

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

CALIDAD DE LA ATENCIÓN NUTRICIONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER Y
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ,
GUATEMALA.2017.
TESIS DE GRADO

BRENDA LUCRECIA PAZ CALDERÓN
CARNET 11600-12

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, JUNIO DE 2017
CAMPUS CENTRAL

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

CALIDAD DE LA ATENCIÓN NUTRICIONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER Y
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ,
GUATEMALA.2017.
TESIS DE GRADO

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

POR
BRENDA LUCRECIA PAZ CALDERÓN

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. MARÍA ISABEL ORELLANA ALEMÁN DE MAZARIEGOS

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. BLANCA AZUCENA MÉNDEZ CERNA

MGTR. MARIA GENOVEVA NÚÑEZ SARAVIA DE CALDERON

LIC. MÓNICA ALEJANDRA MÉNDEZ PAIZ



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

Guatemala, 05 de junio de 2017

Universidad Rafael Landívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Miembros del comité de tesis

Presente

Por este medio me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que he revisado el informe final de tesis de la estudiante **BRENDA LUCRECIA PAZ CALDERÓN**, con número de carné: **11600-12**, el cual se titula:

**“CALIDAD DE ATENCIÓN NUTRICIONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE
PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
SACATEPÉQUEZ, GUATEMALA. 2017”**

El cual considero que cumple los requisitos para la aprobación,

Sin otro particular,

Licda. María Isabel Orellana Alemán de Mazariegos, PhD.
Asesora
Colegiada: 951



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante BRENDA LUCRECIA PAZ CALDERÓN, Carnet 11600-12 en la carrera LICENCIATURA EN NUTRICIÓN, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09373-2017 de fecha 15 de junio de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

CALIDAD DE LA ATENCIÓN NUTRICIONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ, 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

AGRADECIMIENTOS

A mi Alma Mater	La Universidad Rafael Landívar por todo el conocimiento aprendido y la formación de profesionales con valores
A la Lic. María Isabel Orellana	Por ser mi asesora en esta tesis, y guiarme en todo este proceso.
A los Auxiliares de enfermería	Por todo el apoyo brindado durante la realización de este estudio
A la Dirección de Área de Salud de Sacatepéquez	Por darme la oportunidad de realizar este estudio en tan lindo departamento.
A la Lic. Andrea García	Por el apoyo durante mis practicas comunitarias y en la realización de mi tesis.
A la Lic. Nadia Tobar	Por ser mi revisora de tesis, brindarme apoyo y guiarme en este proceso.

DEDICATORIA

- | | |
|---|---|
| A Dios | Por ser siempre mi fortaleza y mi inspiración en servir. |
| A mis padres | Por darme la oportunidad de ser profesional, gracias por todo el apoyo tanto económico como sentimental. |
| A mis abuelos | Por ser mis segundos padres y mis modelos a seguir. |
| A los auxiliares de enfermería | Por toda la dedicación y esmero que brindan día con día en sus comunidades, Guatemala llegará a ser grande por su servicio. |
| A todos los niños con desnutrición en Guatemala | Para que un día lleguemos a una Guatemala sin desnutrición, más prospera y con un mejor futuro. |

ABREVIATURAS UTILIZADAS

PROSAN:	Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional
MSPAS:	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ENSMI:	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
CC:	Centro Comunitario
P/S:	Puesto de Salud
C/S:	Centro de Salud
CAP:	Centro de Atención Permanente
LME:	Lactancia Materna Exclusiva
OMS:	Organización Mundial de la Salud
IGSS:	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
ONG:	Organización No Gubernamental
DA:	Desnutrición Aguda
DC:	Desnutrición Crónica
SIINSAN:	Sistema de Información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
AE:	Auxiliar de Enfermería
EP:	Enfermera Profesional
ATCL:	Alimento Terapéutico Listo para el Consumo

RESUMEN

Antecedentes: La atención nutricional es un aspecto, que ha ganado importancia científica en la prevención y tratamiento de enfermedades. Sin embargo no se ha logrado alcanzar en la práctica la calidad de atención nutricional esperada.

Objetivo: Determinar la calidad de atención nutricional en los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención del departamento de Sacatepéquez.

Materiales y Métodos: Fueron analizados 32 servicios de salud del departamento de Sacatepéquez. Se evaluó a 32 auxiliares de enfermería y se entrevistó a 82 usuarios. Las variables estudiadas fueron: accesibilidad al servicio de salud, equipo de medición nutricional, abastecimiento de insumos, conocimiento del personal, satisfacción del usuario y efectividad del PROSAN.

Resultados: Todos los servicios de salud cuentan con instalaciones físicas para brindar la atención, la gran mayoría se encuentran accesibles a la población general. Todos los servicios disponen del equipo de medición antropométrica, aunque el estado de estos en algunos casos no es adecuado. Se encontró desabastecimiento de insumos en cuanto ATLC y Vitamina A de 100,00 U y 200,000 U. En los Centros Comunitarios y Puestos de Salud, el conocimiento del personal sobre las normas de atención no es el adecuado. En opinión de los usuarios es satisfactorio el servicio brindado. No se reflejó efectividad en el PROSAN pues se encontró un aumento del 43.7% en el reporte de casos de Desnutrición Aguda.

Conclusiones: La atención nutricional en los servicios de salud del departamento de Sacatepéquez no cumple con todos los estándares de calidad necesarios para una calificación adecuada.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACIÓN	4
IV. ANTECEDENTES	5
V. MARCO TEÓRICO	8
1. Calidad de atención	8
2. Atención en Salud	11
2.1 Primer nivel	12
2.1.1 Cobertura	13
2.1.2 Recursos	13
2.2 Segundo nivel de Atención en Salud	14
3. Desnutrición en Guatemala	15
4. Plan estratégico “ventana de los 1000 días”	18
VI. OBJETIVOS	20
VIII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	21
IX. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS	25
X. RESULTADOS	29
XI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	47
XII. CONCLUSIONES	55
XIII. RECOMENDACIONES	56
XIV. BIBLIOGRAFÍA	57
XV. ANEXOS	61
Anexo 1.1	61
Anexo 1.2	62
Anexo 2.1	63
Anexo 2.2	64
Anexo 3.1	65
Anexo 3.2	66
Anexo 4.1	67
Anexo 4.2	68
Anexo 5.1	69
Anexo 5.2	75
Anexo 6.1	76
Anexo 6.2	77
Anexo 7.1	78
Anexo 7.2	79
Anexo 8	80

I. INTRODUCCIÓN

La desnutrición en Guatemala continua siendo un problema nacional evidenciado por la alta prevalencia según los resultados de la Encuesta Nacional Materno Infantil (ENSMI) realizada en 2015, con un 46.5%.

Las acciones para la reducción de esta cifra se incluyen en el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PROSAN) que es ejecutada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en el primero y segundo nivel de atención. En el programa se incluyen acciones para la prevención de la desnutrición entre los primero 1000 días de vida.

El primer nivel de atención es el primer contacto de la población con el sistema de salud, por lo que es el lugar indicado para la prevención de diferentes tipos de enfermedades, incluyendo la desnutrición crónica. Así también se deben medir los resultados obtenidos de las acciones de prevención para poder observar el comportamiento ante los programas propuestos, en este caso los programas del PROSAN, específicamente la ventana de los 1000 días.

Es por esto que el presente trabajo se enfoca en identificar la calidad de atención nutricional brindada en el primero y segundo nivel de atención en salud, específicamente en acciones de prevención de la desnutrición crónica. Para medir la calidad en términos nutricionales se utilizaron diferentes variables como la accesibilidad, equipo de medición antropométrica, abastecimiento de insumos, conocimiento del personal de salud y aceptabilidad del servicio.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PROSAN) tiene como objetivo contribuir al mejoramiento de la situación nutricional de la población guatemalteca más vulnerable, a través de acciones integrales para la reducción de la inseguridad alimentaria. Entre este programa se incluye “La ventana de los mil días” orientada a niños desde la concepción hasta los primeros 2 años de vida.

Sin embargo la prevalencia de la desnutrición crónica continua siendo alta en el país, según los resultados la encuesta nacional de salud materno infantil (ENSMI), realizado en 2015 el 46.5% de la población menor de cinco años sufre desnutrición crónica. La desnutrición tiene causas multifactoriales, entre las cuales se puede mencionar la pobreza, practicas incorrectas de lactancia materna, la mala alimentación, falta de higiene durante la preparación de alimentos, prevalencia de diarrea, parasitosis, entre otras.

La principal consecuencia de la desnutrición es la reducción en el desarrollo cerebral, que puede afectar tanto a mediano como a largo plazo. Los niños que sufrieron o sufren desnutrición tienen un bajo rendimiento escolar, con alta probabilidad de deserción escolar. A largo plazo se obtiene un individuo con pocas posibilidades de superación, el cual no puede obtener un trabajo digno y no obtiene los ingresos necesarios para subsistir.

La desnutrición junto con sus consecuencias puede ser prevenida por medio de la promoción de la salud y nutrición en los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención, que, al ser el primer contacto de salud con la población, tienen una gran oportunidad de prevención de varias enfermedades, incluida la desnutrición. En Guatemala existen 969 establecimientos considerados como del primer nivel de atención, entre estos se incluyen Centros Comunitarios (CC), Puestos de Salud (P/S), Centros de Salud (C/S) y Centros de Atención Permanente (CAP). Sin embargo en este nivel son evidentes ciertas deficiencias, lo cual afecta la calidad de atención.

Entre dichas deficiencias se pueden identificar, entre otras, la escasez de personal, el bajo empoderamiento de información acerca de nutrición, la carencia de material educativo, la falta de insumos, las condiciones del equipo de medición antropométrica, la falta de comunicación efectiva a la madre, la ausencia de sistemas de monitoreo y seguimiento del crecimiento y desarrollo del infante y la baja tasa de asistencia al puesto o centro de salud, las cuales hacen que la calidad de atención nutricional en las clínicas del niño sano sea deficiente y por lo tanto falle el sistema de prevención de enfermedades en la ventana de los mil días.

Pregunta de investigación:

¿Cómo es la calidad de atención nutricional en el primero y segundo nivel de atención en salud del departamento de Sacatepéquez?

III. JUSTIFICACIÓN

La desnutrición crónica sigue siendo de alta prevalencia en Guatemala, con un 46.5% según la encuesta nacional materno infantil de 2015. Las consecuencias de la desnutrición es lo más alarmante para el país, pues tienen repercusiones a lo largo de la vida. Se ha comprobado que el cerebro de un niño desnutrido tiene menos conexiones neuronales y es más ligero que el de un niño con buen peso. A mediano y largo plazo se observan dificultades de aprendizaje, con una alta probabilidad de deserción escolar y por ende menores oportunidades de trabajo. Consecuentemente se obtienen individuos poco productivos, con baja escolaridad y limitada participación en la vida productiva del país.

En los países en vías de desarrollo, aproximadamente 195 millones de niños menores de 5 años sufren de retraso en el crecimiento y 129 millones sufren de bajo peso. Así mismo la desnutrición materna provoca al menos 19 millones de nacimientos con niños de bajo peso al nacer. La utilización de la lactancia materna exclusiva (LME) podría prevenir la mortalidad infantil, sin embargo únicamente un 37% de mujeres proporcionan LME en los países en vías de desarrollo. (17)

Todo esto puede ser prevenido por medio de la atención en los servicios de salud de primer y segundo nivel. Brindando un control pre-natal adecuado y suplementación en las mujeres embarazadas. Vacunación, monitoreo de control de peso y talla, suplementación de micronutrientes y desparasitación a los niños menores de 5 años. Así como proporcionar asesoría nutricional, asesoría en lactancia materna, entre otras.

Es por esto que la utilidad del presente estudio sobre las buenas prácticas en la atención nutricional en la clínica del niño sano de los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención es relevante para identificar aspectos débiles de la misma e incidir en la toma de decisiones en la identificación de aquellas estrategias para el fortalecimiento de estos niveles de atención de salud, específicamente en el área nutricional.

IV. ANTECEDENTES

La atención nutricional es un aspecto, que con el tiempo ha ganado importancia científica en la prevención y tratamiento de enfermedades. Sin embargo, a pesar de esto, no se ha logrado alcanzar en la práctica la calidad de atención nutricional esperada.

En el estudio realizado por Brito en junio 2015 en Brasil, sobre la percepción de las mujeres del área rural en cuanto a la atención del primer nivel, los resultados muestran que las mujeres tienen una baja fidelidad al primer nivel de atención, las razones expresadas fueron que este era un lugar en donde únicamente las referían y no las trataban, además de ofrecer una mala calidad de atención debido a la rápida y fragmentada atención.

En México, el estudio realizado por Reyes en marzo de 2013, sobre la percepción de los usuarios acerca de la calidad de atención ambulatoria en servicios de salud demuestra que la buena percepción de atención se elevó de 82 a 85% entre los años 2006 y 2012, entre las razones encontradas para este aumento son: la explicación sobre la enfermedad y el tratamiento, la consulta sin cita previa, la oportunidad de elegir el servicio de salud y el menor tiempo de espera.

Por otra parte, Da Silva en su estudio, realizado en Brasil y publicado en octubre de 2015, evaluó 2 diferentes percepciones por parte de las partes involucradas en la atención primaria, la visión del usuario y la de los profesionales prestadores del servicio. Los resultados indican que la accesibilidad del servicio es muy baja por ambas partes. Los profesionales puntuaron bien los demás aspectos, sin embargo los usuarios otorgaron baja puntuación a los servicios como orientación comunitaria, orientación familiar y servicios disponibles.

