechos está tener una nutrición adecuada.

En Latinoamérica también se fueron creando entidades para el desarrollo de políticas y programas nutricionales. En Centro América se creó el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP). El INCAP: “orienta sus funciones al desarrollo de la Iniciativa Centroamericana de Seguridad Alimentaria y Nutricional como estrategia para combatir los efectos de la pobreza y promover el desarrollo humano” (INCAP).

Reynaldo Martorell hizo un análisis de las intervenciones y opciones de política para combatir la desnutrición en Guatemala, tomando como base estudio elaborado para el Banco Interamericano de Desarrollo en 2012. En su análisis, muestra que el 49.8% de los niños menores a cinco años padecen de desnutrición crónica. Esta cifra es superior a la observa a otras regiones. Por ejemplo, África (40%), Asia (35%) y Latinoamérica (14%). La desnutrición crónica es aún mayor en la población

indígena. En efecto, el 65.9% de la población indígena sufre de desnutrición crónica en tanto que este porcentaje es de 36.2% en los niños no indígenas. Indica el autor que al ritmo que viene disminuyendo la desnutrición infantil se necesitarían 40 años para erradicarla en Guatemala.

En 2013, Andrea Dávila, hizo una evaluación del estado nutricional de niños menores de cinco años que asistieron a los puestos de salud en el Petén. Dentro de los hallazgos de la investigación está que se encontró desnutrición crónica especialmente en los niños menores de un año y que “los porcentajes de los diferentes estados nutricionales no varían de forma importante entre las categorías de inseguridad alimentaria”.

La secretaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional en el año 2013 dio a conocer un protocolo para el monitoreo de la ventana de los mil días (Monimil) en los 166 municipios priorizados del plan del Impacto Hambre Cero, el cual consiste en visitar los hogares de mujeres embarazadas y familias donde se encuentren niños menores de 2 años y realizarles una encuesta donde se puedan obtener resultados que ayuden a determinar los siguientes puntos: La existencia y adecuación de insumos requeridos en los sitios de atención para atender las acciones de la Ventana de los Mil Días, Determinar la calidad de la atención recibida por los usuarios en los sitios de Atención para la Ventana de los Mil Días, Determinar la calidad y completitud de servicios asociados a la Ventana de los Mil Días según el grupo de población objetivo.

Michelle Paz publicó en el 2015 una investigación sobre la calidad de atención de la estrategia “ventana de los mil días” donde se muestra que no hay cumplimiento de todos los componentes de la estrategia de la ventana de los mil días, de igual forma se identificaron algunas de las brechas que impiden el cumplimiento de dichos componentes como lo son: Falta de conocimiento del personal, mal estado del equipo antropométrico existente en las áreas de salud, desabastecimiento de insumos, mala infraestructura en centros de salud que dificulta la prestación de atención a los pacientes.

Paz indica que “El gobierno de Guatemala junto con las instituciones vinculadas al Plan Hambre Cero en su informe titulado “cuellos de botellas” ayuda a entender las barreras que limitan la reducción de la desnutrición crónica, las cuales son: conocimientos y prácticas de las mujeres en atención prenatal, lactancia materna y alimentación complementaria se encuentran en niveles bajos, consejería débil, tanto en servicios como a nivel comunitario, están poco fortalecidos con material para cumplir adecuadamente su rol de educar en los temas estudiados, procesos a nivel comunitario débiles, especialmente en consejería y participación, debilidad en consejería y atención diferenciada en adolescentes embarazadas en los servicios de salud”.

Paz, cita un artículo titulado “Los mil días de oportunidad para intervenciones nutricionales”. El artículo destaca la importancia de establecer acciones correctivas durante la ventana de los mil días: “De la concepción a los dos años de vida”, dio a conocer los resultados de un meta análisis relacionando la talla en adultos con el peso y talla en niños de 2 años. Conociéndose que a pesar de las diferentes características físicas de los distintos países los resultados del estudio fueron en gran parte homogéneos. Dichos resultados demostraron que una mejor alimentación en los primeros 1000 días, mejora 80 gramos el peso al nacer y aumenta 3.2 cm de talla. En conclusión, la buena alimentación en los primeros dos años de vida mejora ciertas características como lo son: talla, escolaridad, peso de la próxima generación e incluso, de Ingresos y bienes.

El Centro de Investigaciones Económicas Nacionales -CIEN-, en el 2014 presentó el informe de resultados del estudio llamado “Monitoreo de la ventana de los 1000 días”, determinó los avances y desafíos que afronta el MSPAS en la implementación de las acciones en los 166 municipios priorizados de Guatemala, con el fin de formular recomendaciones que permitan mejoras en el futuro. Se tomó una muestra de 63 puestos de salud y 63 centros de convergencia y se realizó entrevistas con el personal de salud, observación de instalaciones y entrevistas de percepción. Los principales resultados indicaron que el 23% del personal conoce cuál es la dosis de zinc para tratar diarreas, 256 mujeres de 586 embarazadas no tenían carnet para

citas, 36% de los centros estaban cerrados el día de la visita, 45% de lugares visitados contaban con material sobre lactancia materna; las principales recomendaciones derivadas de este estudio fueron: capacitación al personal, mejoramiento de la infraestructura, elaboración de un plan operativo y mejorar las competencias del personal a cargo de los registros”.

En el informe de Monimil de marzo de 2016, se concluye que el 26.8% de los puestos de salud se reportaron cerrados, “lo que indica que durante el período de monitoreo, se perdieron aproximadamente 3 de cada 10 oportunidades de atención para niños menores de dos años, mujeres embarazadas, y lactantes (período de la Ventana de los Mil Días). No obstante, para el caso de Chiquimula no hubo informe de puestos de salud cerrados.

Otro aspecto que fue presentado en el informe de Monimil de marzo de 2016, es que casi el 50% de los puestos de salud no tienen bodega o espacio físico para almacenar alimento complementario.

Tal como se desprende de los antecedentes, se observa que, a lo largo del tiempo, los gobiernos han entablado iniciativas para reducir los indicadores de desarrollo social. Sin embargo, los resultados no son satisfactorios.

Por ejemplo, de acuerdo al Informe del Estado de la Región (2015), la mortalidad infantil disminuyó, entre el período 2000 y 2013, en todos los países centroamericanos. “A nivel regional la tasa promedio pasó de 26 a 18 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos. No obstante, Guatemala, destaca con los niveles más altos de mortalidad infantil.

La Constitución Política de la República establece en el Artículo 2 establece que es deber del Estado garantizarle a la población la vida, la libertad, y el desarrollo integral de la persona; en el Artículo 94 señala que “el Estado velará por la salud y asistencia social de todos los habitantes”; y en el Artículo 95 se aclara que la salud es un bien público y que todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

Guatemala, también, siendo parte de Naciones Unidas, se ha adherido y ratificado convenios que obligan a los estados a cumplir con los derechos humanos. Cabe indicar que en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en su Artículo 25 establece “Toda persona tiene derecho a un nivel adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar y en especial la alimentación⁴”

Con base en este entorno legal, en 2005, el Congreso de la República de Guatemala promulgó el Decreto 32-2005, Ley del Sistema Nacional de Seguridad Nutricional y Alimentaria. Esta Ley es el resultado de distintas iniciativas que se han dado en el ámbito de la seguridad alimentaria y que pretendió consolidar y formalizar muchos de los esfuerzos que distintas entidades gubernamentales realizan en este tema.

También dentro del plan de desarrollo de largo plazo del país, “Plan Nacional de Desarrollo K’atun Guatemala, 2032”. Una de las prioridades del plan es “garantizar la Seguridad Alimentaria y Nutricional en los niños y niñas menores de 5 años, con énfasis en grupos en condiciones de vulnerabilidad y en alto riesgo y mantener de manera adecuada a las madres, niños e infantil para reducir la mortalidad materna, infantil y de la niñez”.

En el Plan Estratégico de la Secretaria de Seguridad y Alimentaria Nutricional (SESAN), “Se desarrollan cinco objetivos estratégicos, los cuales en correspondencia directa con cinco ejes programáticos de la política de SAN (Disponibilidad de alimentos; Acceso de la población a los alimentos; Consumo de alimentos; Aprovechamiento biológico de los alimentos; Prevención y tratamiento de la desnutrición) y coordinación institucional, que engloba los cuatro ejes programáticos restantes (sistema de información, monitoreo, y alerta de la inseguridad alimentaria y nutricional, fortalecimiento institucional, asignación de recursos y cooperación internacional).”

Según el informe final de tesis “Encuesta nacional de seguridad alimentaria en los hogares”, se considera que hay seguridad alimentaria “cuando todas las personas, en todo momento, tienen acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y

⁴ El subrayado es propio.

nutritivos para satisfacer sus necesidades dietéticas y preferencias alimentarias que permitan llevar una vida sana y activa”.

En ese contexto la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, incluye cuatro ejes establecidos en la propia Ley (Decreto 33-2005). Estos ejes son:

- Disponibilidad de alimentos: Se refiere a la cantidad de alimentos provenientes de todos los medios de producción interna, importaciones comerciales y asistencia alimentaria, que están físicamente presentes en el área de habitación del hogar.

La disponibilidad está determinada por los siguientes factores:

Producción: Alimentos que se producen en el área de habitación del hogar.

Comercio: Alimentos disponibles en el mercado.

Existencias: Alimentos disponibles en el área de habitación del hogar.

Transferencias: Alimentos suministrados por el gobierno, agencias y/o terceras personas.

- Acceso de alimentos: Se refiere a la capacidad de todos los hogares de adquirir cantidades suficientes de alimentos a través de la producción doméstica, actividades generadoras de ingresos o transferencias.
- Consumo de los alimentos: Se refiere a que las existencias alimentarias en los hogares respondan a las necesidades nutricionales, diversidad, cultura y preferencias alimenticias. Toma en cuenta aspectos como la inocuidad, dignidad, condiciones higiénicas de los hogares y distribución con equidad dentro del hogar.
- Aprovechamiento biológico de los alimentos Se refiere al uso de los alimentos a los que se tienen acceso dentro de los hogares y la capacidad de los individuos de absorber y metabolizar los nutrientes. La utilización biológica incluye: a) la forma en las que se almacenan los alimentos, incluyendo el agua y combustible

para cocinar; b) Las prácticas de alimentación; c) La distribución de alimentos dentro del hogar; d) El estado de salud de cada miembro del hogar.

La Ley incluye la transversalidad que se refiere a aquellos temas cuyo contenido debe ser aplicado en forma intrínseca, integral y apropiada en todos los contenidos de la Política. Los ejes transversales son: ambiente, priorizar a la población vulnerable, salud, vulnerabilidad ante desastres, agua potable.

Dentro de los programas de la Ley está el de Prevención y tratamiento de la desnutrición. Se refiere al mejoramiento de la infraestructura, y al fortalecimiento de las instituciones y el personal encargados del diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación del desnutrido, particularmente de niños y madres lactantes. Este programa incluye:

- Fortalecer, en todo el territorio nacional, la capacidad institucional para la vigilancia nutricional (monitoreo de crecimiento físico, educación, inmunización, y tratamientos requerido) de niños menores de cinco años de acuerdo, a las normas de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Implementar un sistema para prevenir, detectar y tratar enfermedades nutricionales en la población particularmente vulnerable.
- Ampliar y sistematizar los programas de fortificación alimentaria con micronutrientes.
- Garantizar la asistencia alimentaria a niños con desnutrición aguda y sus familias, durante el período de recuperación.
- Establecer un programa de alimentación complementaria para niños de 6 meses a 3 años, mujeres embarazadas y lactantes.
- Promover la consolidación del apoyo comunitario para fortalecer la prevención y tratamiento de la desnutrición.