Bautista en junio de 2012, publicó el estudio “gestión de gobiernos locales en la calidad de la atención de la salud para niños”, realizado con el fin de evaluar los programas implementados en Colombia. El resultado indica que no se encontró evidencia que demostrara que estos gobiernos locales desarrollaran programas de salud orientados a la niñez y que fuesen específicos a su realidad

epidemiológica. Así entonces las actividades realizadas, tampoco tenían un componente de evaluación de calidad por lo que no se podían enfocar en el mejoramiento de los mismos.

La atención de salud y nutrición es más frecuente durante los primeros 2 años de vida, Fernández en el año 2000, realizó un estudio llamado “calidad de la atención de los menores de dos años en el programa de Desnutrir en el Gran Santiago, Chile”. En él se evaluó el cumplimiento de las normas ministeriales en tres servicios de salud y con esto se construyó un índice de calidad de atención incluyendo 14 actividades. Como resultado se obtuvo que un 35% de los niños recibió su primera atención nutricional en el plazo estipulado, así también se obtuvo el cumplimiento superior de 85% en tres de las 6 acciones normadas. Las acciones menos realizadas fueron la antropometría de los padres con un 23%, análisis de la situación socioeconómica en un 57% y la morbilidad en un 65%.

En Guatemala existen estudios, como la tesis de Echeverría realizada en el año 2000, en el cual se evaluó las condiciones de eficiencia para la prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención de los puestos de salud en la región sur-oeste del departamento de Chimaltenango. En este se encontró que 67% de las condiciones de eficiencias eran muy buenas en los puestos, 33% eran buenas en distritos como San Pedro Yepocapa y Patzún. Entre los aspectos evaluados, la categoría de infraestructura obtuvo un resultado de excelente, sin embargo la categoría de recurso humano obtuvo una calificación de regular debido a la falta de personal.

Fort, realizó un estudio en Guatemala en el año 2011 acerca de la implementación y el progreso de un modelo de atención primaria incluyente, en este se evaluó la cobertura, la calidad y la utilización. Se obtuvo como resultado un 100% de cobertura en la vacunación en recién nacidos, en comparación con el 25.6% de la vacunación nacional. Así mismo, se obtuvo un 95.6% de cobertura en la vacunación de niños de 12 a 23 meses en el área de Boca costa de Sololá y un 92.7% en San Juan Ostuncalco, esto en comparación a un 71.2% de vacunación nacional. Por último se obtuvo que la utilización del servicio aumento

en ambos lados, sólo un 7.5% no lo hizo en Sololá y un 11.2% en San Juan Ostuncalco.

Para medir la calidad es necesario el desarrollo de instrumentos e indicadores de medición. Al respecto, Ramírez en su estudio realizado en 2015, desarrolla y valida un indicador que mide la calidad del servicio en la atención primaria de salud, esto con el fin de proveer nuevas variables para el estudio de la eficiencia técnica. Este indicador se desarrolló con base en una extensa revisión bibliográfica, recopilación de información primaria y secundaria, aplicación de encuestas, grupos focales y juicio de expertos. En este incluyen dimensiones como el recurso humano y el factor capital, cada uno de estos se subdivide en más dimensiones que reciben una ponderación específica. Este instrumento se utilizó en 259 centros de salud familiar para presentar los resultados.

La tesis de posgrado de Paz realizada en Quetzaltenango en el año 2014 evalúa la calidad de atención de la estrategia “ventana de los mil días” en el segundo nivel de atención. Menciona la importancia de la calidad para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud. Esta tesis evaluó la calidad de atención en 8 municipios priorizados por “el pacto hambre cero” en cuanto a la calidad del conocimiento del personal, equipo antropométrico, abastecimiento de insumos e infraestructura. Se determinó que los conocimientos del personal son adecuados, el equipo antropométrico e infraestructura de los establecimientos no cumple con todos los criterios de calidad y se evidenció el desabastecimiento. Por lo tanto concluyó que no hay cumplimiento de todos los componentes de calidad de atención en el segundo nivel de atención en estos municipios.

V. MARCO TEÓRICO

1. Calidad de atención

La calidad de atención en un servicio de salud se puede medir a partir de varios atributos entre los cuales se puede incluir: accesibilidad (geográfica, económica, organizacional, lingüística, física), aceptación social y satisfacción, efectividad, equidad y eficiencia, entre otros. (15)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad de atención en un sistema de salud debe enfocarse en las mejoras de 6 aspectos o dimensiones:

1. Efectivo: sistema que se adhiera en la evidencia de resultados para mejorar la salud de los individuos y la comunidad, basada en sus necesidades.
2. Eficiencia: brindar el servicio de salud de manera que se maximice el recurso y que no haya desperdicio de los mismos.
3. Accesible: que la atención sea brindada en un tiempo oportuno, con una localización geográfica razonable.
4. Aceptado por el usuario: que la atención de salud tome en cuenta las preferencias y aspiraciones de los individuos, así como la cultura de la población.
5. Equitativo: la calidad del servicio brindado no varía por las características de cada persona, género, etnia, raza, locación geográfica o condición socioeconómica.
6. Seguro: brindar un servicio de salud que minimice el riesgo y el daño a los usuarios.

(16)

Así también la OMS distingue tres determinantes en un modelo de la salud de la población, entre los cuales incluye:

- Determinantes estructurales
- Determinantes individuales
- Determinantes asociados al sistema de salud

Este último incluye las condiciones de acceso, la calidad del servicio prestado, la oferta de salud, entre otros. Todo esto se ve influenciado por las condiciones socio-políticas del país, principalmente las prioridades de políticas públicas. (13)

Otro aspecto importante al estudiar la calidad es la gerencia de calidad, esta es considerada como la provisión de técnicas y herramientas para mejorar la calidad de todo el sistema. El propósito es mantener de manera continua los valores y la participación de los usuarios. Al estudiar la calidad se debe analizar con enfoque de sistema, constituido por el conjunto formado por la estructura organizacional, los procedimientos, procesos y recursos necesarios tanto materiales, de personal así como otros. (15)

La gerencia de calidad en los servicios de salud busca el logro de:

- Un alto nivel de excelencia profesional
- Uso eficiente de los recursos
- Utilización de los recursos locales
- Racionalización de los servicios
- Mínimo riesgo para los usuarios
- Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios
- Impacto final en la salud
- Máxima accesibilidad y equidad
- Integración de la población
- Cooperación intersectorial e interinstitucional

(15)

Los atributos o componentes de la calidad que son encontrados más frecuentemente en la literatura son: eficiencia, efectividad, calidad científico técnica (competencia y desempeño profesional), accesibilidad y satisfacción o aceptabilidad del usuario.

- Accesibilidad: Los servicios son utilizados por quienes lo necesitan
- Calidad científico técnica: es el grado de aplicación de los conocimientos y tecnologías más actuales
- Calidad experimentada o percibida: Los servicios satisfacen las necesidades y las expectativas de los usuarios.

(15)

El aseguramiento de la calidad es el proceso y subprocesos de planificación para la calidad. Incluye el desarrollo del objetivo y visión de la calidad, la fijación de estándares, la elaboración de indicadores, la recolección de información para monitorear el cumplimiento de los estándares, la identificación de dificultades y la aplicación de soluciones. Para asegurar la calidad de la atención es necesario vigilar el entorno donde se desarrolla la institución y para ello hay que monitorearlo de forma permanente. (15)

Otra manera de abordar la calidad en los sistemas de salud es el diferenciar los roles y responsabilidades en diferentes partes de un sistema. El rol principal de la calidad es apoyar el papel de la política y el desarrollo de la estrategia, para esto se necesita que todo el sistema de salud tenga compromiso con estos objetivos. Sin embargo debe ser controlado principalmente tanto por instituciones nacionales como regionales. Las decisiones de las mismas deben revisar el desempeño de todo el sistema de salud, y con esto proponer mejoras para garantizar la calidad de los resultados. (16)

Este proceso es simple, y no debería proponer ninguna actividad que sea desconocida para los entes reguladores. Debe basarse en experiencia práctica de los gobiernos para poder tomar decisiones informadas acerca de cómo mejorar la calidad en atención de salud.

2. Atención en Salud

Según el Código de Salud, la salud se define como “un producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social, a nivel individual y colectivo, a fin de procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental y social”. Según la Organización Mundial de la Salud –OMS- la salud se define como un estado completo de bienestar físico, mental y social, es decir, se concibe a la salud como un concepto más amplio que la simple ausencia de enfermedad. (13)

La salud es un derecho garantizado según el artículo 93 de la Constitución Política de la República, así como por el Código de Salud en el decreto 90-97. La Constitución, en el artículo 94 establece la obligación al Estado sobre la salud y la asistencia social. Por su parte, el Código de Salud establece la obligación del Estado de velar por la salud de los habitantes, manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, siendo el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) el encargado de garantizar la prestación de servicios gratuitos. (13)

Los actores principales del sector de salud son:

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
- Las municipalidades
- Universidades y entidades formadoras de recursos humanos
- Entidades privadas, ONG, organizaciones comunitarias y agencias de cooperación
- Los colegios profesionales

Los niveles de atención se definen de la siguiente forma:

- Nivel de Atención I: es el primer contacto de la población con los servicios de salud, por medio de establecimientos y acciones comunitarias contempladas en los servicios básicos de salud. En este nivel se encuentran el Centro Comunitario de Salud, el Puesto de Salud y el

Puesto de Salud Fortalecido. Los servicios básicos también pueden ser prestados por ONG y organizaciones comunitarias, previ6 haber suscrito un convenio con MSPAS.

- Nivel de Atenci6n II: Se prestan servicios de salud ampliados, dirigidos a solucionar problemas de pacientes referidos por el primer nivel o aquellas que por demanda o urgencia acudan a instituciones de este nivel. Entre los servicios se encuentran: medicina general, Rayos X y emergencias, cuatro especialidades b6sicas (cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría general y medicina interna) y las subespecialidades de traumatología y ortopedia y salud mental. Los establecimientos de este nivel son Centros de Salud y Hospitales Generales.
- Nivel de Atenci6n III: Se prestan servicios de salud de alta complejidad dirigidos a pacientes referidos de los niveles de atenci6n anteriores o que acudan de forma espontánea o por urgencia. Los establecimientos típicos de este nivel son los Hospitales Regionales, Hospitales Nacionales y Hospitales Especializados de Referencia Nacional.

(13)

2.1 Primer nivel

En Guatemala el primer nivel de atenci6n es el primer contacto que tiene la poblaci6n con la red de servicios de salud. Este primer nivel se basa en acciones de promoci6n, prevenci6n, recuperaci6n y rehabilitaci6n, con el fin de resolver problemas de salud en el ámbito comunitario. El puesto de salud es el establecimiento encargado de prestar los servicios de salud de primer nivel, puede estar ubicado en aldeas, cantones, caseríos y barrios de municipios. (11)

1. Centro Comunitario de Salud: Tiene bajo su área de responsabilidad la atenci6n a una poblaci6n menor de 1500 personas. En él participan directamente miembros de la comunidad (guardián de salud, voluntario de vectores y comadrona tradicional), y personal del Ministerio (auxiliar de enfermería, técnico en salud rural y médico ambulatorio).

2. Puesto de Salud: Se ubica en aldeas, cantones, caseríos y barrios de los municipios. Tiene una cobertura de 2000 personas. El recurso humano básico es el auxiliar de enfermería.
3. Puesto de Salud Fortalecido: Establecimiento de mayor complejidad del primer nivel de atención, ubicado en aldeas, cantones, caseríos, barrios o en algunas cabeceras municipales. Cubre una población promedio de 5000 habitantes.

(13)

2.1.1 Cobertura.

En Guatemala el MSPAS tiene una cobertura en salud del 75.6% con 1101 establecimientos del primer nivel de atención, sin embargo el sistema de salud está dividido en subsistemas, que estos a su vez están fragmentados, teniendo poca coordinación e integración por lo que no ofrecen la calidad esperada en los servicios de salud necesarios para la población. Así también se debe mencionar que el ministerio no cuenta con un buen sistema de supervisión, monitoreo y evaluación de los servicios de salud que ofrece. (14)

El Puesto de Salud cubre aproximadamente dos mil habitantes en áreas comunitarias. Sin embargo un puesto de salud fortalecido puede llegar a cubrir una población promedio de hasta 5000 habitantes.

2.1.2 Recursos.

Los puestos de salud cuentan con recurso humano básico, en los que se incluye los Auxiliares de Enfermería para la atención de la población, al brindar servicios básicos de salud, regidos por las normas del MSPAS.

El Ministerio es el encargado de dar el presupuesto para todas las direcciones de área de salud de cada departamento para la ejecución de los programas en cada uno de los puestos de salud. Este puede ser encontrado en la página electrónica del ministerio, en donde se especifica el presupuesto por cada renglón de la entidad, se incluye renglones como personal permanente, personal por contrato, mantenimiento y reposición de equipo médico, viáticos, extracción

de basura y destrucción de desechos sólidos, impresión y encuadernación, entre otros. (11, 12).

El MSPAS, en el año 2016 contaba con 57,315 personas contratadas, siendo el personal administrativo y auxiliar de enfermería los mayoritariamente contratados.

(14)

2.2 Segundo nivel de Atención en Salud

Desarrolla un conjunto de servicios ampliados de salud dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas de los establecimientos del Primer Nivel de Atención o aquellas que por demanda espontánea y urgencias acudan a los establecimientos de este nivel. (11)

1. Centro de Salud: Es el establecimiento de los servicios públicos de salud del Segundo Nivel de Atención ubicado en el ámbito municipal, brinda a la población servicios de salud ampliados.
2. Centro de Salud tipo A: Cuentan con servicios de encamamiento de treinta a cincuenta camas, están situados en áreas de difícil acceso y en centros urbanos de alta concentración poblacional. Tienen un área de cobertura entre 10 mil y 20 mil habitantes. Brindan atención de urgencias médicas y pediátricas.
3. Centro de Salud tipo B: Brindan servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a las personas y acciones al ambiente. Tiene un área de cobertura comprendida entre cinco y 10mil habitantes.
4. Centro de Atención Permanente (CAP): Cuentan con servicios de atención médica permanente, con resolución de parto no complicado, estabilización y referencia de urgencias. Cuentan con encamamiento y salas de atención de parto. Desarrolla actividades de atención ambulatoria extramuros, fundamentalmente en los hogares maternos.

5. Centro de Atención de Pacientes Ambulatorios (CENAPA): Están ubicados en cabeceras municipales, cubre una población promedio de 10 mil habitantes. Las acciones que brinda son de promoción, prevención, curación y recuperación, dirigidas a las personas y al ambiente, con énfasis en programas prioritarios. No cuenta con encamamiento y en caso de desastres o emergencias prestarán atención permanente.
6. Centro de Atención Integral Materno-Infantil (CAIMI): Están ubicados en cabeceras municipales con énfasis en la salud materna infantil, por su accesibilidad permite ser centro de referencia para otros servicios del primero y segundo nivel de atención, cuenta con encamamiento, sala de urgencias, sala de partos y quirófano, para la resolución de urgencias obstétricas (cesáreas).

(11)

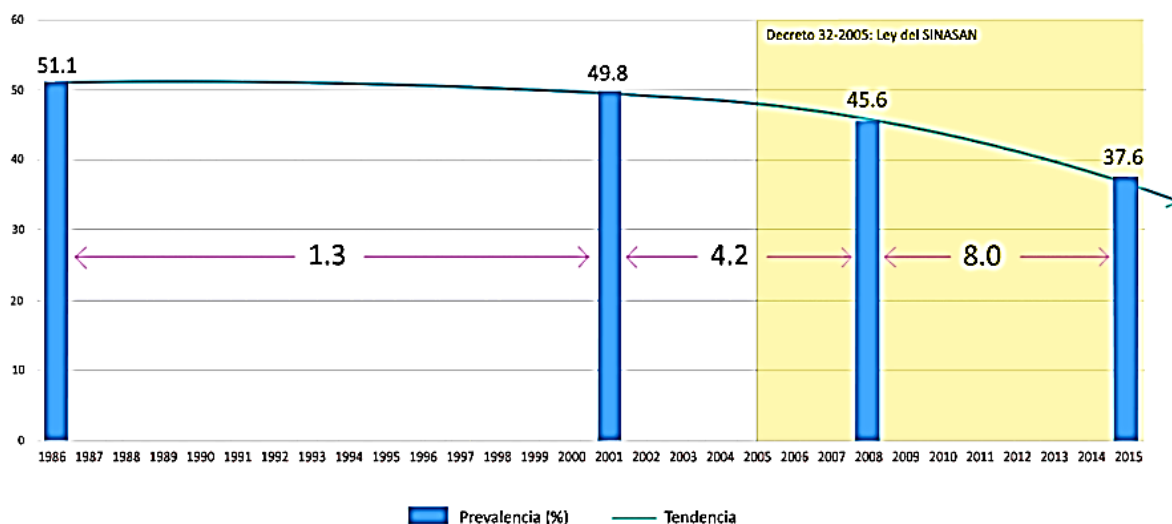
3. Desnutrición en Guatemala

La desnutrición puede ser clasificada en dos diferentes tipos, la desnutrición aguda (DA) y la desnutrición crónica (DC). La desnutrición aguda es la resultante de un desequilibrio entre el aporte y el gasto de nutrientes, se ve reflejada con una pérdida de peso en relación a la talla. La desnutrición crónica es aquella que se da debido a un periodo de hambruna en un lapso prolongado, que consecuentemente puede ser observado a través del crecimiento físico, así como en el desarrollo intelectual. (18)

En Guatemala la desnutrición crónica está presente en aproximadamente 46.5% de la población menor de 5 años según la encuesta nacional de salud materno infantil realizada en 2015. Por otra parte en el tercer censo de talla edad, refiere que un 45.6% de la población entre 6 a 9 años sufre de DC, en el cual se analizaron aproximadamente 461,743 niños y niñas. Así también en el último censo de talla para la edad se obtuvo que 37.6% de la población entre 6 a 9 años sufre de DC, sin embargo en este censo únicamente se evaluaron a 385,370

niñas y niños. Esto se puede observar en la imagen 1 presentada a continuación.
(19)

Imagen 1 tendencia por prevalencia de desnutrición crónica en escolares de primer grado de primaria del sector público, según año censado



Fuente: IV censo para la talla, 2015

La desnutrición crónica es multifactorial, entre las causas se puede encontrar la ingesta inadecuada, recursos económicos bajos, agua insegura, desastres naturales, precios de los alimentos. Las consecuencias de la DC se pueden plasmar en el desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño y, más a futuro en su productividad durante la edad adulta y en el desarrollo del país. Durante el periodo comprendido entre la concepción y el segundo año de vida, el cerebro humano se desarrolla en una velocidad mayor a cualquier otra etapa, el desarrollo cerebral se ve afectado por condiciones como la restricción de alimentos, tomografías cerebrales, como se puede observar en la imagen 2, demuestran la reducción en las conexiones cerebrales de un niño desnutrido comparado con un niño sano. Se estima que la pérdida de productividad de un niño desnutrido equivale al 10% de los ingresos medios que conseguirá durante su vida y que una apuesta por la nutrición podría aumentar entre un 3 y un 10% el PIB de un país en vías de desarrollo como es el caso de Guatemala. (18)

Imagen 2 Deterioro del desarrollo psicomotor en la desnutrición crónica

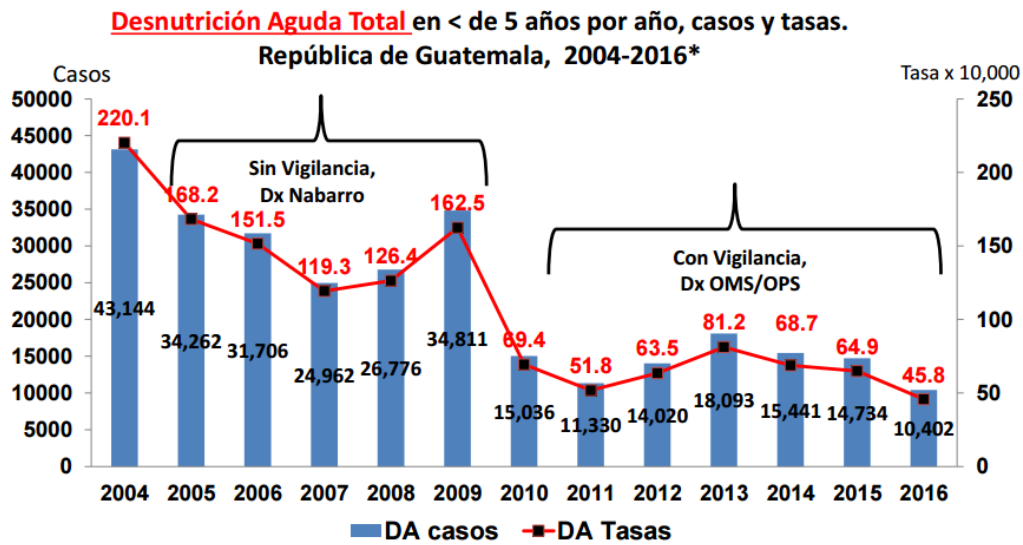


Fuente: acción contra el hambre 2014

Los indicadores siguen siendo elevados, sobre todo para la población indígena, donde el 61.2% de los niños y niñas de 3 a 59 meses sufren de desnutrición. Además, el llamado corredor seco (departamentos del oriente, centro y litoral del pacífico de Guatemala) sufren de niveles de desnutrición alarmantes que merecen atención prioritaria.

En el año 2015 se reportó un total de 14,734 casos de DA, representando un 64.9% de la población menor de 5 años. Para el año 2016, el Sistema de Información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SIINSAN) tenía registrado hasta la semana epidemiológica 37, 10,402 casos de niños menores de 5 años con desnutrición aguda que representa una tasa de 45.8 por 10,000 habitantes. Esto se puede ver plasmado en la imagen 3 presentada a continuación. (21)

Imagen 3



Fuente: SIGSA-18, Datos preliminares por actualización de las áreas de salud. * Hasta la semana 37

Fuente: SIINSAN, 2016

4. Plan estratégico “ventana de los 1000 días”

El programa Ventana de los mil días se da en el marco internacional que busca erradicar la desnutrición crónica a través de la atención del niño en sus primeros mil días de vida (va desde el embarazo hasta los dos años de edad). Fue concebido como una ventana de oportunidad para combatir la desnutrición crónica, por medio de los controles de medidas antropométricas, en donde pueden ser detectados tempranamente casos de desnutrición aguda y así poder dar soluciones al problema.

Las intervenciones de la Ventana de los Mil Días inician con la atención a la madre embarazada quien debe asistir mensualmente al servicio de salud para evaluarse y saber si su bebé tiene un crecimiento adecuado. Así mismo debe recibir la vacuna antitetánica y micronutrientes como hierro y ácido fólico para garantizar la buena salud de la madre y el desarrollo del bebé.

Así mismo debe recibir educación alimentaria nutricional sobre las buenas prácticas de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y de alimentación complementaria a partir del sexto mes. En este mismo período se inicia también con la ingesta de micronutrientes en polvo, los cuales contienen una serie de vitaminas y minerales que el cuerpo de un niño necesita y que se puede mezclar con su comida para que resulte más nutritivo.

La Ventana de los Mil Días también contempla la desparasitación de los niños a partir de los dos años de edad y la prevención y tratamiento de la desnutrición aguda moderada, a través de visitas al servicio de salud para el control de peso y talla de los infantes. Así, es posible detectar si el niño está desnutrido o corre riesgo de estarlo.

Para ello el Gobierno de Guatemala estableció el Plan del Pacto Hambre Cero 2012-2016, con el apoyo de la OPS, la OMS, la iniciativa privada y la sociedad civil. Este Plan establece la ruta de la atención en salud en los primeros 1000 días de vida.

(20)

Para el procesamiento y reporte de datos recolectados en el primer y segundo nivel de atención, específicamente para los de DA se notifica y registra en el SIGSA 3 y en el SIGSA 5 cuaderno del niño/niña, consolidando semanalmente en el SIGSA 18 en forma mensual. Los instrumentos de registro primario para los indicadores descritos son: SIGSA 5-A Y 3 P/S Y C/S. Para la información hospitalaria, el registro es el SIGSA 3HS. (18)

VI. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la calidad de atención nutricional en los servicios de primer y segundo nivel de atención de salud del departamento de Sacatepéquez

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la accesibilidad por parte de las madres al puesto de salud y centro de salud
2. Identificar la existencia de equipo de medición antropométrica, instrumentos de registro y abastecimiento de insumos del puesto de salud o centro de salud
3. Medir los conocimientos del personal acerca de la norma para atención nutricional en el niño menor a 5 años
4. Evaluar la satisfacción por parte de los usuarios del servicio brindado por el servicio de salud
5. Determinar la efectividad del programa de seguridad alimentaria y nutricional para la reducción de casos de desnutrición aguda
6. Socializar los resultados del estudio

VIII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo mixto incrustado con predominancia cuantitativa, observacional, descriptivo, transversal

Sujetos de estudio

- Prestadores de servicios involucrados con las acciones de la clínica del niño sano.
- Madres de niños menores de 5 años atendidos en la clínica del niño sano

Unidad de análisis

- Centros y puestos de salud que brindan atención nutricional

Contextualización geográfica

Estudio realizado en 32 P/S, 3 C/S y 1 CAP del departamento de Sacatepéquez en los meses de enero y febrero de 2017. Sacatepéquez es un departamento de la república de Guatemala, situado en la región central, limita al norte y oeste con el departamento de Chimaltenango, al sur con el departamento de Escuintla, al este con el departamento de Guatemala. La cabecera departamental es Antigua Guatemala.