Para la aplicación de la Ley se creó el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINASAN) integrado por instancias de gobierno y de la sociedad guatemalteca. La Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) es el ente coordinador del SINASAN y tiene la responsabilidad de la coordinación operativa interministerial del Plan Estratégico de SAN (Seguridad Alimentaria y Nutricional).

La Ley establece que le corresponde al Ministerio de Salud y Asistencia Social el tratamiento de la desnutrición en coordinación con otras instituciones del Estado. Asimismo, le corresponde a este ministerio brindar servicios de calidad dignidad y humanismo.

Según, la Organización Mundial de la Salud (OMS), “La calidad de atención asistencial es el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

Paz, considera que para la prestación de servicios de salud de calidad debe tomarse en cuenta tres componentes:

- Componente técnico: aplicación de la ciencia y la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ellos sus riesgos.
- Componente interpersonal: basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.
- Componente aspectos de confort: Son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más comfortable.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha dividido las normas de atención con base en las etapas del ciclo de vida:

- Neonato: (0 a 28 días).
- Lactante (29 días a menos de 1 año).
- Niñez (niños y niñas de 1 año a menos de 10 años).
- Adolescentes (Mujer y Hombre de 10 años a menos de 20 años).
- Adulto (Mujer y Hombre de 20 años a menos de 60 años).
- Adulto Mayor (Mujer y Hombre de 60 años en adelante).

Las normas de atención incluyen darle seguimiento al Estado Nutricional. Este se determina mediante la valoración del crecimiento en los niños y los cambios en la masa corporal de los adultos, refleja diversos grados de bienestar, que en sí mismos son consecuencia de una compleja interacción entre la dieta, factores relacionados con la salud y el entorno físico, social y económico.

El análisis del Estado Nutricional incluye: evaluación nutricional, medidas antropométricas.

La evaluación nutricional se refiere a los procedimientos que permite determinar el estado nutricional de un individuo, valorar las necesidades o requerimientos nutricionales y pronosticar los posibles riesgos de salud que pueda presentar en relación con su estado nutricional.

Las medidas antropométricas son: a) Peso: Evalúa toda la masa corporal índice sensible del crecimiento; b) longitud, expresa el crecimiento lineal del niño en un momento dado, evalúa el tejido óseo; c) Circunferencia Media del brazo, se utiliza como indicador de tamizaje, para evaluar el estado nutricional de niños cuando se requiere hacer en forma rápida. En este sentido, el Manual de Normas de Atención está ordenado de la manera siguiente:

Módulo 1: Embarazo, parto y puerperio (adolescente y adulta): Este módulo incluye la evaluación nutricional:

Primer control prenatal antes de las 12 semanas:

- Pesar y registrar a la embarazada.
- Medir a circunferencia media del brazo para determinar estado nutricional.

Segundo, tercer y cuarto control:

- Evaluar ganancia de peso durante el embarazo.

Módulo 2: Neonatal: Incluye evaluación antropométrica

Módulo 3: Lactantes: Monitoreo del crecimiento: peso, longitud, perímetro cefálico; Evaluación de la alimentación en base a las Guías alimentarias para la población menor a dos años; suplementación con micronutrientes.

Módulo 4: Niño y Niña: Monitoreo de crecimiento y evaluación de la alimentación en base a las guías alimentarias para la población menor a dos años y guías de alimentación para Guatemala.

V. JUSTIFICACIÓN

Guatemala se caracteriza por tener una población pobre y con índices de desarrollo humano muy inferiores a los observados en los países de América Latina. Por ejemplo, Guatemala tiene uno de los índices de mortalidad infantil más altos a nivel latinoamericano. La causa principal de la mortalidad infantil es la desnutrición, resultado de los niveles de pobreza observados principalmente en el área rural generalmente indígena.

Chiquimula (incluido en la región de nororiente del país) evidencia altos niveles de pobreza. Las estadísticas muestran que la región tiene 21.4% de pobreza extrema y 56.8% de nivel de pobreza. (INE)⁵ Ambos indicadores son superiores a los observados a nivel nacional.

Chiquimula también tiene una tasa de mortalidad infantil superior al promedio nacional. Al 2013 esta tasa en Chiquimula fue de 21.2% en tanto que el promedio fue de 18.6%.

En el área Ch'orti' los indicadores son más dramáticos. Tan es así que tres de los cuatro municipios que conforman la región están entre los municipios del país con más altos grados de desnutrición.

Los altos niveles de desnutrición y pobreza, han llevado a los diferentes gobiernos a impulsar programas, acciones y estrategias para tratar de erradicar la pobreza basada en seguridad alimentaria y empleo.

Es así, que al inicio del gobierno pasado (2012), se impulsó el programa ‘‘Pacto Hambre Cero’’ que tenía dentro de sus objetivos erradicar la desnutrición infantil en 10%.

Una de las estrategias del ‘‘Pacto Hambre Cero’’ era la de implementar una serie de acciones dentro del marco de ‘‘La ventana de los mil días’’. Los mil días se refieren al periodo que inicia con la gestación del niño, los nueve meses de embarazo y los

⁵ Información al 2011.

primeros dos años de vida. Es de hacer notar la importancia de los mil días, ya que en este periodo se forman las bases para un adecuado desarrollo físico y cognitivo del niño que le permitirá ser una persona saludable y productiva.

El programa de los mil días se priorizó en 166 (los 4 municipios del área Ch'orti' fueron incluidos). Luego de 4 años de la implementación del programa los resultados no fueron alentadores. Una de las causas del fracaso del programa fue la falta de apoyo financiero (es de conocimiento público el desequilibrio financiero observado en ese gobierno) y la ineffectividad para institucionalizar los programas.

Con la llegada del nuevo gobierno, se continuó con el programa, pero reduciendo su ámbito geográfico.

En este gobierno, el programa "La ventana de los mil días" está a cargo del ministerio de Salud. El objetivo del programa es similar al del anterior Gobierno, reducir y prevenir la desnutrición crónica en Guatemala. El programa se enfoca en reducir la mortalidad materno-infantil, en garantizar cuidados prenatales a madres, atención calificada del parto, buenas prácticas alimentarias sin olvidar la lactancia materna, alimentación de menores, suplementos de vitaminas y minerales, tratamiento de desnutrición aguda, etc. Luego de casi dos años de funcionar el programa, se considera conveniente evaluar su efectividad.

Es de hacer notar que las acciones en torno a la "ventana de los mil días" pueden ser fundamentales para romper el círculo vicioso de la pobreza lo cual es una condición necesaria para impulsar el desarrollo económico de Guatemala. Por lo tanto, es importante establecer cuáles son las condiciones que no han permitido que los programas mencionados no hayan logrado reducir la desnutrición infantil.

Para el efecto, la presente investigación se ha circunscrito al departamento de Chiquimula, específicamente al área Ch'orti'. Esta región se caracteriza por tener los niveles de desnutrición y mortalidad infantil más altos del departamento.

VI. OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar la calidad de atención de la estrategia ventana de los mil días en el segundo nivel de atención en salud en la región Ch'orti' del Departamento de Chiquimula.

Objetivos Específicos

1. Determinar la situación de la infraestructura de los servicios de salud.
2. Determinar la situación del proceso de proveeduría de insumos básicos en los centros de atención del segundo nivel de salud así como la cantidad de recursos humanos.
3. Evaluar los conocimientos del personal de salud sobre la estrategia Ventana de los mil días.
4. Evaluar el cumplimiento de las diez principales acciones contra el hambre crónica enmarcadas dentro de la “ventana de los mil días”.

VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio

El estudio es de tipo descriptivo transversal.

Sujetos de estudios y unidad de análisis

- Sujeto: Se estudió al personal que tiene responsabilidad en las acciones de “La ventana de los mil días” de los centros de salud ubicados en la región Ch’orti’.
- Unidad de análisis: Se analizaron los 4 Centros de Salud Ubicados en la región Ch’orti’ (Jocotán, Camotán, San Juan Ermita, Olopa) en los cuales se estudió la infraestructura requerida para implementar las acciones, así como los insumos básicos incluidos en “La ventana de los mil días”.

Contextualización geográfica y temporal

El estudio se realizó en los municipios de Jocotán, Camotán, Olopa y San Juan Ermita, conocida como la región Ch’orti’. En esta área se concentra la mayor población pobre del Departamento. En tal sentido se evaluó el 100% de los centros de salud del segundo nivel de atención del programa.

Definición de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	
Infraestructura	Conjunto de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarias para el desarrollo de una actividad o para que un lugar pueda ser utilizado.	Condiciones de las instalaciones de los centros de salud para cumplir con las acciones contempladas en “La ventana de los mil días”	% de cumplimiento del equipo requerido Listado de Equipo: # de tallímetros # de Balanzas # de infantómetros Existencia de espacio de trabajo (clínicas) 90-100% Suficiente 50-90% Regular <50% Deficiente	
Abastecimiento de insumos	Disponibilidad asegurada de medicamentos e insumos médicos para usarlos en el momento que se necesiten.	Tener los insumos en las cantidades y calidades adecuadas, así como en el momento oportuno para cumplir con las acciones contempladas en “La ventana de los mil días”	% de abastecimiento de: <ul style="list-style-type: none"> • Micronutrientes • Medicamentos • Vacunas • Otros (algodón, alcohol, etc.) • Material educativo 90-100% Suficiente (> 3 Meses) 50-90% Regular (1 a 3 Meses) <50% Deficiente (<1 Mes) % de suministros vencidos de: <ul style="list-style-type: none"> • Micronutrientes • Medicamentos • Vacunas 90-100% Exceso 50-90% Regular <50% Deficiente	
		Micronutrientes:		Vacunas:
		Hierro Micronutrientes espolvoreados (Macro vital) Zinc Ácido Fólico Vitamina A		TD Hepatitis B BCG OPV Rotavirus Pentavalente Neumococo SPR DTP Polio R1
		Medicamentos:		
		Desaparacitante Acetaminofen Amoxicilina		

Variable		Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Calidad de conocimiento y cantidad de recursos humanos	Conocimiento del Recurso Humano	Competencias del Recurso Humano para llevar a cabo sus funciones	Capacidad y habilidad del personal asignado en los centros de salud para llevar a cabo las acciones contempladas en “la ventana de los mil días”	% de conocimientos de las normas y procedimientos. 90-100%, Bueno 50-90%, Regular <50%, Deficiente <ul style="list-style-type: none"> • Profesión del personal • Profesión adecuada al puesto.
	Cantidad de Recursos humanos	La asignación de personal de acuerdo a las funciones establecidas	Número de personas suficientes para llevar a cabo las acciones contempladas en “La ventana de los mil días”	% de personal laborando en cada plaza <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeras • Auxiliares de Enfermería • Médicos • Educadores
Cumplimiento de las 10 principales acciones contra el hambre crónica		Grado de cumplimiento en el área Ch’orti’ de las 10 acciones para combatir el hambre crónica.	Cumplimiento en Centros de Salud del área Ch’orti’ de las 10 acciones incluidas en la estrategia de la ventana de los mil días para combatir el hambre crónica.	Hoja de verificación para determinar porcentaje de cumplimiento de las 10 acciones contra el hambre crónica: <ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción y apoyo de la lactancia materna. 2. Mejoramiento de la alimentación complementaria, a partir de los seis meses de edad. 3. Mejoramiento de prácticas de higiene incluyendo el lavado de manos. 4. Suplementación de vitamina A 5. Suplementación de zinc terapéutico en el manejo de la diarrea. 6. Provisión de micronutrientes en polvo. 7. Desparasitación y vacunación de niños y niñas. 8. Suplementación de hierro y ácido fólico para prevención y/o tratamiento de la anemia en mujeres embarazadas. 9. Prevención de la deficiencia de yodo, a través de sal yodada. 10. Fortificación con micronutrientes a los alimentos básicos. Se utilizará escala de 0% a 100%. Brindándole un valor 10% a cada acción.