Definición de variables

La calidad de atención nutricional definida por el cumplimiento de las siguientes variables:

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Indicador
Accesibilidad	La posibilidad de acceder a cierta cosa o la facilidad de hacerlo	Facilidad de acceso del P/S, C/S o CAP hacia los pobladores de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> - (1): La persona camina menos de 45 minutos para llegar al SS - (2): La persona camina más de 45 minutos para llegar al SS
Equipo de medición antropométrica	Aparato utilizado para comparar magnitudes físicas mediante un proceso de medición	Calidad de los instrumentos utilizados por el personal de salud para la toma de peso y talla en la clínica del niño sano	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuada: Tienen existencia del instrumento, estado bueno o regular, uso correcto o incorrecto - Regular: Tienen existencia del instrumento, estado regular o malo, uso correcto o incorrecto - Inadecuada: No tienen existencia del instrumento

Insumos	Conjunto de elementos que toman parte en la producción de otros bienes	Existencia de insumos para la suplementación y tratamiento de niños menores de 5 años	<ul style="list-style-type: none"> – (1) Abastecido: cuentan con los insumos – (2) Desabastecido: No cuentan con los insumos
Conocimiento	Noción, saber o noticia elemental de algo	Comprensión de las normas de atención a los niños menores de 5 años por parte del personal de salud encargado de clínica del niño sano.	<ul style="list-style-type: none"> – Adecuada (> 85 pts.): El persona tiene buen conocimiento de las normas – Regular (60 a 85 pts.): El personal tiene regular conocimiento – Inadecuada (< 60 pts.): El personal desconoce las normas
Satisfacción	Cumplimiento del deseo o del gusto	Referencia por parte de la madre acerca del servicio brindado en la clínica del niño sano	<ul style="list-style-type: none"> – Adecuada – Regular – Inadecuada

Efectividad	Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera	Reducción de los casos de desnutrición aguda en comparación al año anterior	<ul style="list-style-type: none"> – Adecuada: reducción de un 10% de casos en comparación al año anterior – Regular: reducción de un 5% de casos en comparación al anterior – Inadecuada: reducción de menos de un 5% en comparación al año anterior
Socializar	Extender al conjunto de la sociedad algo limitado ante unos pocos	Exponer los resultados del estudio a las autoridades pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> – Director de área – Nutricionista de área – Médicos de distritos – Consejo técnico

IX. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

A. Selección de los sujetos de estudio

Selección de la muestra

La muestra estuvo integrada de la siguiente forma:

Sujeto de estudio/ Unidad de análisis	Cantidad
Centros comunitarios	11
Puestos de salud/ Centros de convergencia	17
Centros de salud	3
Centro de atención permanente	1
Auxiliares de enfermería	32
Madres de niños menores de 5 años	82

Criterios de inclusión

- ✓ Puestos y Centros de Salud del departamento de Sacatepéquez
- ✓ Personal de salud involucrado en alguna tarea de la clínica del niño sano
- ✓ Madres que asisten a la clínica del niño sano

Criterios de exclusión

- × Puestos o Centros que no cuenten con una estructura física para la atención
- × Personal con experiencia menor a un mes en el área de clínica del niño sano
- × Madres que estén asistiendo por primera vez a la clínica del niño sano

Recursos

- Humanos:
 - Investigador
 - Profesional de salud (Auxiliar de Enfermería)
 - Madres de niños menores de 5 años
 - Asesor de tesis
- Físicos
 - Clínica de atención para el niño menor a 5 años o “clínica del niño sano”
 - Impresora
 - Hojas tamaño carta
 - Carro
- Instrumentos
 - Anexo 1 Boleta de consentimiento informado del personal de salud
 - Anexo 2 Boleta de consentimiento informado del usuario
 - Anexo 3 Boleta de evaluación de la accesibilidad y satisfacción del servicio
 - Anexo 4 Boleta de evaluación del equipo de medición antropométrica
 - Anexo 5 Boleta de evaluación de conocimiento al personal de salud
 - Anexo 6 Boleta de evaluación de insumos
 - Anexo 7 Boleta de efectividad del programa de seguridad alimentaria y nutricional

B. Recolección de datos

FASE 1: Información del estudio al personal del puesto de salud

- 1) Se explicó el estudio al personal de salud y la forma en la que podían participar.
- 2) Se brindó la hoja de consentimiento informado del Anexo 1 para su autorización antes de seguir con el estudio.

FASE 2: Observación de la Clínica del Niño Sano

- 1) Se observó y verificó, siguiendo las instrucciones del Anexo 4, la existencia del equipo de medición antropométrica.
- 2) Se evaluó el estado y la utilidad del equipo de medición antropométrica, utilizando el Anexo 4.
- 3) Se observó y evaluó la utilización del equipo de medición antropométrica, siguiendo las instrucciones del Anexo 4.

FASE 3: Evaluación al personal

- 1) Se realizó una prueba sobre conocimientos de nutrición al personal de enfermería que labora para la clínica del niño sano, utilizando la boleta del Anexo 5.

FASE 4: Evaluación del abastecimiento de insumos

- 1) Se evaluó la existencia de insumos mínimos necesarios para la suplementación, y el seguimiento de acciones en la clínica del niño sano, siguiendo las instrucciones del Anexo 6.

FASE 5: Evaluación de la accesibilidad y satisfacción del servicio

- 1) Se informó del estudio a las madres y se brindó la hoja de consentimiento informado del Anexo 2 a aquellas que estuvieron anuentes a participar.
- 2) Se evaluó la accesibilidad del P/S o C/S, según las instrucciones del Anexo 3.
- 3) Se evaluó la satisfacción por parte del usuario, por medio de una encuesta corta, según el Anexo 3.

FASE 6: Evaluación de la efectividad del programa de seguridad alimentaria y nutricional

- 1) Se llenó el Anexo 7 a partir de los datos brindados por el personal de salud del puesto o por la encargada del PROSAN en la Dirección de Área de Salud de Sacatepéquez.

C. Procesamiento y análisis de datos

Se ingresaron los datos obtenidos a una hoja de datos en Excel. Los datos se presentan en forma de estadística descriptiva, utilizando tablas graficas e hipótesis del resultado encontrado.

D. Aspectos éticos

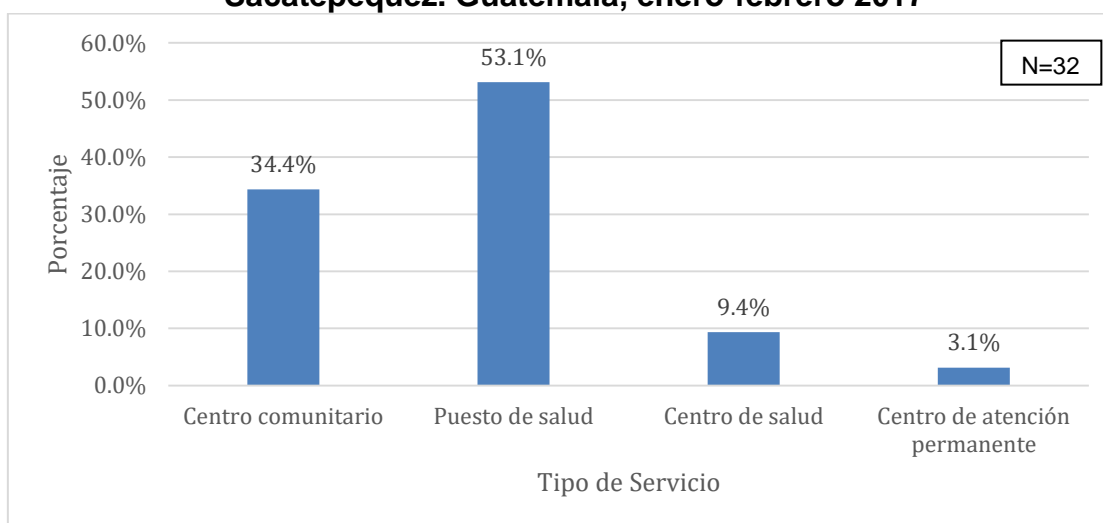
El estudio se ajustó a los siguientes aspectos éticos: beneficencia, respeto a las personas y no maleficencia. De los datos obtenidos se utilizaran únicamente para fines académicos y se darán recomendaciones para mejorar la calidad de los servicios de salud.

X. RESULTADOS

A. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

Se estudió un total de 32 servicios de salud del departamento de Sacatepéquez, entre estos se incluyeron centros comunitarios, puestos de salud, centros de salud y centro de atención permanente

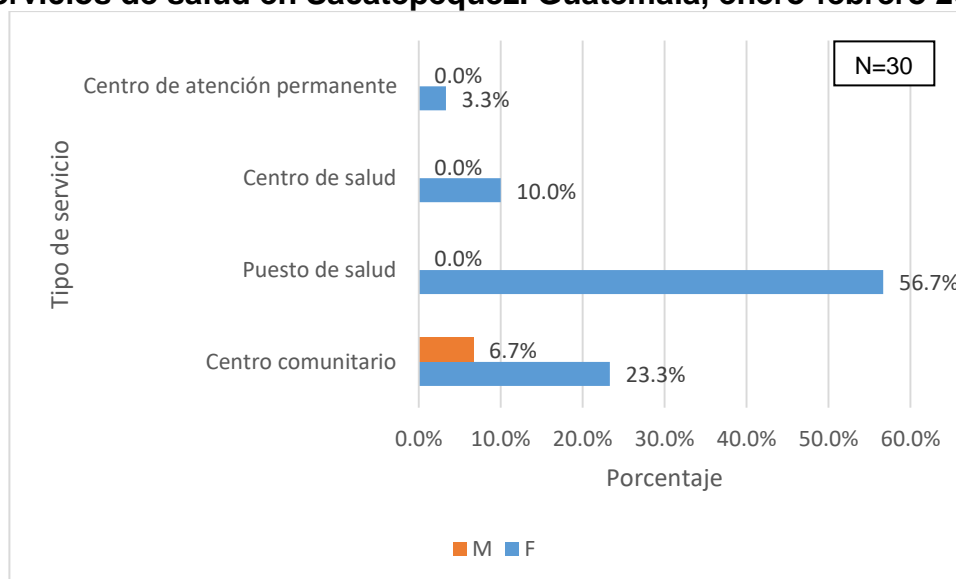
Gráfica 1 Clasificación de los servicios de salud en el departamento de Sacatepéquez. Guatemala, enero-febrero 2017



Fuente: elaboración propia

En la gráfica 1 se puede observar la distribución de servicios de salud en el departamento, siendo estos en su mayoría P/S, seguido por CC, estos servicios representan el primer contacto de la población con la atención de salud.

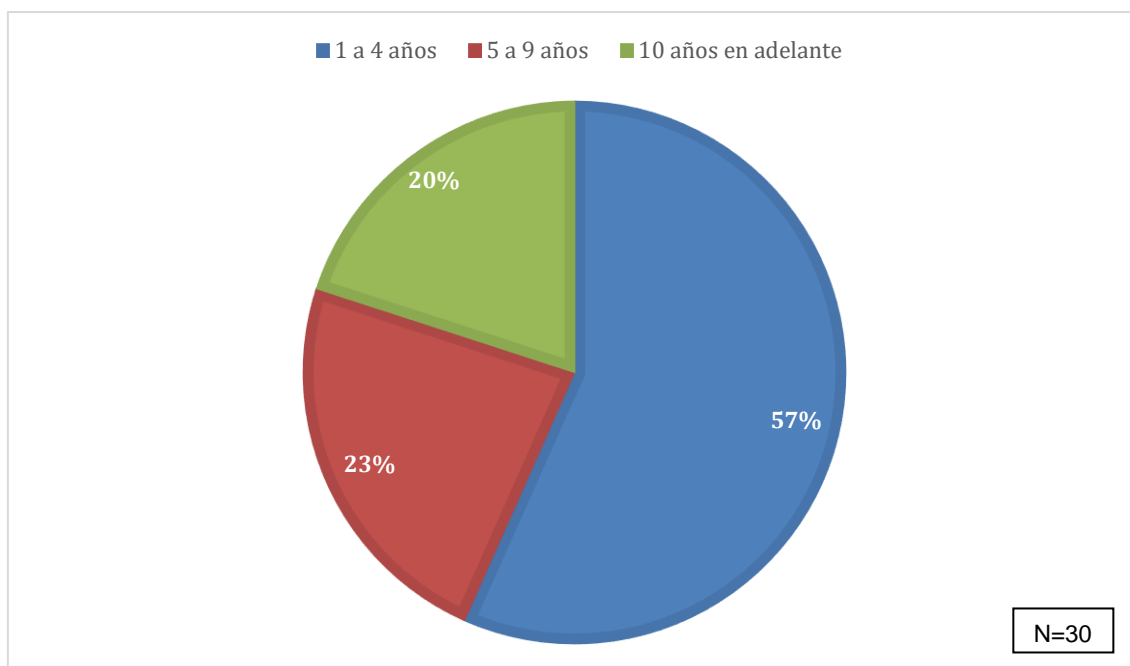
Gráfica 2 Distribución por sexo del personal de salud que atiende los servicios de salud en Sacatepéquez. Guatemala, enero-febrero 2017



Fuente: elaboración propia

En la gráfica 2 se puede observar la clasificación del personal de salud según su sexo, siendo predominante el sexo femenino en la gran parte de los servicios, únicamente un 6.25% del personal es de sexo masculino en los centros comunitarios.

Gráfica 3 Tiempo laborando del personal de los servicios de salud de Sacatepéquez. Guatemala, enero-febrero 2017



Fuente: elaboración propia

La grafica 3 muestra el tiempo laborando del personal de salud evaluado, se puede observar que más de la mitad del personal evaluado tiene experiencia menor de 4 años.

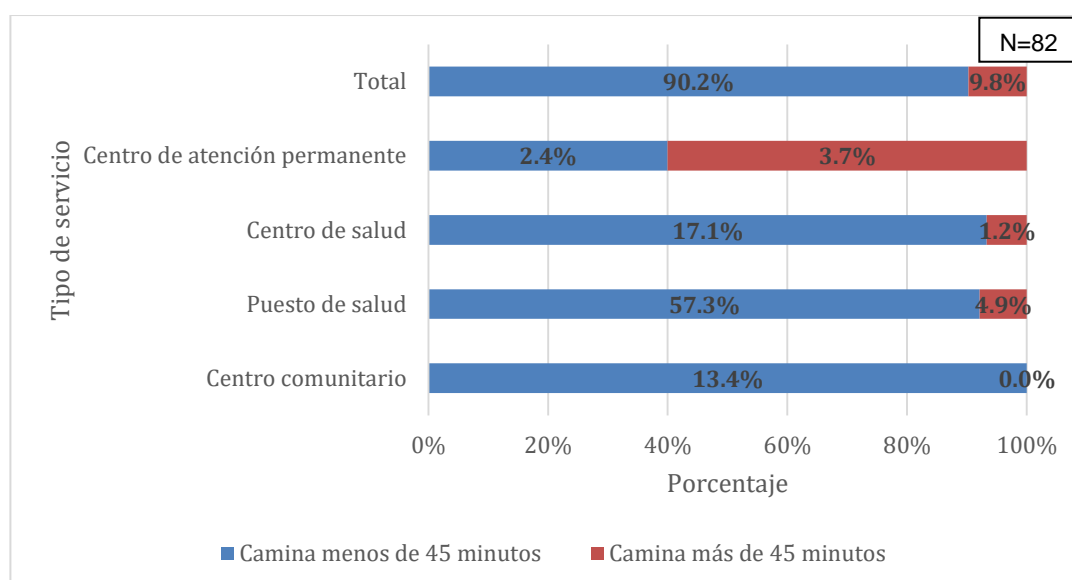
B. ACCESIBILIDAD

Tabla 1 Accesibilidad a los servicios de salud de Sacatepéquez para los usuarios. Guatemala febrero-marzo 2017

N=82	CAMINA MENOS DE 45 MINUTOS	CAMINA MÁS DE 45 MINUTOS
Centro Comunitario	13.4%	0.0%
Puesto de Salud	57.3%	4.9%
Centro de Salud	17.1%	1.2%
Centro de Atención Permanente	2.4%	3.7%
TOTAL	90.2%	9.8%

Fuente: instrumento de recolección de datos

Gráfica 4 Accesibilidad a los servicios de salud de Sacatepéquez para los usuarios. Guatemala, enero-febrero 2017



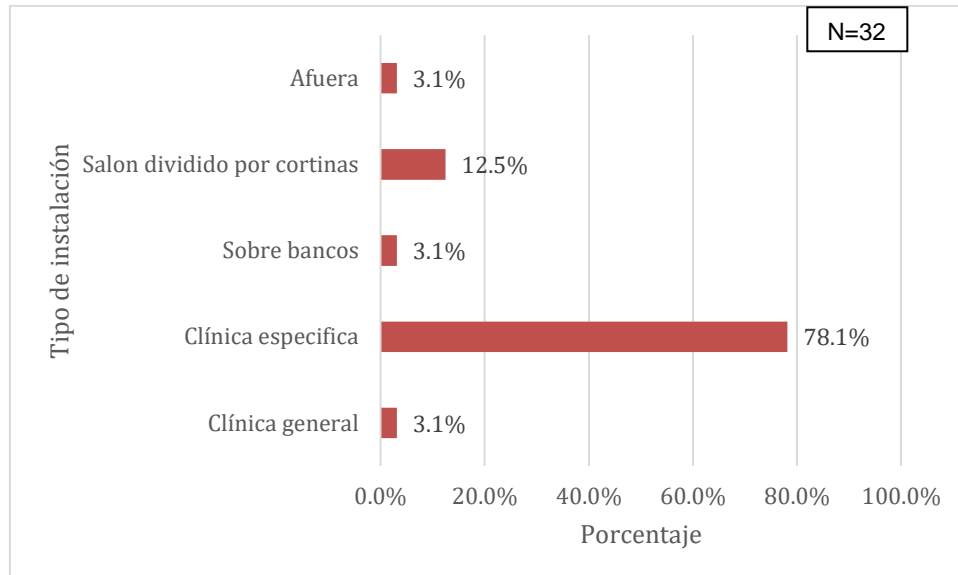
Fuente: elaboración propia

De las 82 madres entrevistadas, el 90.2% refirió que para llegar al servicio de salud camina menos de 45 minutos, únicamente el 9.8% refirió caminar más de 45 minutos para llegar al servicio de salud. Únicamente el centro de atención permanente (CAP) presenta menos accesibilidad con un 3.7%. Cabe resaltar que de las personas entrevistadas, las usuarias del CAP representan el 6.1% de la muestra.

C. EQUIPO DE MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICA

a. De las instalaciones físicas

Gráfica 5 instalaciones donde realizan las mediciones antropométricas en los servicios de salud de Sacatepéquez. Guatemala, enero-febrero 2017



Fuente: elaboración propia

En la gráfica 5 se pueden observar las diferentes instalaciones encontradas en los servicios de salud, en su gran mayoría en una clínica específica. Sin embargo cabe resaltar que en los CC fue donde se encontró una mayor diversidad de tipos de instalaciones, como en un salón dividido por cortinas, sobre bancos o en las afueras del servicio de salud.

b. Condición del equipo de medición antropométrica

Tabla 2 Equipo de medición antropométrica en servicios de salud de Sacatepéquez. Guatemala, enero-febrero 2017

Servicios de Salud	Equipo de medición	Existencia				Estado					
		Si		No		Adecuada		Regular		Inadecuada	
		#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Centros comunitarios n=11	Balanza pediátrica	11	100.0%	0	0.0%	7	63.6%	3	27.3%	1	9.1%
	Balanza de pie	11	100.0%	0	0.0%	8	72.7%	3	27.3%	0	0.0%
	Tallímetro	11	100.0%	0	0.0%	10	90.9%	1	9.1%	0	0.0%
	Infantómetro	11	100.0%	0	0.0%	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Gráficas de OMS	4	36.4%	7	63.6%	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
Puestos de salud n=17	Balanza pediátrica	17	100.0%	0	0.0%	14	82.4%	3	17.6%	0	0.0%
	Balanza de pie	17	100.0%	0	0.0%	12	70.6%	5	29.4%	0	0.0%
	Tallímetro	17	100.0%	0	0.0%	16	94.1%	1	5.9%	0	0.0%
	Infantómetro	17	100.0%	0	0.0%	16	94.1%	1	5.9%	0	0.0%
	Gráficas de OMS	17	100.0%	0	0.0%	17	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
Centros de Salud n=3	Balanza pediátrica	3	100.0%	0	0.0%	1	33.3%	2	66.7%	0	0.0%
	Balanza de pie	3	100.0%	0	0.0%	1	33.3%	2	66.7%	0	0.0%
	Tallímetro	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Infantómetro	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Gráficas de OMS	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
Centro de atención permanente n=1	Balanza pediátrica	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
	Balanza de pie	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
	Tallímetro	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Infantómetro	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Gráficas de OMS	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total N=32	Balanza pediátrica	32	100.0%	0	0.0%	22	68.8%	9	28.1%	1	3.1%
	Balanza de pie	32	100.0%	0	0.0%	21	65.6%	11	34.4%	0	0.0%
	Tallímetro	32	100.0%	0	0.0%	30	93.8%	2	6.3%	0	0.0%
	Infantómetro	32	100.0%	0	0.0%	31	96.9%	1	3.1%	0	0.0%
	Gráficas de OMS	25	78.1%	7	21.9%	25	78.1%	0	0.0%	0	0.0%

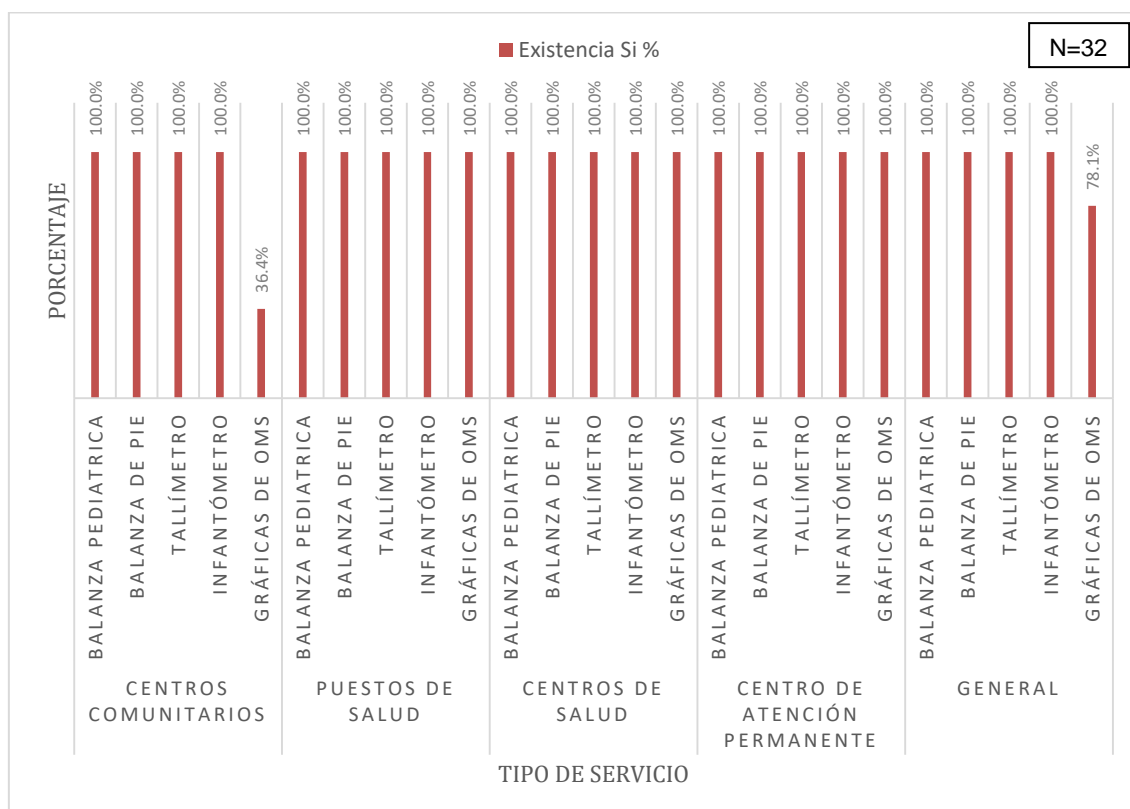
Fuente: instrumento de recolección de datos

En los 32 servicios fueron evaluados balanza pediátrica, balanza de pie, tallímetro, infantómetro y gráficas de OMS. Se pudo observar que el 100% dispone de balanza pediátrica, balanza de pie, tallímetro e Infantómetro. En cuanto a graficas OMS, únicamente 25 servicios cuentan con las mismas. Solo 4 de los centros comunitarios evaluados disponen de dichas gráficas para la evaluación del estado nutricional de los niños atendidos.

En cuanto al estado de los instrumentos de medición nutricional, se pudo constatar que no todo el equipo antropométrico está en buenas condiciones, lo cual es determinante para la calidad de la información (exactitud) y su posterior interpretación.

i. Existencia

Gráfica 6 Existencia de equipo de medición antropométrico de servicios de salud de Sacatepéquez. Guatemala, enero-febrero 2017



Fuente: elaboración propia

En la gráfica 6 se puede observar la existencia del equipo de medición antropométrico según el tipo de servicio evaluado, entre esto se incluye: balanza pediátrica, balanza de pie, tallímetro, infantómetro y gráficas de OMS. De todos estos, las gráficas de OMS no se encuentran en 63.6% de los centros comunitarios.

La tabla no. 3 presenta aspectos observados sobre la existencia y condiciones del equipo de medición antropométrico, estos en su gran mayoría inadecuados.