VIII. METODOLOGÍA

Población

La población objeto de estudio es el personal en los centros de salud en la región Ch'orti' del Departamento de Chiquimula.

Municipio	Puesto	Cantidad de personal
Olopa	Enfermeros auxiliares	25
	Enfermeros profesionales	5
	Médicos	4
	Educadores	7
San Juan Ermita	Enfermeros auxiliares	8
	Enfermeros profesionales	3
	Médicos	5
	Educadores	2
Camotán	Enfermeros auxiliares	20
	Enfermeros profesionales	4
	Médicos	7
	Educadores	4
Jocotán	Enfermeros auxiliares	52
	Enfermeros profesionales	4
	Médicos	8
	Educadores	3

Fuente: Dirección de Área de Salud Chiquimula, Diciembre 2016

Criterios de inclusión

- Personal a cargo de las responsabilidades enmarcadas en la ‘‘Ventana de los mil días’.
- Debe tener más de un año de trabajar en el centro de salud.

Criterios de exclusión

- Personal que no muestre interés en ser entrevistado.

Recolección de datos

Métodos de recolección de datos

Se utilizaron las siguientes técnicas para la recolección de datos:

- **Entrevistas:** Se realizaron entrevistas al personal de salud para determinar sus conocimientos sobre las acciones de la estrategia ‘‘Ventana de los mil días’’. También se utilizará entrevista para evaluar el cumplimiento de las 10 acciones principales contra el hambre crónica.
- **Observación:** Se realizaron una evaluación por observación para establecer si se cuenta con los insumos básicos e infraestructura, y las condiciones de los mismos.
- **Registro:** Se revisaron los balances, requisiciones y envió de suministros para determinar el abastecimiento e insumos mínimos y máximos para brindar atención en base a las acciones de la estrategia ‘‘Ventana de los mil días’’.

Instrumentos de recolección de datos

Se utilizaron los siguientes instrumentos de recolección de datos:

a) Boleta de evaluación de equipo e infraestructura

Consiste en un listado de aspectos mínimos con relación al equipo antropométrico e infraestructura para la prestación de servicios de calidad para el cumplimiento de las acciones de la estrategia “Ventana de los mil días”. La información se determinará por observación a través de visitas a los establecimientos del segundo nivel. (Anexo 2)

b) Boleta de evaluación de abastecimiento de insumos

Consiste en un listado de insumos necesarios para el cumplimiento de las acciones de la estrategia “Ventana de los mil días”. La información será determinada a través de la revisión de los BRES (Balance, Requisición, Envío de suministros) de los establecimientos del segundo nivel por medio de observación. (Anexo 4)

c) Boleta de evaluación de conocimientos y cantidad del personal

Consta de una serie de cuestionamientos sobre las acciones de la estrategia “Ventana de los mil días” con lo que se determinara los conocimientos del personal de los servicios del segundo nivel de atención en salud (anexo 5)

d) Boleta de evaluación del cumplimiento de acciones

Es un listado de las 10 principales acciones establecidas en el Plan Hambre Cero para combatir el hambre crónica. La información se determinará mediante observación del grado de cumplimiento de cada una de las acciones en una escala de 0% a 100%. (Anexo 6)

Validación de instrumentos

La validación se llevó a cabo primeramente solicitando la autorización adecuada del director del centro para luego proceder a seleccionar al personal a evaluar. La encuesta se realizó con 10 empleados que se desenvuelven en las acciones de la ventana de los mil días, 8 auxiliares de enfermería y 2 enfermeras profesionales.

Este proceso se efectuó en el centro de salud del Municipio de Chiquimula para así poder garantizar que dicho proceso será efectivo.

Todas las preguntas fueron bien comprendidas por los entrevistados por lo que no fue necesario hacer modificaciones a los formatos. El único cambio realizado fue en la boleta de insumos en donde se eliminó la casilla de Polio R1 ya que de acuerdo a las referencias dadas por las enfermeras es lo mismo que la OPV.

También se eliminó de la evaluación del cumplimiento de las acciones contra el hambre crónica, la prevención de la deficiencia de yodo, a través de sal yodada. Por cuanto esta acción no compete a los centros de salud. Compete al Departamento de Control de alimentos la vigilancia de la calidad de la sal yodada y el cumplimiento con las leyes de fortificación.

PROCEDIMIENTO

Etapas Preparatorias

- a) Se visitó al Director en cada Centro para formalizar el documento de consentimiento de la información.
- b) Se presentó al Director los distintos instrumentos de levantamiento de información.
- c) Se validaron los criterios de inclusión y exclusión de las personas asignadas.

Recolección de Datos

Fase 1: Evaluación de la infraestructura:

- a) Se realizó una entrevista inicial con la persona guía de la parte de infraestructura.
- b) Se explicó a la persona guía la boleta de evaluación de Equipo e Infraestructura (anexo 2).
- c) Se hizo una observación a las instalaciones del Centro para levantar la información en la boleta respectiva.

Fase 2: Evaluación del proceso de proveeduría de insumos básicos:

- a) Se realizó una entrevista inicial con la persona responsable de la proveeduría de insumos básicos.
- b) Se explicó a la persona guía la boleta de evaluación del proceso de proveeduría. (anexo 3).
- c) Se revisaron los BRES y se llenó el instrumento de recolección de datos respectivo. El llenado de la información se hizo en la bodega respectiva que permitió al encuestador obtener impresiones de la situación física de los insumos.

Fase 3: Evaluación de la calidad y cantidad del recurso humano:

- a) Se explicó la boleta de evaluación de conocimientos de personal, al recurso humano asignado para completar la boleta.
- b) El recurso humano completó la boleta de levantamiento de información respectiva.

Fase 4: Evaluación del cumplimiento de las diez principales acciones contra el hambre crónica

- a) Se mostró al director del Centro de Salud la boleta para levantar información (anexo 5).

- b) Se realizó el levantamiento de información mediante observación en Servicios de Salud para determinar el grado de cumplimiento de las 10 acciones de la ventana de los mil días.

Fase 5: Procesamiento de Datos

- a) Luego de la obtención de la información se vació en una hoja electrónica con el propósito de consolidar la información.
- b) Luego se procedió a realizar cuadros y gráficas con los resultados obtenidos.
- c) A partir de los cuadros y gráficas de salida se procedió a analizar la situación de cada una de las variables objeto de análisis: situación de la infraestructura, nivel de abastecimiento de insumos, estado de la calidad y cantidad del recurso humano.

Procesamiento y análisis de datos

1. Se elaboró una base de datos que permitió analizar la información obtenida en la realización de las encuestas.
2. Al identificar la profesión del profesional se procedió a determinar si es idónea para el desempeño de sus actividades.
3. Con base en la boleta de encuesta respectiva y mediante la observación ocular se hizo la evaluación de la infraestructura en los centros de salud respectivos. Para ello se han fijado criterios en tres niveles sobre la situación de la infraestructura, medida mediante el % de cumplimiento del equipo requerido: % de cumplimiento mayor a 90%, bueno; % de cumplimiento entre 50 y 89%, regular; y % de cumplimiento menor al 50%, malo. Para el efecto se considera como cumplido si el equipo existe y funciona.
4. El nivel de abastecimiento se ha clasificado en tres niveles: % de cumplimiento mayor a 90%, bueno; % de cumplimiento entre 50% y 90%, regular y; % de cumplimiento menor a 50%, malo. Se ponderaron en 50% ambas variables: % de abastecimiento y % de suministros vencidos.

5. El cumplimiento de las 9 acciones contra el hambre crónica se evaluaron en una escala de 0% a 100%.
6. Se creó una forma de ponderación de cada una de las variables evaluadas (anexo 8). Se establecieron porcentajes para cada variable: Infraestructura y Equipo (25%), Insumos (25%), Recurso Humano (30%) y Cumplimiento de Acciones (20%) teniendo un total de 100% al evaluarlas con el propósito de obtener una calificación global de cada uno de los centros de salud.
7. Utilizando el formato creado se realizó un puntaje comparando entre si los resultados de cada variable por centro de salud obteniendo así porcentajes generales según los rangos establecidos anteriormente para determinar la calidad de la atención brindada.
8. Derivado de los resultados que se obtuvieron en los numerales anteriores, se procedió al análisis respectivo y desprender de este análisis recomendaciones para mejorar las políticas públicas.

PLAN DE ANÁLISIS

- Se realizaron tablas de frecuencia con la información obtenida.
- Se graficaron los resultados obtenidos.

ALCANCES Y LÍMITES

La investigación se circunscribió al área Ch'orti' integrada por los municipios de Chiquimula: Camotán, Jocotán, Olopa y San Juan Ermita.

La investigación estuvo sujeta a la voluntad y buena disposición de las personas a ser entrevistadas y fuera capaz de proporcionar información objetiva por medio de los distintos instrumentos estadísticos.

ASPECTOS ÉTICOS

Como parte de la solicitud a los directores de los distintos centros de salud para efectuar el levantamiento de información, se hizo énfasis en el carácter confidencial de la información recabada y que será utilizada estrictamente para fines académicos con base en los objetivos del presente estudio.

El investigador principal fue el responsable de verificar que la información obtenida mediante los distintos instrumentos sea objetiva y verídica. Esto se hizo mediante pruebas de consistencia entre las boletas elaboradas.

Se enfatizó en las distintas entrevistas y encuestas el carácter anónimo y confidencial de la información.

En el proceso de análisis se priorizó la imparcialidad y objetividad y tratar de minimizar juicios de valor en el proceso de recopilación de información.

IX. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Para el presente informe se procedió a levantar la información en los cuatro municipios que pertenecen al área Ch'orti' y que están priorizados en el Pacto Hambre Cero. A continuación se presentan los resultados obtenidos.

A. Infraestructura física y Equipo

1. Equipo

Cuadro 1
Disponibilidad del equipo antropométrico de establecimientos de salud, de la Región Ch'orti'. Guatemala, enero-marzo 2017. n=4

Equipo	Olopa	Camotán	Jocotán	San Juan Ermita	Total
Tallímetro	2	2	1	2	7
Infantometro	1	0	1	1	3
Balanza pediátrica	2	2	1	1	6
Balanza de pie	1	1	1	1	4
Cinta métrica	1	0	1	1	3
Gráfica OMS	2	3	1	1	7
Total	9	8	6	7	30

Fuente: Elaboración propia con base en boletas de evaluación de Equipo e Infraestructura

. Cuadro 2

Calificación de la disponibilidad del equipo antropométrico, por CS de la Región Ch'orti'. Guatemala, enero-marzo 2017. n=30

Equipo	Resultado
Tallímetro	100%
Infantometro	75%
Bbalanza Pediátrica	100%
Balanza de Pie	100%
Cintra métrica	75%
Gráfica OMS	100%

Fuente: Elaboración propia con base en boletas de evaluación de Equipo e Infraestructura

El cuadro dos muestra que a excepción de infantometro y cinta métrica, los demás equipos presentan muy buena calificación. En el caso de infantometro y cinta métrica la calificación está determinada por su ausencia en el centro de salud de Camotán. De hecho sustituyen el infantometro por el tallímetro. En ese mismo centro a pesar de tener tres gráficas OMS en inventario solo está en uso una.