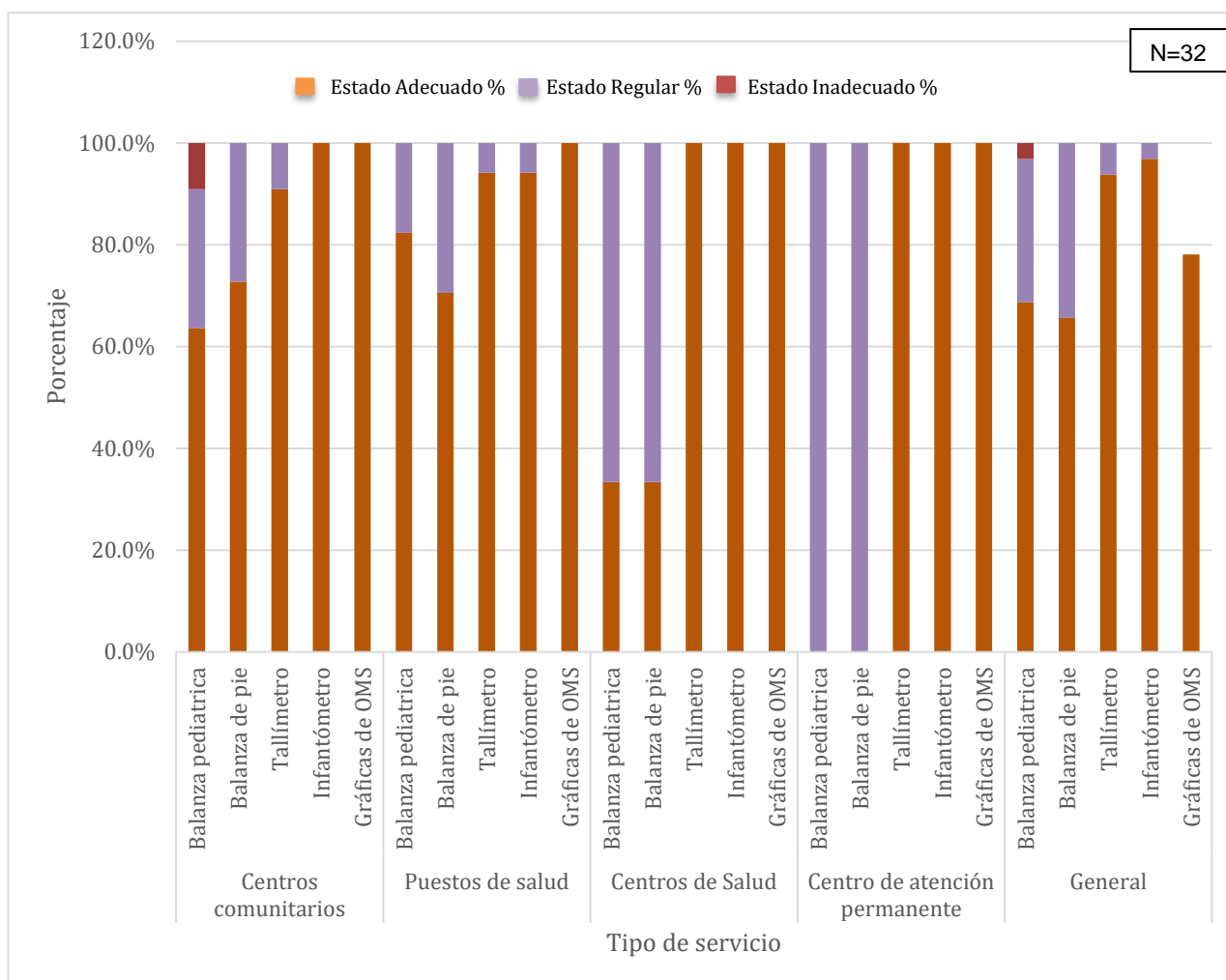
Tabla 3 Aspectos observados sobre la existencia del equipo de medición antropométrico en servicios de salud de Sacatepéquez. Guatemala, enero-febrero 2017

Aspecto	Adecuado	Inadecuado	Comentario
Balanza de pie sin baterías funcionales		X	Observado en 4 servicios
Balanza descalibrada		X	Observado en 9 servicios
Balanza pediátrica contiene cucarachas		X	Observado en 1 servicio
Uso de balanza de contrapesos	X		Observado en 16 servicios
Balanza pediátrica se balancea, falta de tornillos		X	Observado en 2 servicios
Tallmetro mal colocado		X	Observado en 1 servicio
Tallmetro torcido		X	Observado en 1 servicio
Balanza pediátrica se encuentra encima de infantómetro		X	Observado en 1 servicio

Fuente: instrumento de recolección de datos

ii. Estado

Gráfica 7 estado de los equipo de medición antropométrica en servicios de salud de Sacatepéquez. Guatemala, enero-febrero 2017



Fuente: elaboración propia

En la gráfica 7 se puede observar que en la gran mayoría de servicios el estado del equipo de medición antropométrica se encuentra en estado bueno, se encontró en estado regular la balanza pediátrica y de pie en C/S y CAP. Las gráficas OMS donde sí hay existencias su estado son bueno en totalidad. Únicamente se encontró estado malo en balanza pediátrica en CC.

D. INSUMOS

En la tabla 4 se puede observar el abastecimiento de insumos según servicio de salud para la suplementación y tratamiento de los niños.

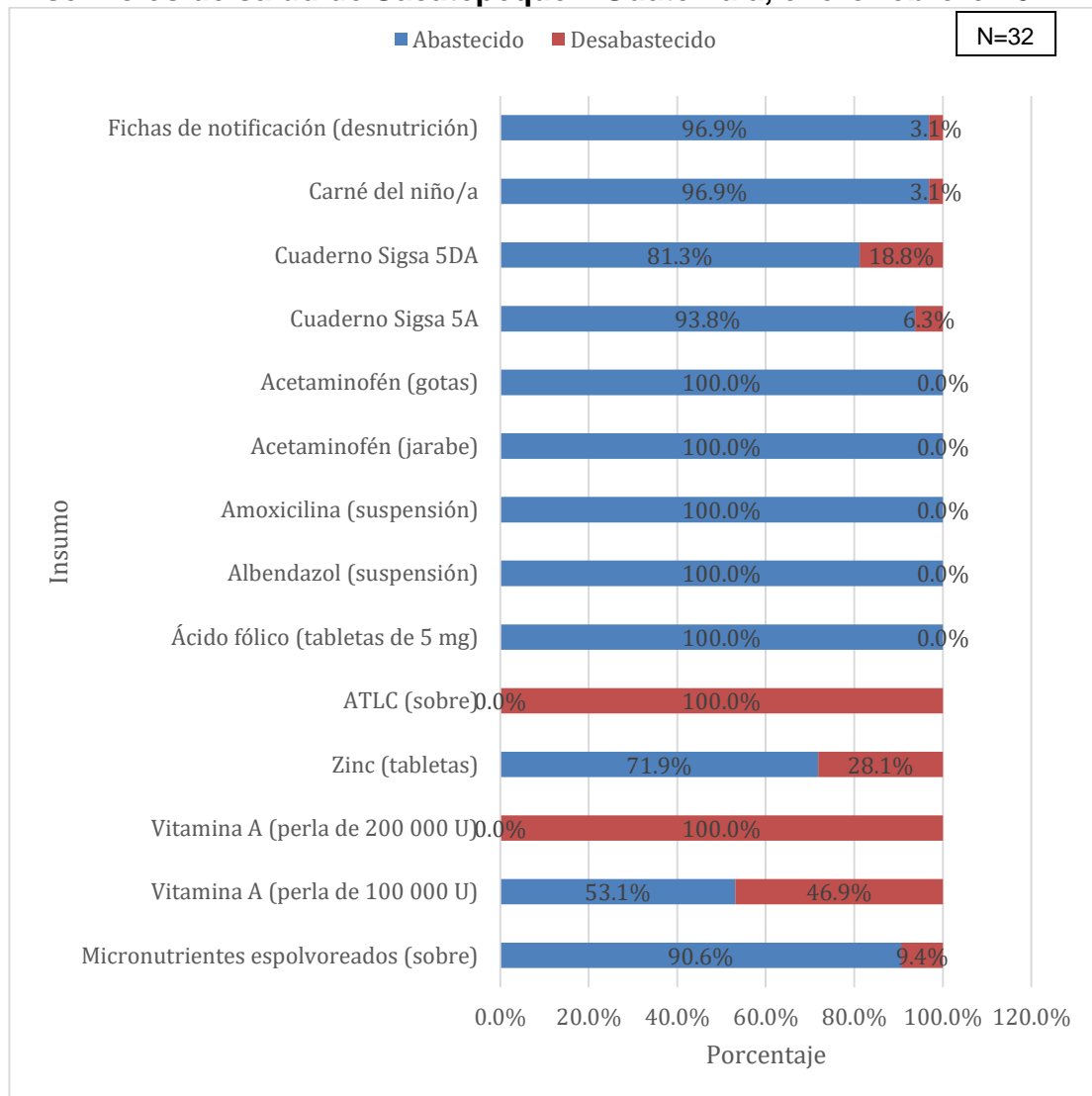
Tabla 4 Abastecimiento de insumos para atención nutricional según servicio de salud de Sacatepéquez. Guatemala, enero-febrero 2017

INSUMO	CENTROS COMUNITARIOS n=11				PUESTOS DE SALUD n=17				CENTROS DE SALUD n=3				CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE n=1			
	Abastecido		Desabastecido		Abastecido		Desabastecido		Abastecido		Desabastecido		Abastecido		Desabastecido	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
MICRONUTRIENTES ESPOLVOREADOS (SOBRE)	9	81.8%	2	18.2%	16	94.1%	1	5.9%	3	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
VITAMINA A (PERLA DE 100 000 U)	6	54.5%	5	45.5%	8	47.1%	9	52.9%	2	66.7%	1	33.3%	1	100.0%	0	0.0%
VITAMINA A (PERLA DE 200 000 U)	0	0.0%	11	100.0%	0	0.0%	17	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
ZINC (TABLETAS)	6	54.5%	5	45.5%	15	88.2%	2	11.8%	1	33.3%	2	66.7%	1	100.0%	0	0.0%
ATLC (SOBRE)	0	0.0%	11	100.0%	0	0.0%	17	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
ÁCIDO FÓLICO (TABLETAS DE 5 MG)	11	100.0%	0	0.0%	17	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
ALBENDAZOL (SUSPENSIÓN)	11	100.0%	0	0.0%	17	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
AMOXICILINA (SUSPENSIÓN)	11	100.0%	0	0.0%	17	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
ACETAMINOFÉN (JARABE)	11	100.0%	0	0.0%	17	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
ACETAMINOFÉN (GOTAS)	11	100.0%	0	0.0%	17	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
CUADERNO SIGSA 5A	9	81.8%	2	18.2%	17	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
CUADERNO SIGSA 5DA	8	72.7%	3	27.3%	15	88.2%	2	11.8%	2	66.7%	1	33.3%	1	100.0%	0	0.0%
CARNÉ DEL NIÑO/A	11	100.0%	0	0.0%	16	94.1%	1	5.9%	3	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
FICHAS DE NOTIFICACIÓN (DESNUTRICIÓN)	11	100.0%	0	0.0%	16	94.1%	1	5.9%	3	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%

Fuente: instrumento de recolección de datos

*El abastecimiento se clasificó como insumo suficiente para 1 mes

Gráfica 8 Abastecimiento general de insumos para atención nutricional en servicios de salud de Sacatepéquez. Guatemala, enero-febrero 2017



Fuente: elaboración propia

En la gráfica 8 se puede observar el abastecimiento general de insumos en los servicios de salud. La vitamina A en presentación de 200,000 U y el ATLC se encontró desabastecidos en todos los servicios de salud. Los demás insumos se encuentran abastecidos en la gran mayoría de los servicios.

E. CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD

a. Uso de equipo de medición antropométrico

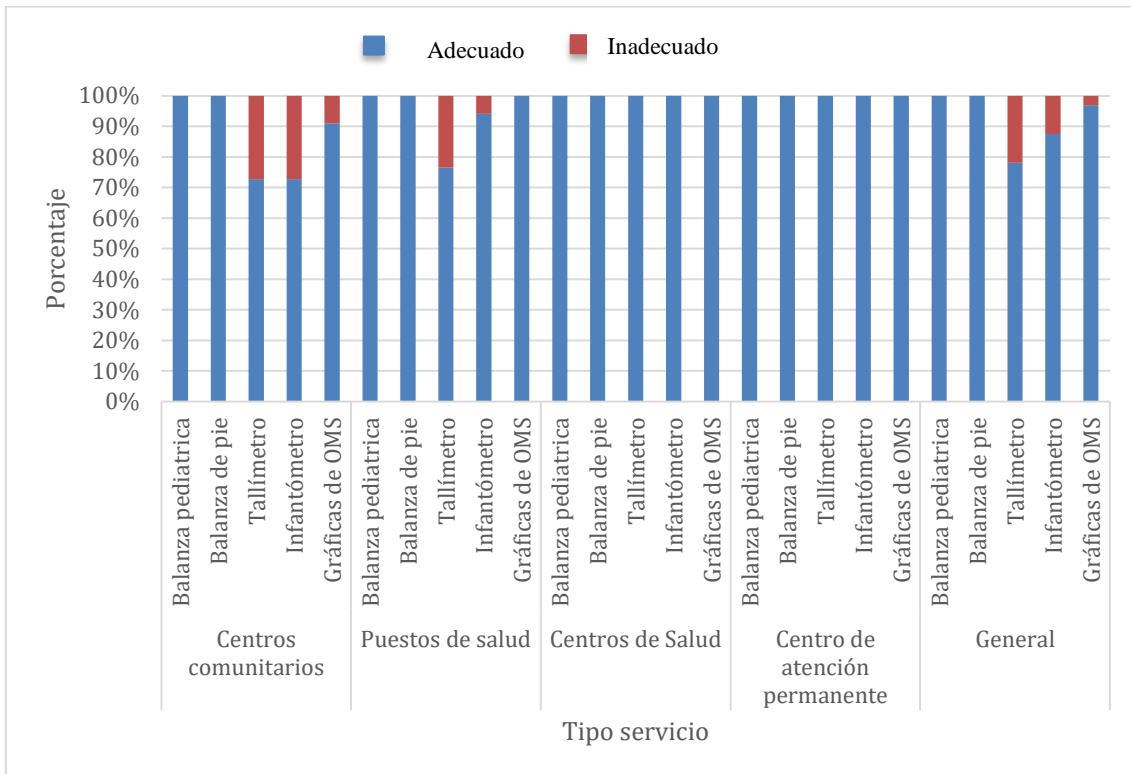
A continuación se presenta las capacidades del personal sobre el uso del equipo de medición antropométrico, clasificadas por servicio de salud