2. Infraestructura

Cuadro 3
Infraestructura de los Centros de Salud de la Región Ch'orti'. Guatemala, enero-marzo 2017. n=4

DESCRIPCIÓN	Existencia	Ausencia
Area de monitoreo de crecimiento	4	
Area monitoreo embarazada	4	
Area de almacenamiento de equipo	0	4
Almacenamiento de micronutrientes	4	
Almacenamiento medicamentos	4	
Almacenamiento vacunas	4	
Sala de espera	4	
Sanitarios pacientes	3	1
Sanitarios personal	4	
Suministro de agua	4	
Electricidad	4	
Piso granito	4	
Paredes	4	
Techo	4	
Iluminacion y ventilacion	4	
Higiene	4	
Total	59	5
%	92%	8%

Fuente: Elaboración propia con base en boletas de evaluación de Equipo e Infraestructura

El cuadro 3 muestra que en términos generales los Centros de Salud poseen la infraestructura adecuada. De las variables evaluadas el 89% posee existencia, y solamente el 2% se ha calificado con ausencia de áreas.

Se debe resaltar que todos los establecimientos evaluados cuentan con almacenamiento para medicamentos, micronutrientes, vacunas, sala de espera en buen estado. Ningún centro posee un área específica para el almacenamiento de equipo antropométrico.

Todos tienen agua, aunque algunas veces escasea. Todos cuentan con luz eléctrica y piso de granito, paredes y techo en buen estado. Los 4 centros de salud poseen buena iluminación y ventilación por medio de ventanas. Debe hacerse la salvedad que en Jocotán y Camotán,

hay meses donde la temperatura sube más que en los otros dos centros de salud por lo cual la ventilación por medio de ventanas no es suficiente.

Hay áreas como la de monitoreo del crecimiento en donde solo dos centros mostraron áreas en buen estado, pues el área en los otros dos centros es muy reducida para practicar los procedimientos necesarios, ya que comparten el espacio de sala de espera y no tienen una clínica específica para la realización de estos procedimientos. Ninguno de los centros posee área de almacenamiento de equipo, ya que es la oficina de seguridad alimentaria, por lo que únicamente utilizan un pequeño espacio de la misma para tener todo el equipo, favoreciendo el deterioro del mismo.

En uno de los centros se observó que el sanitario de pacientes está en malas condiciones. También es de resaltar que en dos centros no se observaron buenas condiciones de higiene.

El adecuado acceso a los centros de salud facilita la llegada de los pacientes. Los CS de Olopa y Jocotán se encuentran ubicados a un costado del parque Central lo que se facilita la llegada en cualquier medio de transporte; el CS de Camotán está aproximadamente a dos cuadras del Centro del municipio a diferencia de San Juan Ermita, que se encuentra en un cerrito con alta inclinación y existe poco transporte. Esta dificultad fue referida por el personal de dicho CS.

Cuadro 4
**Calificación de la infraestructura por Centro de Salud de la Región Ch'orti'.
Guatemala, enero-marzo 2017. n=4**

Centro	Resultado
Camotán	81%
Jocotán	94%
Olopa	94%
San Juan Ermita	94%
Promedio	91%

Fuente: Elaboración propia con base en boletas de evaluación de Equipo e Infraestructura

De acuerdo al cuadro 4, el CS de Camotán es el peor calificado. Incidieron en este resultado, el mal estado de sanitario de pacientes y que las áreas de monitoreo para el crecimiento y de almacenamiento de equipo no están en buenas condiciones. En promedio,

los CS tienen una buena calificación lo que demuestra que existen buenas condiciones de infraestructura.

B. Abastecimiento de insumos

Cuadro 5
**Abastecimiento de micronutrientes en los Centros de Salud de la Región Ch'orti'.
Guatemala, enero-marzo 2017. n=4**

Descripción	TOTAL		
	Suficiente*	Regular**	Deficiente***
Micronutrientes			
Vitamina A 100,000 UI	0	0	4
Vitamina A 200,000 UI	0	0	4
Sulfato ferroso (tabletas 300 mg), adultos	1	2	1
Sulfato ferroso jarabe 200 mg (niños)	2	0	2
Sulfato ferroso gotas pediátricas 125mg (niños)	2	1	1
Ácido fólico (tableta de 5 mg)	1	2	1
Micronutrientes espolvoreados (Macro vital), sobre	0	0	4
Sulfato de zinc, tabletas	1	1	2
Vitacereal u otro alimento complementario	0	1	3

Fuente: Elaboración propia con base en boletas de evaluación de insumos

*Mayor a 3 meses de existencia

** 1 mes a 3 meses de existencia

*** Menor a 1 mes de existencia

El cuadro 5 muestra un abastecimiento deficiente de vitamina A y Vitacereal en los cuatro centros evaluados. En el caso del Vitacereal tal como se verá más adelante, no hay desabastecimiento sino una sustitución debido a cambios en las políticas gubernamentales. En el caso del sulfato ferroso los niveles de abastecimiento son variables habiendo abastecimiento adecuado así como casos en donde el abastecimiento es deficiente. En el Sulfato de zinc también se observaron casos de abastecimiento deficiente.

Cuadro 6
Abastecimiento de vacunas en los Centros de Salud de la Región Ch'orti'. Guatemala,
enero-marzo 2017. n=4

Descripción	TOTAL		
	Suficiente*	Regular**	Deficiente***
Vacunas			
Vacuna Hepatitis B	1	0	3
Vacuna BCG	0	1	3
Vacuna Polio Oral (OPV)	0	1	3
Vacuna rotavirus	0	1	3
Vacuna pentavalente	0	0	4
Vacuna neumococo	0	1	3
Vacuna Sarampión, paperas, rubeola (SPR)	0	0	4
Vacuna Difteria-Tosferina-Tétanos (DTP)	0	0	4
Vacuna tétanos (para embarazadas)	0	2	2

Fuente: Elaboración propia con base en boletas de evaluación de insumos.

*Mayor a 3 meses de existencia

** 1 mes a 3 meses de existencia

*** Menor a 1 mes de existencia

Los resultados del cuadro 6 muestran que los niveles de abastecimiento se consideran principalmente deficientes y en menor grado el abastecimiento es regular. Solamente dos vacunas tienen abastecimiento en los cuatro centros. El resto de vacunas, tienen desabastecimiento en al menos algún centro. En este sentido, el centro con mayor desabastecimiento es el de Camotán.

Cuadro 7
**Abastecimiento de medicamentos en los Centros de Salud de la Región Ch'orti'.
 Guatemala, enero-marzo 2017. n=4**

Descripción	TOTAL		
	Suficiente*	Regular**	Deficiente***
Medicamentos			
Albendazol y/o mebendazole, tabletas	1	0	3
Albendazol y/o mebendazole, suspensión	0	3	1
Acetaminofén, tabletas (adultos)	1	2	1
Acetaminofén, jarabe (niños)	1	2	1
Acetaminofén, gotas (niños)	1	3	0
Amoxicilina, cápsulas	0	2	2
Amoxicilina, suspensión	1	3	0

Fuente: Elaboración propia con base en boletas de evaluación de insumos.

***Mayor a 3 meses de existencia**

**** 1 mes a 3 meses de existencia**

***** Menor a 1 mes de existencia**

De acuerdo a los resultados que se muestran en el Cuadro 7, el nivel de abastecimiento es calificado generalmente como regular. En efecto, el 54% de las variables fueron calificadas como regulares, mientras que un 29% fue calificado con un abastecimiento deficiente.

Cuadro 8
Abastecimiento de insumos Varios en los Centros de Salud de la Región Ch'orti'.
Guatemala, enero-marzo 2017. n=4

Descripción	TOTAL		
	Suficiente*	Regular**	Deficiente***
Otros			
Jeringas 3 ml	1	2	1
Jeringas 5 ml	1	2	1
Algodón (libra)	2	2	0
Alcohol (500 ml)	0	2	2
Jabón de manos	0	2	2
Gel sanitizante	0	1	3
Cuaderno del niño y de la niña (Sigs 5C)	3	0	1
Carnet del niño y de la niña	4	0	0
Carnet de embarazada	2	0	2
Fichas de notificación obligatoria	3	0	1
Métodos de planificación familiar	1	2	1

Fuente: Elaboración propia con base en boletas de evaluación de insumos.

***Mayor a 3 meses de existencia**

**** 1 mes a 3 meses de existencia**

***** Menor a 1 mes de existencia**

El cuadro 8 muestra que casi el 40% de los insumos tienen abastecimiento suficiente, en tanto que el 30% es calificado con un abastecimiento deficiente.

Ninguno de los centros está abastecido en forma suficiente de gel sanitizante y tan solo un centro está abastecido de Alcohol y jabón de manos.

Cuadro 9
Abastecimiento de material educativo de la ventana de los mil días en los Centros de Salud de la Región Ch'orti'. Guatemala, enero-marzo 2017. n=4

Descripción	TOTAL		
	Suficiente*	Regular**	Deficiente***
Educativo			
Crecimiento y desarrollo infantil	1	2	1
Higiene en el hogar y la comunidad	1	2	1
Lavado de manos	1	2	1
Lactancia materna	1	2	1
Alimentación complementaria	1	2	1
Desnutrición infantil	1	2	1
Uso de Macro vital o Chispitas	1	1	2
Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes	1	2	1
Métodos de planificación familiar	1	2	1

Fuente: Elaboración propia con base en boletas de evaluación de insumos.

***Mayor a 3 meses de existencia**

**** 1 mes a 3 meses de existencia**

***** Menor a 1 mes de existencia**

De acuerdo al cuadro 9, solo el 28% del material educativo tiene un desabastecimiento deficiente. No obstante, se refleja abastecimiento regular o deficiente en casi todos los centros. El único centro que está abastecido en casi todos los materiales es Jocotán.

Cuadro 10
Calificación suficiente de insumos por Centro de Salud de la Región Ch'orti'.
Guatemala, enero-marzo 2017. n=4

Calificación	Camotán	Jocotán	Olopa	San Juan Ermita	Promedio
Micronutrientes	59%	60%	57%	75%	63%
Vacunas	54%	50%	50%	64%	55%
Medicamentos	66%	52%	57%	88%	66%
Otros	79%	71%	79%	79%	77%
Material Educativo	50%	90%	73%	70%	71%
Total	61%	58%	58%	75%	63%

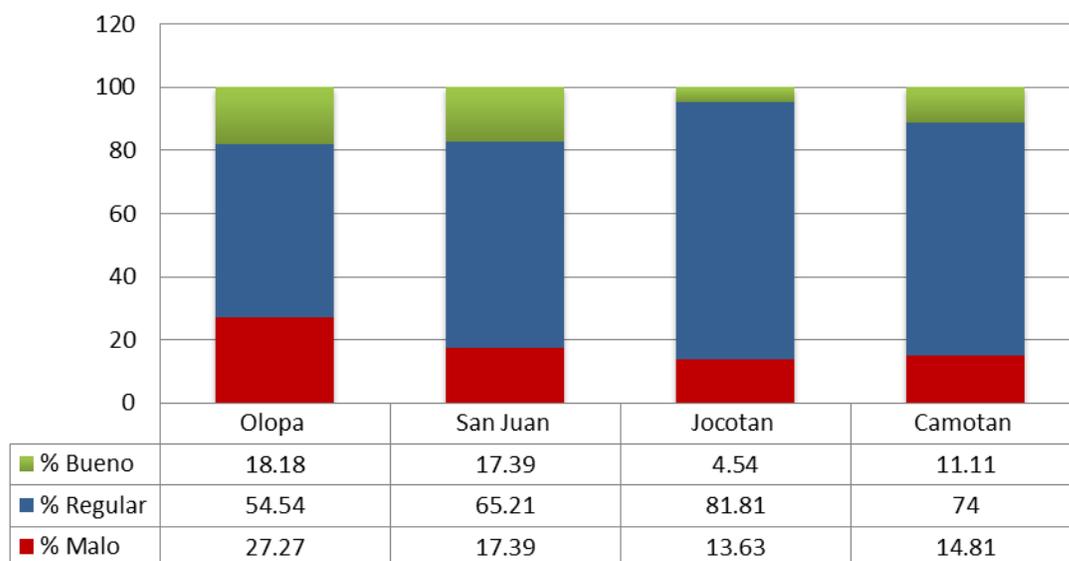
Fuente: Elaboración Propia con base en boletas de evaluación de insumos

El cuadro 10 muestra que el CS de San Juan Ermita es el que tiene una mejor calificación. Los otros tres centros muestran calificaciones regulares. Resalta también que el rubro de medicamentos tiene calificación deficiente en todos los centros, excepto en San Juan Ermita.

C. Calidad de conocimiento y cantidad de recursos humanos

1. Calidad de conocimiento del recurso humano

Gráfica 1
Conocimientos del personal de los Centros de Salud de la Región Ch'orti'. Guatemala,
enero-marzo 2017. n=94

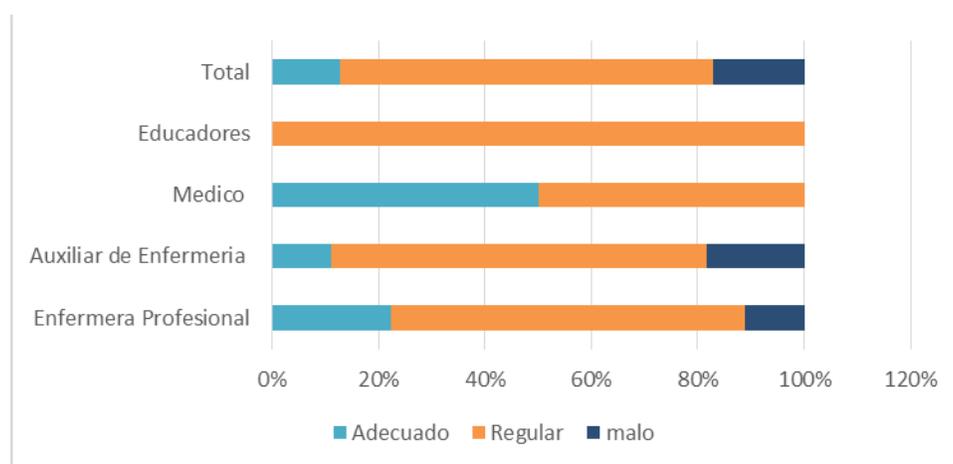


Fuente: Elaboración propia con base en boletas de evaluación de la calidad del Recurso Humano.

En la gráfica 1 se ilustra la distribución de la calidad de conocimiento del personal por cada centro. Los resultados muestran que apenas el 13% del personal fue calificado con una calidad buena en tanto que la mayoría (70%) fue calificada con un conocimiento regular. El restante 17% tuvo una mala calificación.

Destaca en la gráfica, que Olopa tuvo un mejor resultado, al calificarse su personal en un 18% con buen conocimiento aunque también fue el peor calificado ya que el 27% de su personal tuvo mala calificación. Eso muestra que en este centro hay una mayor dispersión de conocimiento en el personal. Por el contrario, el personal de Jocotán reflejó menor dispersión debido a que casi el 82% del personal tuvo un conocimiento regular mientras que ni siquiera el 5% tuvo una buena calificación.

Gráfica 2
Conocimientos del personal de los Centros de Salud por profesión de la Región Ch'orti'. Guatemala, enero-marzo 2017. n=94



Fuente: Elaboración propia con base en boletas de evaluación de la calidad del Recurso Humano.

En la gráfica 2 se refleja que la calidad del conocimiento del personal está asociada al nivel de escolaridad. Por ejemplo, en el caso de médicos, el 50% fue calificado con buen conocimiento mientras que las enfermeras su calificación de buen conocimiento fue de un 22% en tanto que el 11% de las auxiliares de enfermería tuvo un buen conocimiento. En el otro extremo, el 18% de las auxiliares de enfermería tuvo una calificación mala en tanto que las enfermeras el porcentaje se redujo a 11% y ningún médico tuvo mala calificación.

En el caso de los educadores el 100% del personal fue calificado con un regular conocimiento.

Cuadro 11
Calificación de la calidad del conocimiento del recurso humano en cada Centro de Salud de la Región Ch'orti'. Guatemala, enero-marzo 2017. n=94

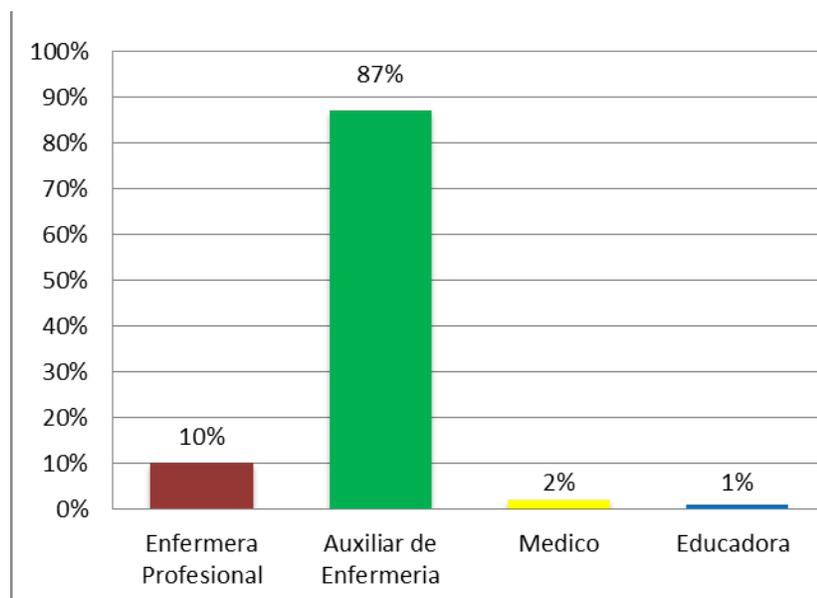
Profesión	Centro				Total
	Camotán	Jocotán	Olopa	San Juan Ermita	
Auxiliares de Enfermería	73%	72%	72%	73%	73%
Enfermeras	75%	75%	73%	85%	77%
Educadores	75%				75%
Médicos				85%	85%
Total	74%	73%	72%	75%	73%

Fuente: Elaboración propia con base en boletas de evaluación de la calidad del Recurso Humano.

El cuadro 11 muestra una calificación promedio de la calidad del recurso humano de regular. Se observa también una baja dispersión entre los distintos CS. En efecto, la diferencia entre la calificación más alta y la más baja es de apenas tres puntos porcentuales.

2. Cantidad de recursos humanos

Gráfica 3
Personal por profesión de la Región Ch'orti'. Guatemala, enero-marzo 2017. n=94



Fuente: Elaboración propia con base en boletas de evaluación de la calidad del Recurso Humano.

Tal como se observa en la gráfica 3, la mayor parte del personal que se emplea en los centros de salud para atender el programa de “La Ventana de los mil días” tiene como profesión auxiliares de enfermería. En efecto, con base en el personal que participó en las encuestas se observa que el 87% del personal son auxiliares de enfermería, el 10% está conformado por enfermeras profesionales y tan solo el 2% son médicos y 1% educadores.

D. Cumplimiento de las 9 principales acciones contra el hambre crónica

Cuadro 12

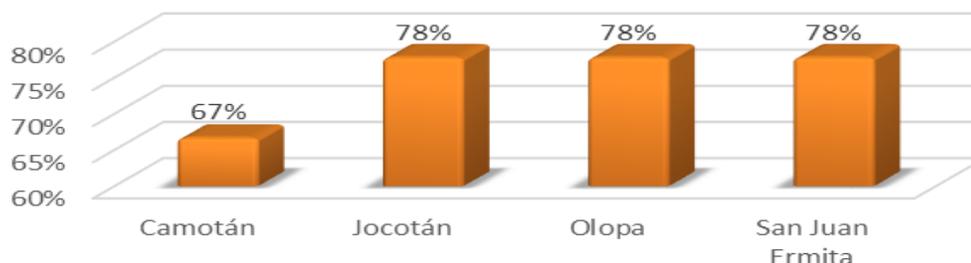
Cumplimiento de las 9 principales acciones contra el hambre crónica por Centro de salud de la Región Ch’ortí’. Guatemala, enero-marzo 2017. n=4

No.	ACCIONES	Camotán	Jocotán	Olopa	San Juan Ermita
1	Promoción y apoyo de la lactancia materna	1	1	1	1
2	Consejería sobre la alimentación complementaria, a partir de los seis meses de edad.	1	1	1	1
3	Consejería sobre prácticas de higiene incluyendo el lavado de manos.	1	1	1	1
4	Suplementación de vitamina A	0	0	0	0
5	Suplementación de zinc terapéutico en el manejo de la diarrea.	1	1	1	1
6	Provisión de micronutrientes en polvo.	0	0	0	0
7	Desparasitación y vacunación de niños y niñas según normas de atención.	1	1	1	1
8	Suplementación de hierro y ácido fólico para prevención y/o tratamiento de la anemia en mujeres embarazadas.	1	1	1	1
9	Promoción del consumo de alimentos fortificados	0	1	1	1

Fuente: Elaboración propia con base en boletas de evaluación del cumplimiento de las 9 principales acciones contra el hambre crónica.

El cuadro 13 muestra el detalle del cumplimiento de las 9 principales acciones contra el hambre crónica por cada centro (el número 1 significa que está cumplida y el número 0 significa que la acción no está cumplida). Los resultados muestran que las acciones que no se han cumplido en los cuatro centros son: La suplementación de vitamina A, la provisión de micronutrientes en polvo. En el caso de la Promoción del consumo de alimentos fortificados no fue cumplida en el caso de Camotán.

Gráfica 4
Cumplimiento de las 9 principales acciones contra el hambre crónica por Centro de salud de la Región Ch'orti'. Guatemala, enero-marzo 2017. n=4



Fuente: Elaboración propia con base en boletas de evaluación del cumplimiento de las 9 principales acciones contra el hambre crónica.

En la gráfica 4 se ilustra el grado de cumplimiento de las acciones contra el hambre crónica. Se observa que en promedio en la región se ha cumplido con el 75% de las acciones del Plan. Los CS han cumplido las acciones en un 78% excepto Camotán quien tiene un grado de cumplimiento del 67%.

E. Evaluación de la calidad del servicio de atención de los CS' de la región chor'ti'

Cuadro 13
Evaluación de la calidad de atención en los centros de salud de la región chor'ti'. Guatemala, Enero-Marzo 2017. n=4.