Tabla 5 Uso del equipo de medición antropométrico

Uso					
Servicios de salud	Equipo	Adecuado		Inadecuado	
		#	%	#	%
Centros comunitarios	Balanza pediátrica	11	100.0%	0	0.0%
	Balanza de pie	11	100.0%	0	0.0%
	Tallímetro	8	72.7%	3	27.3%
	Infantómetro	8	72.7%	3	27.3%
	Gráficas de OMS	10	90.9%	1	9.1%
Puestos de salud	Balanza pediátrica	17	100.0%	0	0.0%
	Balanza de pie	17	100.0%	0	0.0%
	Tallímetro	13	76.5%	4	23.5%
	Infantómetro	16	94.1%	1	5.9%
	Gráficas de OMS	17	100.0%	0	0.0%
Centros de Salud	Balanza pediátrica	3	100.0%	0	0.0%
	Balanza de pie	3	100.0%	0	0.0%
	Tallímetro	3	100.0%	0	0.0%
	Infantómetro	3	100.0%	0	0.0%
	Gráficas de OMS	3	100.0%	0	0.0%
Centro de atención permanente	Balanza pediátrica	1	100.0%	0	0.0%
	Balanza de pie	1	100.0%	0	0.0%
	Tallímetro	1	100.0%	0	0.0%
	Infantómetro	1	100.0%	0	0.0%
	Gráficas de OMS	1	100.0%	0	0.0%
General	Balanza pediátrica	32	100.0%	0	0.0%
	Balanza de pie	32	100.0%	0	0.0%
	Tallímetro	25	78.1%	7	21.9%
	Infantómetro	28	87.5%	4	12.5%
	Gráficas de OMS	31	96.9%	1	3.1%

Fuente: instrumento de recolección de datos

Gráfica 9 Uso del equipo de medición antropométrico clasificado por servicio de salud de Sacatepéquez. Guatemala, enero-febrero 2012 N=32



Fuente: elaboración propia

En la gráfica 9 se observa el uso del equipo de medición nutricional por servicios de salud, se encontró un uso incorrecto en el tallímetro e infantómetro en CC y P/S, cabe resaltar que estos dos son la mayor parte de la muestra de servicios de salud.

La tabla 7 presenta los aspectos observados durante el uso del equipo de medición antropométrico.

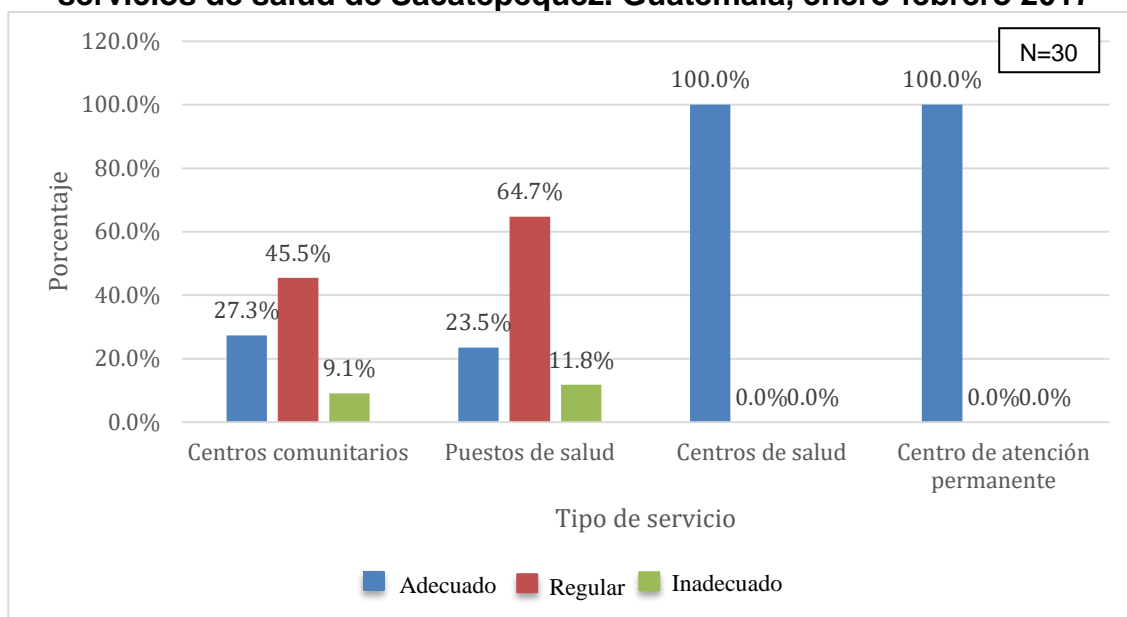
Tabla 7 aspectos adecuados e inadecuados observados sobre el uso del equipo de medición antropométrico en servicios de salud de Sacatepéquez. Guatemala, enero-febrero 2017

Instrumento	Aspecto	Adecuado	Inadecuado	Comentario
Balanza	No quitan zapatos		X	Observado en 2 servicios
Balanza pediátrica	Coloca la mano sobre bebe para sostenerlo		X	Observado en 1 servicio
Tallimetro	No quitan colas		X	Observado en 11 servicios
Tallimetro	No pegan pies al tallímetro		X	Observado en 1 servicio
Infantometro	No sostienen la cabeza del bebé		X	Observado en 3 servicios
Infantometro	Niño se encuentra torcido		X	Observado en 4 servicios
Tallimetro	Niño viendo hacia abajo		X	Observado en 3 servicios
Tallimetro / infantometro	Usa instrumentos de medición inadecuados para la edad		X	Observado en 2 servicios
Infantometro	No utiliza base para sostener pies		X	Observado en 1 servicio
n/a	Facilitador comunitarios realiza las medidas	X		Observado en 3 servicios
n/a	No usan el carné adecuado al sexo del niño		X	Observado en 1 servicio

Fuente: instrumento de recolección de datos

b. Evaluación de conocimientos

Gráfica 10 Calificación sobre los conocimientos del personal de los servicios de salud de Sacatepéquez. Guatemala, enero-febrero 2017



Fuente: elaboración propia

Sobre los conocimientos se puede observar en la gráfica 10 que en CC y P/S la calificación es regular en la mayoría del personal evaluado. En C/S y CAP se obtuvo calificación buena en su totalidad.

F. SATISFACCIÓN

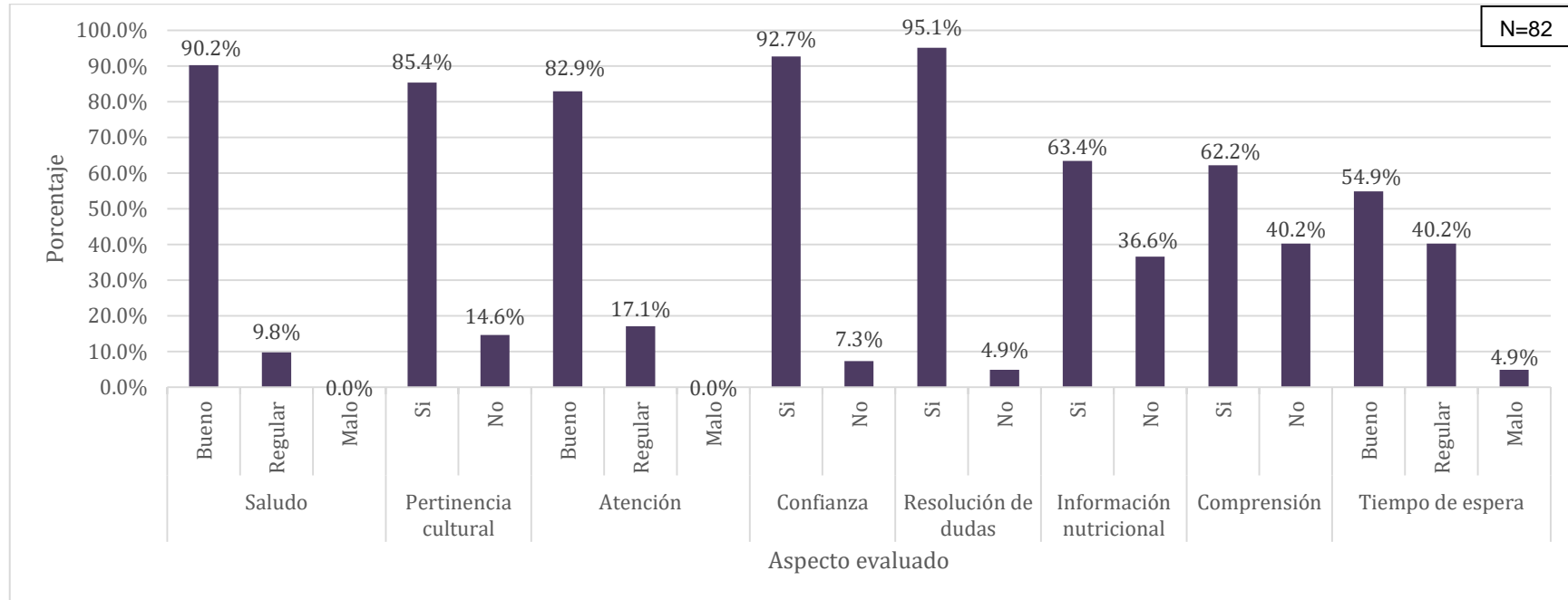
En cuanto al grado de satisfacción de los usuarios en la siguiente tabla se pueden observar los aspectos evaluados. Entre estos se incluyó el saludo que refiere al saludo por parte del personal de salud; La pertinencia cultural la cual fue evaluada si el personal habla el mismo idioma que la población; La atención brindada calificada por medio de la percepción del usuario; La confianza que percibe el usuario del personal; La resolución de dudas por parte del personal; la información nutricional brindada por parte del personal, la comprensión de la información por parte del usuario y el tiempo de espera para la consulta.

Tabla 8 Satisfacción del usuario a la atención nutricional en servicios de salud de Sacatepéquez. Guatemala, enero-febrero 2017 N=82

ASPECTO	CENTROS COMUNITARIOS n=11		PUESTOS DE SALUD n=51		CENTROS DE SALUD n=15		CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE n=5		
	#	%	#	%	#	%	#	%	
SALUDO	Bueno	10	90.9%	45	88.2%	14	93.3%	5	100.0%
	Regular	1	9.1%	6	11.8%	1	6.7%	0	0.0%
	Malo	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
PERTINENCIA CULTURAL	Si	10	90.9%	45	88.2%	11	73.3%	4	80.0%
	No	1	9.1%	6	11.8%	4	26.7%	1	20.0%
ATENCIÓN	Bueno	10	90.9%	41	80.4%	13	86.7%	4	80.0%
	Regular	1	9.1%	10	19.6%	2	13.3%	1	20.0%
	Malo	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
CONFIANZA	Si	11	100.0%	48	94.1%	13	86.7%	4	80.0%
	No	0	0.0%	3	5.9%	2	13.3%	1	20.0%
RESOLUCIÓN DE DUDAS	Si	11	100.0%	49	96.1%	14	93.3%	4	80.0%
	No	0	0.0%	2	3.9%	1	6.7%	1	20.0%
INFORMACIÓN NUTRICIONAL	Si	6	54.5%	33	64.7%	10	66.7%	3	60.0%
	No	5	45.5%	18	35.3%	5	33.3%	2	40.0%
COMPRENSIÓN	Si	6	54.5%	33	64.7%	9	60.0%	3	60.0%
	No	5	45.5%	18	35.3%	6	40.0%	4	80.0%
TIEMPO DE ESPERA	Bueno	7	63.6%	28	54.9%	7	46.7%	3	60.0%
	Regular	4	36.4%	19	37.3%	8	53.3%	2	40.0%
	Malo	0	0.0%	4	7.8%	0	0.0%	0	0.0%

Fuente: instrumento de recolección de datos

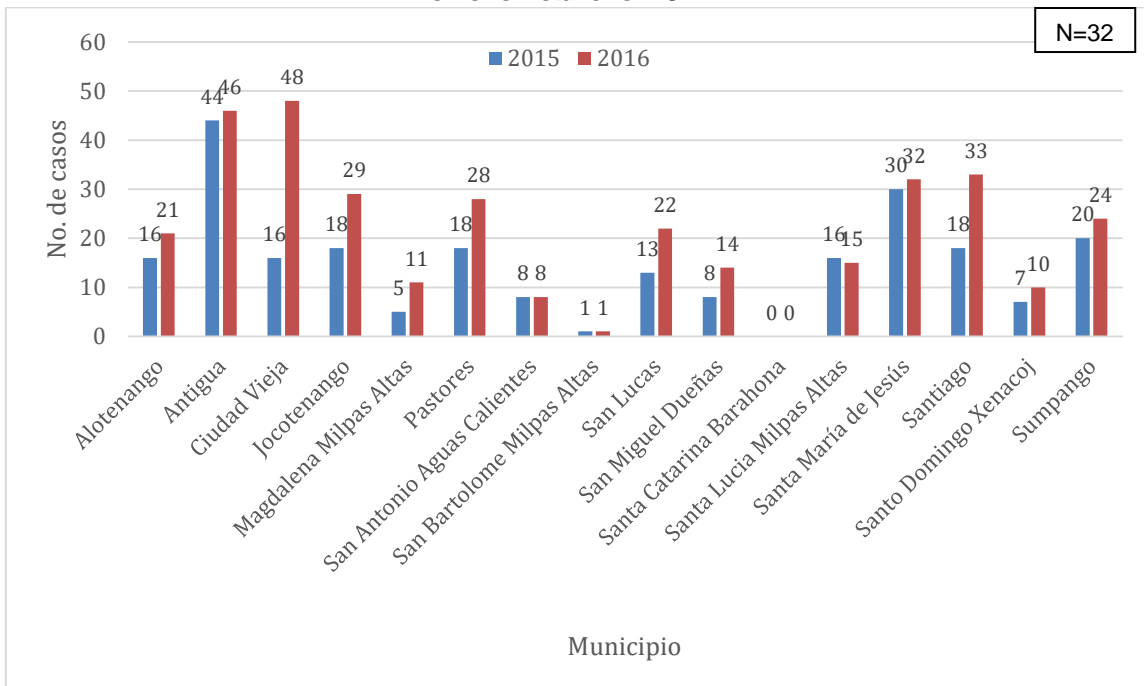
Gráfica 11 Satisfacción del usuario a la atención nutricional en los servicios de salud de Sacatepéquez. Guatemala, enero-febrero 2017



Fuente: elaboración propia

En la gráfica 11 se puede observar la satisfacción de los usuarios en varios aspectos, siendo esta positiva en varios aspectos evaluados, sin embargo cabe resaltar que en cuanto a información nutricional y comprensión de la misma se obtuvo una disminución del porcentaje positivo, al igual que en el aspecto de tiempo de espera para la consulta.