CRITERIOS	Ponderación del área	Centro				Región
		Camotán	Jocotán	Olopa	San Juan Ermita	
1 INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO	25%	20%	24%	24%	24%	23%
1.1 <i>Equipo</i>	16%	13%	16%	16%	16%	15%
1.2 <i>Infraestructura</i>	9%	7%	8%	8%	8%	8%
2 INSUMOS	25%	15%	14%	14%	19%	16%
2.1 <i>Micronutrientes</i>	7%	4%	5%	4%	6%	5%
2.2 <i>Vacunas</i>	7%	4%	4%	4%	5%	4%
2.3 <i>Medicamentos</i>	6%	4%	3%	4%	5%	4%
2.4 <i>Otros</i>	3%	2%	2%	2%	2%	2%
2.5 <i>Material educativo</i>	2%	1%	1%	1%	1%	1%
3 RECURSOS HUMANOS	30%	22%	22%	22%	23%	22%
3.1 <i>Calidad</i>	30%	22%	22%	22%	23%	22%
4 CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES CONTRA EL HAMBRE CRONICA	20%	13%	16%	16%	16%	15%
Total	100%	70%	76%	76%	80%	75%

Fuente: Elaboración Propia con base en boletas de evaluación

El cuadro 13 resume los resultados de cada uno de los centros por cada una de las variables evaluadas. Los resultados muestran que los CS evaluados tienen una calificación regular de la calidad del servicio. En efecto, los CS obtuvieron una calificación en promedio de 77% la cual se considera regular. El CS de San Juan Ermita es el mejor calificado con una puntuación de 84%. Las variables mejor calificadas son la Infraestructura y Equipo y en menor proporción Insumos. La peor calificación la presenta Camotán, con 74%. Incidieron en este resultado, el bajo abastecimiento de insumos así como la falta de cumplimiento de las acciones. En insumos presentan baja calificación, micronutrientes, vacunas y medicamentos.

El mejor rubro evaluado es la Infraestructura y Equipo así como la cantidad de recursos humanos, teniendo calificaciones de 20% o más. Por el contrario, el peor rubro calificado es el rubro de insumos con calificaciones entre 15% y 19%. Dentro de los sub rubros de insumos, las vacunas obtuvieron la peor calificación, oscilando entre 4% y 5%.

X. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A. Infraestructura física y Equipo

Con base en el levantamiento de información y las encuestas realizadas, se pudo verificar que en términos generales los cuatro centros de salud tienen el equipo adecuado para operar. Los hallazgos de la investigación demuestran que todos los establecimientos evaluados cuentan con equipo antropométrico en buenas condiciones, a excepción de Camotán que no posee infantómetro ni cinta métrica. De hecho sustituyen el infantómetro con el tallímetro, esto puede tener un efecto negativo en los resultados obtenidos en las evaluaciones ya que no se obtendrían datos tan exactos como al utilizar el equipo adecuado.

Es conveniente mencionar, que algunos centros acaban de ser renovados. Esta renovación es parte de las acciones gubernamentales implementadas como parte de la estrategia “Ventana de los mil días”.

Un aspecto preocupante es que en los cuatro centros, el área para el almacenamiento de equipo no se encuentra en buenas condiciones. Esto provoca deterioro en el material y equipo y puede llevar a resultados erróneos al momento de utilizarlos.

Las áreas de almacenamiento de insumos, tanto de micronutrientes, medicamentos y vacunas fueron reportadas en buenas condiciones. En efecto, los CS cuentan con áreas grandes y ordenadas para almacenamiento de micronutrientes, los espacios están rotulados con los nombres y las fechas de vencimiento y el lote de cada medicamento y micronutriente. Las vacunas están almacenadas en refrigeración y cada refrigerador cuenta con rótulos de los rangos de temperatura adecuada.

En los cuatro establecimientos la sala de espera fue reportada en buenas condiciones. Asimismo, en los cuatro centros se cuentan con sanitarios para los pacientes y para el personal. A excepción de un centro que reportó en malas condiciones el sanitario de pacientes, el resto de los sanitarios fueron evaluados en buenas condiciones.

Los cuatro centros cuentan con suministro de agua y energía eléctrica. Todos fueron reportados en buenas condiciones. Aunque debe hacerse la salvedad que algunas veces el

agua es escasa lo que afecta el buen funcionamiento de los centros. Esto afecta en la higiene de los centros de salud así como en la higiene del personal, ya que si no hay agua no puede haber un adecuado lavado de manos y esto lleva a diferentes tipos de contaminación de igual manera tal como se indicó anteriormente, el abastecimiento de gel sanitizante es deficiente, por lo que no existe suficiente para ser utilizado en temporada de escasas de agua.

Debe hacerse la aclaración que el Centro de Salud de Camotán es el centro que se encuentra en peores condiciones comparado con los otros centros, esto puede afectar a la atención de los pacientes, calidad de datos obtenidos en evaluaciones y buen desarrollo de actividades diarias del personal operativo.

B. Abastecimiento de insumos

La evaluación del abastecimiento de insumos se hizo mediante el análisis de la información que se recolectó de los formularios BRES (Balance, Requisición y Envío de Suministros) en cada uno de los centros evaluados. Los insumos se clasifican en cinco tipos: micronutrientes, medicamentos, vacunas, insumos varios (jeringas, alcohol, jabón, etc.) y material educativo.

Aunque en términos generales, los centros de salud tienen abastecimiento bueno o regular de micronutrientes, llama la atención el desabastecimiento de Vitamina A en la totalidad de centros evaluados. También hay desabastecimiento en todos los centros de Micronutrientes espolvoreados y vitacereal. La falta de estos nutrientes tiene un impacto directo en el cumplimiento de las acciones contempladas en la estrategia de “la ventana de los 1000 días”, lo que redundará en una menor eficiencia en la reducción de la desnutrición.

En efecto, debido al cambio de autoridades gubernamentales en 2015, las solicitudes de adquisición de micronutrientes y vitamina A por parte del Gobierno Central, los cuales son una donación de UNICEF, no se hicieron en tiempos viables, por lo que estos envíos se aplazaron y esto trajo como resultado el desabastecimiento a nivel nacional. Las unidades ejecutoras en las áreas de salud no cuentan con un presupuesto asignado sino que dependen de la compra centralizada en el Ministerio de Salud, que en este caso es una solicitud de

donación no efectuada en tiempo. Se espera que el abastecimiento se haya normalizado en los primeros meses del 2017.

Es conveniente hacer la aclaración que el Vitacereal fue descontinuado ya que según mandato legal en la ley del sistema nacional de seguridad alimentaria y nutricional, es competencia de MAGA la entrega de alimentos, por lo que en la actual estrategia de prevención a la desnutrición crónica no figura el Vitacereal, sino otras acciones que garanticen el acceso y disponibilidad de alimentos a través de acciones de mejora de la economía familiar, huertos y mejora en las prácticas de agricultura. Durante las visitas de campo no se vio evidencia de la efectividad de estas acciones.

Se observó un adecuado abastecimiento de medicamentos. Dentro de estos medicamentos destacan, antibióticos, para el tratamiento de problemas respiratorios y para problemas estomacales y desparasitantes.

Se considera que los CS, no están abastecidos de forma adecuada de las vacunas. El desabastecimiento es casi total en la vacuna DTP (Difteria, Tosferina, Tétanos). Lo más preocupante es el desabastecimiento total de la vacuna del tétano para embarazadas y la vacuna neumococo. De acuerdo a la información proporcionada por entrevistados, la vacuna de neumococo es la que más se desabastece debido a que el ministerio no compra suficiente de esta vacuna ya que el costo de esta es elevado, por lo mismo solo les proporcionan cantidades pequeñas a cada centro.

Llama la atención el abastecimiento deficiente generalizado de material antiséptico, tal como jabón de manos, y gel sanitizante. La falta de estos productos incide directamente en los niveles de higiene de los centros.

El quinto aspecto que se evaluó en el abastecimiento de insumos, fue el material educativo. Los resultados muestran que al menos un centro no está abastecido adecuadamente de cada uno de los insumos de material educativo. Aunque esto no impacta en forma directa en el corto plazo, en el mediano plazo si puede tener incidencia en el cumplimiento del Plan de La Ventana de los Mil días.

C. Calidad de conocimiento y cantidad de recursos humanos

No se encontró evidencia que en el Programa trabajaran personas profesionales de la nutrición. Es evidente la necesidad de profesionales de la Nutrición laborando en cada uno de los centros de salud ya que la “Ventana de los mil días” es un programa diseñado para la reducción de la desnutrición lo cual es parte del trabajo de una nutricionista, los conocimientos que brindará este profesional serán únicos ya que están preparados para trabajar en relación a la alimentación de la población. El trabajo que realizan los enfermeros es bueno pero no en todos los aspectos ya que no están preparados en temas específicos. Las encuestas mostraron la falta de conocimientos en el área de consejería de alimentación, importancia de lactancia materna e importancia de espaciamientos de embarazos ya que el personal (enfermería y auxiliares) se enfoca mayormente en la vacunación y suplementación de los pacientes.

La falta de profesionales en los diferentes áreas de trabajo hacen que los programas no sean 100% eficaces ya que se exige trabajo a personal poco capacitado en el tema, por consiguiente la falta de profesionales y el poco conocimiento del personal ya laborando en los centros tienen un impacto negativo en el programa de la ventana de los mil días. Es fundamental, que se incorporen al Programa, profesionales del área de Nutrición, que permitan promover una buena alimentación y llevar a cabo las acciones en forma más efectiva.

Derivado de los resultados, se encontró que el nivel de escolaridad del personal afecta en la calidad de conocimiento que posee. Por ejemplo, ningún médico fue calificado con nivel malo de conocimiento y la mitad fue calificada por un conocimiento bueno; el 22% de las enfermeras tuvieron un conocimiento bueno en tanto que ese porcentaje se redujo en el nivel de las auxiliares de enfermería a 11%.

Debido a que la mayor parte del personal es de nivel de escolaridad relativamente más bajo, el nivel de la calidad del conocimiento del personal es más bajo. De tal manera que los resultados muestran que solo el 13% del personal posee un nivel bueno de conocimiento para desempeñar sus funciones en alimentación y nutrición; un 70% del personal tiene conocimiento regular y un 17% tiene nivel de conocimiento malo.

Es uno de los desafíos para el área evaluada mejorar la calidad del conocimiento del recurso humano. El poco conocimiento del recurso humano dificulta el cumplimiento de los objetivos de la ventana de los mil días, cabe mencionar que el personal no es capacitado constantemente acerca de esta estrategia. En 2 centros de salud refirieron que únicamente los capacitaban al ser contratados y muchos de ellos fueron aprendiendo con el poco conocimiento que poseen sus compañeros de trabajo. No se puede mejorar el conocimiento del personal si no se les brinda la información necesaria constantemente.

Relacionado con la cantidad del personal no se encontraron datos establecidos acerca del número adecuado de personas que debe de laborar en cada centro de salud, por lo tanto no existen rangos que califiquen como adecuado o inadecuado al porcentaje de empleados laborando en los 4 centros de salud evaluados.

D. Cumplimiento de las 9 principales acciones contra el hambre crónica

La evaluación del cumplimiento de las 9 principales acciones contra el hambre crónica, muestra resultados ligeramente bajos. En promedio los centros han cumplido con 7 de las 10 acciones que se contemplan en el programa, equivalente al 70%.

Las acciones que no se han cumplido en la totalidad de los centros son: La suplementación de vitamina A y la provisión de micronutrientes en polvo.

Llama la atención que el Centro de Salud de Camotán es el centro con menor cumplimiento, 67%. En efecto, no brindan consejería sobre consumo de alimentos fortificados así como, los aspectos generalizados para todos los CS, la suplementación de vitamina A y la provisión de micronutrientes en polvo. Uno de los argumentos es que “es una pérdida de tiempo ya que la población no cuenta con recursos económicos para comprar este tipo de alimento” y de igual manera refieren que en las comunidades es difícil que lo encuentren. Debido a esto no cumplen con estas acciones de la estrategia.

E. Evaluación de la calidad del servicio

Una de las fortalezas en los CS es la adecuada infraestructura la cual fue calificada con 93%. Ha incidido en este resultado los recientes equipamientos que tuvieron los centros. La

principal debilidad se observa en las deficiencias de abastecimiento de insumos principalmente de vitaminas y micronutrientes.

Un factor que afecto la calidad de servicio es la transición gubernamental ocurrida en 2015. Esto demuestra la baja institucionalidad que se observa en los procesos y que incide en una baja productividad.

XI. CONCLUSIONES

1. La calidad de atención dentro del marco de la estrategia de la “ventana de los mil días” en los centros de atención en la región Chórti’ se considera de regular calidad, siendo la excepción el CS de San Juan Ermita la cual muestra un nivel de calidad adecuado.
2. La infraestructura que se observó en los CS se considera de buena calidad, principalmente porque recién fueron equipados. En términos generales, los CS poseen el equipo adecuado para poder operar.
3. En general los centros de salud tienen abastecimiento bueno o regular de insumos, a excepción de Vitacereal, micronutrientes espolvoreados y Vitamina A que muestran desabastecimiento en los 4 CS evaluados.
4. Se considera que la calidad del conocimiento del personal es regular y en algunos casos deficiente.
5. Se observó el cumplimiento de 7 de las 9 acciones contra el hambre crónica.

XII. RECOMENDACIONES

1. Sistematizar los procesos de proveeduría de insumos hacia los centros de salud, de tal manera que se evite tener problemas de desabastecimiento tal como se ha evidenciado en el análisis respectivo, e incluso analizar si es factible la descentralización de los mismos.
2. Incorporar programas de capacitación permanente al personal para reducir las carencias que se manifestaron en la evaluación respectiva.
3. Incorporar al programa profesionales de la Nutrición. Esto incidiría de forma positiva en la efectividad del programa ya que reduciría en forma significativa las deficiencias de conocimiento del personal que se mostró en la evaluación.
4. Realizar las acciones para mejorar la infraestructura y equipo. Aunque en términos generales, la infraestructura es adecuada, se pudieron identificar algunos aspectos a modificar.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística (INE). Indicadores <https://www.ine.gob.gt/index.php/estadisticas/tema-indicadores>.
2. Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC), Instituto de Problemas Nacionales (INPUSAC). **Estudio sobre la desnutrición en Guatemala**. Informe Parcial.
3. Coronado Escobar, Zully Yanita. “**Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años**”. 2014. Tesis. Universidad de San Carlos de Guatemala. Quetzaltenango, Guatemala.
4. Bengoa Lecanda, José María, “**Historia de la Nutrición en Salud Pública**”. “Anales Venezolanos de Nutrición”. Caracas, Venezuela. 2003.
5. Dávila Munduate, Andrea Priscila. **Evaluación del estado nutricional de niños menores de cinco años que asistieron a centros de salud del departamento del Petén de junio a agosto de 2013**. Tesis. Universidad Rafael Landívar. Guatemala
6. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP). Web (<http://www.incap.int/index.php/es/acerca-de-incap/incap-en-breve/funciones-basicas>).
7. Martorell, Reynaldo. La desnutrición crónica en Guatemala. Porqué es urgente combatirla. Universidad de Emory. EEUU.
8. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Protocolo para el tratamiento hospitalario**. 2011.
9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Guía operativa del protocolo para el tratamiento ambulatorio de niños y niñas con desnutrición aguda severa sin complicaciones en la comunidad**. 2011.
10. Paz Santiesteban, Michelle María. “**Evaluación de la Calidad de Atención de la Estrategia Ventana de los Mil Días’ en el Segundo Nivel de Atención en Salud del Departamento de Quetzaltenango**”. 2014. Tesis. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
11. Organización Mundial de la Salud.(OMS). <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). **Quality of Care: a process for making strategic choices in health systems**. Suiza. 2006.
13. Organización Mundial para la Agricultura y la Alimentación (FAO). “**Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo**”. <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0a.htm>
14. SESAN. **Plan Operativo Anual 2016**.

15. Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República (SESAN). “**Cuarto Censo Nacional de Talla 2015**”. Informe Ejecutivo. <http://sesan.gob.gt/index.php/noticias/censo-talla-2015>.
16. SESAN. “**Plan de Respuesta para la Atención del Hambre Estacional**”. 2016.
17. SESAN “**Estrategia Nacional para la Prevención de la Desnutrición Crónica, 2016-2020**”. <http://www.sesan.gob.gt/index.php/descargas/91--11>
18. Unicef. **La Desnutrición Infantil. Causas, consecuencias, y estrategias para su prevención y tratamiento**. 2011.
19. Varios autores. **Encuesta Nacional de Seguridad Alimentaria en Hogares**. Tesis. Universidad de San Carlos de Guatemala. 2010. Guatemala.

XIV. ANEXOS

ANEXO 1

MODELO DE CARTA PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad Rafael Landívar
Licenciatura en Nutrición



Chiquimula _____ de _____ del 2017

Yo _____, certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad debida respecto a la investigación que la estudiante Celeste Eugenia Flores Estrada realizara. Actúo conscientemente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conoedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la investigación, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna.

Se me ha informado que dicha investigación respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información, lo mismo que mi seguridad física.

Documento de identificación

Firma

ANEXO 2



**Universidad
Rafael Landívar**
Tradición Jesuita en Guatemala

Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Nutrición

BOLETA DE EVALUACIÓN DE EQUIPO E INFRAESTRUCTURA

Fecha: _____ / _____ / _____

Instrucciones: a continuación, se presenta un listado de condiciones de los establecimientos de salud en donde se deberá marcar con una “X” en donde corresponda. La información es confidencial y para uso estrictamente académico.

I. Datos Generales:

Distrito: _____ Servicio de salud:

II. Equipo antropométrico

No.	Equipo	S I	N O	Funcionamiento		Cantida d	Estado	
				Sí	No			
1	Tallmetro						Completo	
							Legibles	
2	Infantometro						Completo	
							Legibles	
3	Balanza pediátrica						Completa	
							Calibrada	
4	Balanza de Pie						Completa	
							Calibrada	
5	Cintas métricas						Legibles	
6	Graficas de la OMS						Completas	

Observaciones:

II. Infraestructura

No.	Infraestructura	SI	NO	Funcionamiento		Observaciones
				Sí	No	
1	Área para monitoreo de crecimiento					
2	Área para atención a la embarazada					
3	Área de almacenamiento de insumos					
	Equipo					
	Micronutrientes					
	Medicamentos					
	Vacunas					
4	Sala de espera					
5	Sanitario para pacientes					
6	Sanitario para personal					
7	Suministro de agua					
8	Electricidad					

9	Tipo de Piso:					
	Tierra					
	Cemento					
	Granito					
10	Paredes					
11	Techo					
12	Iluminación y ventilación					
13	Higiene del servicio					

INSTRUCTIVO:

1. Coloque la fecha actual en la boleta
2. Lea las instrucciones y proceda a completar la información de datos generales:
 - **Distrito:** Municipio en el que se está llevando la investigación
 - **Servicio de salud:** centro de salud en el que se está levantando la información.
3. Complete la información del siguiente cuadro: **Equipo**
 - Marque con una ``X`` la respuesta según sus observaciones, marque **SI**, si hay existencia del equipo o **NO** si no poseen.
 - Si marco **SI** en existencia, proceda a marcar con una ``X`` **SI**, si el equipo está en funcionamiento o **NO** en caso contrario.
 - Escriba con números la cantidad de equipo que posee y proceda a marcar con una ``X`` el estado del mismo según sus observaciones
 - debajo de cada cuadro posee la opción de ``Observaciones`` donde puede agregar cualquier información extra que usted crea será importante para la investigación.
4. Complete la información del siguiente cuadro: **Infraestructura**
 - Marque con una ``X`` la respuesta según sus observaciones, marque **SI**, si hay existencia de infraestructura o **NO** si no poseen.
 - Si marco **SI** en existencia, proceda a marcar con una ``X`` **SI**, si el área se encuentra en funcionamiento o **NO** en caso contrario.
 - Puede llenar el área de observaciones con información adicional que usted considere importante.

ANEXO 3



Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Nutrición

EVALUACIÓN DE ABASTECIMIENTO DE INSUMOS

Fecha: _____ / _____ / _____

Instrucciones: a continuación, se presenta un listado de insumos de los establecimientos de salud en donde se deberá marcar con una “X” en la casilla “Si” o “No” según corresponda y las cifras mínimas y máximas de acuerdo a la información del BRES. La información es confidencial y para uso estrictamente académico.

I. Datos Generales:

Distrito: _____ Servicio de salud:

No.	Micronutrientes	SI	NO	Disponibilidad de meses de existencia	Fecha de Vencimiento de suministros
1	Vitamina A 100,000 UI				
2	Vitamina A 200,000 UI				
3	Sulfato ferroso (tabletas 300 mg), adultos				
4	Sulfato ferroso jarabe 200 mg (niños)				
5	Sulfato ferroso gotas pediátricas 125mg (niños)				
6	Ácido fólico (tableta de 5 mg)				

7	Micronutrientes espolvoreados (Macro vital), sobre				
8	Sulfato de zinc, tabletas				
9	Vitacereal u otro alimento complementario				
Medicamentos					
10	Albendazol y/o mebendazole, tabletas				
11	Albendazol y/o mebendazole, suspensión				
12	Acetaminofén, tabletas (adultos)				
13	Acetaminofén, jarabe (niños)				
14	Acetaminofén, gotas (niños)				
15	Amoxicilina, cápsulas				
16	Amoxicilina, suspensión				
Vacunas					
16	Vacuna Hepatitis B				
17	Vacuna BCG				
18	Vacuna Polio Oral (OPV)				
19	Vacuna rotavirus				
20	Vacuna pentavalente				
21	Vacuna neumococo				
22	Vacuna Sarampión, paperas, rubeola (SPR)				

23	Vacuna Difteria-Tosferina-Tétanos (DTP)				
25	Vacuna tétanos (para embarazadas)				
Varios					
26	Jeringas 3 ml				
27	Jeringas 5 ml				
28	Algodón (libra)				
29	Alcohol (500 ml)				
30	Jabón de manos				
31	Gel sanitizante				
32	Cuaderno del niño y de la niña (Sigsa 5C)				
33	Carnet del niño y de la niña				
34	Carnet de embarazada				
35	1Fichas de notificación obligatoria				
36	Métodos de planificación familiar				
Material educativo (afiches, grabaciones de audio, video, otros)					
37	Crecimiento y desarrollo infantil				
38	Higiene en el hogar y la comunidad				
39	Lavado de manos				
40	Lactancia materna				

41	Alimentación complementaria				
42	Desnutrición infantil				
43	Uso de Macro vital o Chispitas				
44	Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes				
45	Métodos de planificación familiar				

Observaciones:

INSTRUCTIVO:

1. Coloque la fecha actual en la boleta
2. Lea las instrucciones y proceda a completar la información de datos generales:
 - **Distrito:** Municipio en el que se está llevando la investigación
 - **Servicio de salud:** centro de salud en el que se está levantando la información.
3. Complete la información del siguiente cuadro: **Micronutrientes, Medicamentos, Vacunas, Material educativo (afiches, grabaciones de audio, video, otros) y varios.**
 - Marque con una ``X`` la respuesta según sus observaciones, marque **SI**, si hay existencia de insumos y **NO** si no poseen.
 - Si marco **SI** en existencia, proceda a indicar en el cuadro ``**Disponibilidad de eses de existencia**`` para cuantos meses tienen disponibilidad de insumos.
 - Continúe con el siguiente cuadro ingresando la fecha de vencimiento de cada uno de los insumos que se encuentran en existencia
 - Coloque **N/A** en el caso que no aplique esta opción por ejemplo: Material Educativo.
 - Debajo del cuadro posee la opción de ``Observaciones`` donde puede agregar cualquier información extra que usted crea será importante para la investigación.

ANEXO 4



Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Nutrición

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL

Fecha: _____ / _____ / _____

Boleta No:

Instrucciones: A continuación, se le presenta una serie de cuestionamientos los cuales deberá responder de acuerdo a sus conocimientos y prácticas realizadas en el establecimiento de salud. La información es confidencial y para uso estrictamente académico.

I. Datos generales:

Distrito de Salud: _____ Edad: _____

Tiempo laborando: _____ Profesión: _____

Puesto que ocupa _____

II. Ventana de los mil días

1. ¿Qué es la “Ventana de los mil días”? _____

2. ¿Cuál es el objetivo de la “Ventana de los mil días”? _____

3. Indique tres razones por las cuales las intervenciones deben estar concentradas en los primeros mil días de vida:

a) _____

b) _____

c) _____

III. Mujer embarazada - PRIMERA SERIE: Preguntas Directas

1. Mencione 3 acciones que realiza para brindar atención integral a la mujer embarazada:

No.	Acción	Medio de verificación

3. ¿Cuál es el punto de corte para determinar si una mujer embarazada tiene bajo peso a través de la Circunferencia Media de Brazo (CMB):

4. ¿De qué forma determina el estado nutricional de la embarazada? _____

5. ¿Cuál es la ganancia de peso esperada durante el embarazo según el estado nutricional?

8. ¿Qué orientación da a la mujer embarazada sobre su alimentación?

9. ¿Cuál es la importancia del control pre y post natal? _____

10. ¿Cuál es la importancia del espaciamiento de embarazos? _____

OPCION MULTIPLE

2. ¿Cuántos controles prenatales deben realizarse?

- a) 4 controles b) 9 Controles c) 3 Controles

6. ¿Con qué micronutrientes debe suplementarse durante el embarazo?

- a) Zinc y Hierro b) Ácido Fólico y Hierro c) Ácido Fólico y Zinc

¿Cada cuánto tiempo se recomienda la suplementación durante el embarazo?

- a) Cada 8 días b) Cada mes c) Ninguna de las anteriores

7. ¿Qué vacunas se recomiendan durante el embarazo?

- a) Vacuna contra el Hepatitis
Tétanos y Difteria b) Vacuna contra VPH c) Vacuna contra

VI. Periodo de lactancia

1. Mencione 3 acciones para brindar atención integral durante los primeros 6 meses de vida:

No.	Acción	Medio de verificación
1		

2		
3		

4. Mencione 3 beneficios de la lactancia materna exclusiva:

a)

b)

c)

V. Atención a niños menores de 2 años

1. Mencione 3 acciones para brindar atención integral en menores de 2 años:

No.	Acción	Medio de Verificación

OPCION MULTIPLE:

2. ¿A qué edad debe iniciarse la alimentación complementaria?

a. 4

b. 9

c. 6

3. ¿Con qué Vitamina debe suplementarse a partir de los 6 meses?

a. Vitamina A

b. Vitamina C

c. Complejo B.

4. ¿Qué vacunas debe ponerse a niños menores de 2 años?

- a. OPV, pentavalente b. OPV, DPT c. Ninguna de las anteriores
- SPR, DPT**

5. ¿A qué edad se inicia el desparasitante?

- a. 4 años b. 2 años c. ninguna de las anteriores

2. ¿Qué vacuna debe ponerse durante los primeros días de vida?

- a. SPR b. OPV c. BCG

3. ¿Cuánto tiempo debe brindarse lactancia materna exclusiva?

- a. 8 meses b. 6 meses c. 3 meses

INSTRUCTIVO:

1. Coloque la fecha actual en la boleta
2. Lea las instrucciones y proceda a completar la información de la sección Datos Generales:
 - **Distrito:** Municipio en el que se está llevando la investigación
 - **Servicio de salud:** centro de salud en el que se está levantando la información.
 - **Edad:** Coloque la edad de la persona a la que se está evaluando.
 - **Tiempo laborando:** Meses o años que el evaluado posee de estar laborando en el centro de salud.
3. Continúe con las secciones:
 - **Ventana de los mil días**
 - **Mujer embarazada**
 - **Periodo de Lactancia**
 - **Atención a niños menores a 2 años:**
 - Pídale al evaluado que complete estas secciones con información que el posea acerca de estos temas.

ANEXO 5



Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Nutrición

EVALUACIÓN DE ACCIONES CONTRA EL HAMBRE CRÓNICA VENTANA DE LOS MIL DÍAS

Fecha: _____ / _____ / _____

Instrucciones: A continuación, se presenta un listado de acciones implementadas por la estrategia de la ventana de los mil días en los establecimientos de salud. Se deberá marcar con una "X" en la casilla "Si" o "No" según corresponda la realización de cada acción. La información es confidencial y para uso estrictamente académico.

I. Datos Generales:

1. Distrito de Salud: _____ Servicio de Salud:

No.	ACCIONES	REALIZAD		OBSERVACIONES
		A		
		SI	NO	
1	Promoción y apoyo de la lactancia materna.			
2	Consejería sobre la alimentación complementaria, a partir de los seis meses de edad.			
3	Consejería sobre prácticas de higiene incluyendo el lavado de manos.			
4	Suplementación de vitamina A			

5	Suplementación de zinc terapéutico en el manejo de la diarrea.			
6	Provisión de micronutrientes en polvo.			
7	Desparasitación y vacunación de niños y niñas según normas de atención.			
8	Suplementación de hierro y ácido fólico para prevención y/o tratamiento de la anemia en mujeres embarazadas.			
9	Prevención de la deficiencia de yodo, a través de sal yodada.			
10	Promoción del consumo de alimentos fortificados			

INSTRUCTIVO:

4. Coloque la fecha actual en la boleta
5. Lea las instrucciones y proceda a completar la información de datos generales:
 - **Distrito:** Municipio en el que se está llevando la investigación
 - **Servicio de salud:** centro de salud en el que se está levantando la información.
6. Complete la información del Cuadro que enlista las 10 acciones de la ventana de los mil días
 - Marque con una ``X`` la respuesta según sus observaciones, marque **SI**, si se realiza la acción en el Centro de Salud y **NO** en caso contrario.

ANEXO 6

LAS DIEZ ACCIONES CONTRA EL HAMBRE CRÓNICA VENTANA DE LOS MIL DÍAS

1	Promoción y apoyo de la lactancia materna.
2	Mejoramiento de la alimentación complementaria, a partir de los seis meses de edad.
3	Mejoramiento de prácticas de higiene incluyendo el lavado de manos.
4	Suplementación de vitamina A
5	Suplementación de zinc terapéutico en el manejo de la diarrea.
6	Provisión de micronutrientes en polvo.
7	Desparasitación y vacunación de niños y niñas.
8	Suplementación de hierro y ácido fólico para prevención y/o tratamiento de la anemia en mujeres embarazadas.
9	Prevención de la deficiencia de yodo, a través de sal yodada.
10	Fortificación con micronutrientes a los alimentos básicos.

Fuente: Plan Hambre Cero

ANEXO 7

ACCIONES A CARGO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL EN EL MARCO DE LA VENTA DE LOS MIL DÍAS

1. Entrega de alimento complementario: Se debe contar en el Primer y Segundo Nivel de Atención con el Alimento Complementario para mujer y niños, para ser distribuido en las Áreas con mayor prevalencia de casos de desnutrición.
2. Monitoreo de crecimiento: desde el nacimiento hasta los cinco años con observancia de las normas de detección oportuna de la desnutrición.
3. Vacunación, entrega de micronutrientes y tratamiento de enfermedades asociadas a la desnutrición (infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas): aseguramiento de existencia de insumos y equipo para la atención oportuna en todos los niveles de atención.
4. Abastecimiento anticipado de tratamiento para la desnutrición aguda: Previo a los meses críticos de incremento de casos de desnutrición aguda (marzo y abril), bajo el liderazgo de PROSAN, realizar una revisión y análisis en las Áreas de Salud para establecer cuál es la situación del abastecimiento del Alimento Terapéutico Listo para Consumo (ATLC) y otros insumos contemplados en el Protocolo de Tratamiento Ambulatorio de niños con desnutrición aguda severa y moderada sin complicaciones.
5. Dirección de SIAS y sus equipos técnicos y unidades de Supervisión, de forma conjunta con PROSAN, programan y gestionan la realización de procesos de capacitación y actualización de personal para la búsqueda pasiva y activa de desnutrición, así como los recursos necesarios para estos procesos.
6. Implementación de acciones de búsqueda activa de forma coordinada tanto a nivel de SIAS y PROSAN como de autoridades e instituciones locales.
7. Fortalecimiento y optimización del Sistema de Información para garantizar el flujo oportuno de información para la toma de decisiones y aplicación de medidas correctivas.

Fuente: SESAN. "Plan de Respuesta para la Atención del Hambre Estacional" 2016.

ANEXO 8

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA REGION CH'ORTI'

CRITERIOS		Ponderación del área	
1	<i>INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO</i>		25%
1.1	<i>Equipo</i>	16%	
1.2	<i>Infraestructura</i>	9%	
2	<i>INSUMOS</i>		25%
2.1	<i>Micronutrientes</i>	7%	
2.2	<i>Vacunas</i>	7%	
2.3	<i>Medicamentos</i>	6%	
2.4	<i>Otros</i>	3%	
2.5	<i>Material educativo</i>	2%	
3	<i>RECURSOS HUMANOS</i>		30%
3.1	<i>Calidad</i>	30%	
4	<i>CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES CONTRA EL HAMBRE CRONICA</i>		20%
	<i>Total</i>		100%

Fuente: Elaboración propia

Se procedió a cuantificar las diferentes variables que se consideraron para evaluar la calidad.

Son principalmente cuatro variables:

1. Infraestructura
2. Insumos
3. RRHH
4. Cumplimiento de acciones

El primer desafío es cómo ponderar cada variable. Se debe de ponderar de acuerdo a la importancia de cada una de ellas en el problema.

En este caso, se le otorgo mayor proporción al RRHH y menor al cumplimiento de acciones. Considerando que esta última es el resultado de las primeras tres.

También se pondero cada subvariable. En el caso de Infraestructura se dio mayor proporción al equipo que a infraestructura. Considerando que es más importante el equipo que la infraestructura.

Por el lado de los insumos se dio mayor importancia a los micronutrientes y vitaminas. Teniendo menor importancia el material educativo.

El recurso humano se pondero de la misma forma la calidad y la cantidad.