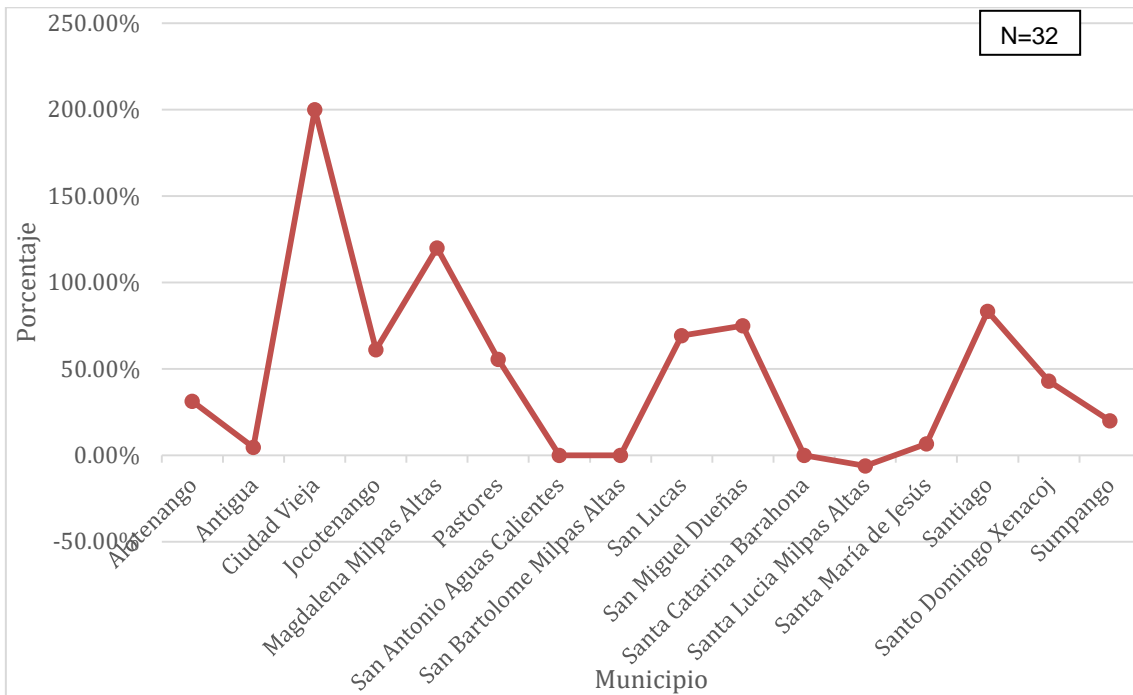
G. Efectividad
Gráfica 12 reporte de casos de desnutrición aguda moderada y severa en los años 2015 y 2016 de los municipios de Sacatepéquez. Guatemala, enero-febrero 2017



Fuente: facilitadora PROSAN

En la gráfica 12 se puede observar el cambio en el reporte de casos de niños con desnutrición aguda, siendo mayor la cantidad de casos reportados en 2016 para la gran mayoría de los municipios del departamento.

Gráfica 13 efectividad del PROSAN en los servicios de salud



Fuente: elaboración propia

La efectividad del PROSAN se midió a través del porcentaje de cambio de casos de DA entre el año 2015 y 2016. En la gráfica 13 se puede observar que este porcentaje se mantuvo positivo, significando esto, que se presentó mayor cantidad de casos de DA en 2016 que 2015.

XI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para conocer la calidad de atención nutricional en los servicios de salud del departamento de Sacatepéquez se midieron diferentes variables, entre las cuales se incluye, la accesibilidad al servicio de salud, el equipo de medición nutricional, el abastecimiento de insumos, el conocimiento del personal de salud, la satisfacción del usuario y la efectividad del programa.

Fueron evaluados en total 32 servicios de salud, en los cuales se incluyeron 11 centros comunitarios, 17 puestos de salud, 3 centros de salud y 1 centro de atención permanente. Se disminuyó el número de servicios debido a que en centros comunitarios el personal de salud era el mismo, esto se puede reducir el número de actividades realizadas por el personal de salud en el servicio debido a que visita varios servicios durante toda la semana, pudiendo no lograr la cobertura de ciertas tareas y actividades ministeriales.

De la accesibilidad

En la encuesta dirigida a usuarios de los servicios de salud, se entrevistó a un total de 82 usuarios, en su mayoría mujeres. Se midió la accesibilidad al servicio de salud por el tiempo invertido en movilizarse hacia el servicio de salud, siendo un 90.2% de los servicios accesible para la comunidad, caminando menos de 45 minutos. El 9.8% de estos no fueron accesibles, caminando más de 45 minutos al servicio de salud. Entre estos se puede mencionar que el menos accesible es el CAP en el cual 3 de 5 personas entrevistadas menciona caminar más de 45 minutos. Cabe mencionar que esto representa únicamente a 3.7% del total de la muestra.

La importancia de la accesibilidad al servicio de salud se puede ver en la cobertura que este obtiene de la población a la que está dirigida, si este no es accesible se disminuye la participación comunitaria y la cobertura de atención, perjudicando la calidad del servicio, incluyendo los aspectos nutricionales del mismo, entre estos la ventana de los mil días. Los servicios con una baja

accesibilidad pueden mejorar esta variable al crear o fortalecer los centros comunitarios existentes.

Del equipo de medición antropométrico

Para la medición de esta variable se analizaron dos aspectos, la existencia y el estado del equipo, esto se realizó por medio de la observación. También fue evaluada las instalaciones físicas en donde se encuentra el equipo y realizan las mediciones.

Las instalaciones físicas encontradas en P/S, C/S y CAP fueron clínicas específicas “del niño sano” en donde se realizan todas las acciones para cuidar la salud de los menores de 5 años. En los CC fueron encontradas diversas instalaciones físicas, en su mayoría fueron salones divididos por cortinas en donde se encontraba el equipo de medición y clínicas específicas antes mencionadas. Otras instalaciones encontradas fueron clínicas generales en donde se realizan todo tipo de consultas de servicio de salud, sobre bancos y en las afueras del servicio de salud. El lugar donde se realicen las mediciones antropométricas debe ser adecuado para el equipo de medición que se utilizará, ya que esto es determinante para la confiabilidad de los datos. Debe ser un lugar amplio para realizar movimientos necesarios, plano para colocar las balanzas y tallimetro, con una iluminación correcta, temperatura y ventilación adecuadas para el confort del paciente a evaluar.

En la existencia se pudo observar que la totalidad de la muestra cuenta con el equipo de medición necesaria para el control de peso y talla de los niños menores de 5 años, en estos se incluyen: balanza pediátrica, balanza de pie, tallimetro e infantometro. En cuanto a la existencia de gráficas de OMS para el diagnóstico de los niños, 25 servicios contaban con las mismas en forma física, los 7 servicios que no contaban con algún tipo de gráfica eran los centros comunitarios, en las cuales realizaba un diagnostico a través de las tablas incluidas en el carné del niño.

El estado de los instrumentos fue medido a través de observación, en este aspecto se pudo determinar que más de la mitad de los instrumentos de medición

utilizados en los servicios de salud se encuentran en buen estado, siendo la balanza pediátrica y balanza de pie las que se encontraron en condiciones más deterioradas. Entre las razones de este deterioro se puede mencionar falta de baterías, balanzas descalibradas, contenido de cucarachas, balanzas balanceándose lo cual es un indicador de falta de mantenimiento. En cuanto al tallmetro se encontró en un estado regular únicamente en 2 servicios, en los cuales se pudo observar el tallmetro mal colocado o torcido. El estado del equipo de medición nutricional es un punto clave para lograr la obtención de una medida correcta, es importante tener un equipo en buenas condiciones y funcionando correctamente para que los resultados de las mediciones sean confiables.

Del abastecimiento insumos

Se determinó el abastecimiento de insumos necesarios para la suplementación y tratamiento del niño menor a 5 años en todos los servicios de salud, estos fueron divididos según su uso en: micronutrientes, medicamentos e instrumentos de recolección de datos.

Los micronutrientes se encontraron en mayor desabastecimiento que los demás insumos, de todos los servicios evaluados, dos de estos CC y un P/S no contaban con micronutrientes espolvoreados, necesarios para la suplementación del niño a partir de los 6 meses. La vitamina A en presentación de 100,000 U se encontró desabastecida en cinco CC, nueve P/S y un C/S representando un total de 46.9% del total de los servicios de salud evaluados, esta es necesaria para la suplementación de niños de 6 meses a menores de 1 año, en donde según la ENSMI 2015 todavía existe un déficit en el consumo de esta en 20.9% de los niños menores a 1 año. La vitamina A en presentación de 200,000 U se encontró desabastecida en todos los servicios de salud, esta es utilizada para la suplementación de niños de 1 año a menores de 2 años en donde según la ENSMI 2015 existe un déficit en el consumo en 10.2% de la población menor a 2 años.

Por último el zinc se encontró desabastecido en cinco CC, dos P/S y dos C/S, representando un total de 28.1% de la muestra. El zinc es utilizado como tratamiento terapéutico en casos de retardo de crecimiento, así como para

diarreas e infecciones pulmonares. Según la ENSMI 2015, niños menores de 2 años, en los cuales se puede utilizar el zinc como tratamiento para el retardo de crecimiento, presentan un déficit de talla para la edad en 41.7% de la población total del país. En menores de 5 años la prevalencia de desnutrición crónica es de 45.8%, pudiendo ser esta prevenida en varios aspectos durante el crecimiento del menor de 2 años, incluida el consumo y tratamiento con zinc.

En cuanto a los medicamentos, el ATLC se encontró desabastecido en todos los servicios de salud, este es el tratamiento utilizado para la recuperación de los niños con desnutrición aguda severa, en Guatemala 0.7% de los niños se encuentran con un déficit de peso para la talla, y una desnutrición global de 12.6% de peso para la edad, en Sacatepéquez específicamente, se encontró un aumento en el reporte de casos de DA en 2016 comparado con 2015, con un aumento global del 43.7% pudiendo ser prevenida con prácticas alimenticias, incluyendo el uso de ATLC para el tratamiento. El ácido fólico, albendazol y el acetaminofén en presentaciones de jarabe y gotas se encontró abastecido en todos los servicios de salud, el ácido fólico es utilizado en la suplementación de la madre durante el embarazo para evitar deformaciones congénitas, la desparasitación con albendazol utilizada para mejorar la absorción de nutrientes y el acetaminofén en ambas presentaciones utilizado para el tratamiento de fiebres comunes en niños.

Los instrumentos de recolección de datos se encontraron abastecidos en la mayoría de los servicios de salud. El cuaderno SIGSA 5A se encontró desabastecido únicamente en dos CC, en donde refirieron encontrarse en el C/S al que corresponden, este cuadernillo es utilizado para el registro de medidas antropométricas, vacunación y EAN brindada durante las consultas en niños sanos. El cuaderno SIGSA 5DA se encontró desabastecido en tres CC, dos P/S y un C/S, este cuadernillo es utilizado para el seguimiento de reporte de casos de niños con DA. Los carné del niño/a se encontraron desabastecidos únicamente en un P/S en donde refirieron serian abastecidos por el C/S al que corresponde, estos carné son utilizados para el control de vacunación y medidas antropométricas; es entregado a la madre y se tiene que llevar a todas las citas en los servicios de salud. Por último las fichas de notificación de DA se

encontraron desbastecidas únicamente en un P/S, estas son utilizadas para el reporte de casos de niños con DA y enviadas a la facilitadora del PROSAN en el área de salud para un reporte y seguimiento de caso.

Del conocimiento del personal

Para medir las capacidades del personal se evaluó el uso del equipo de medición nutricional y los conocimientos acerca de nutrición. El uso fue evaluado a través de la observación de mediciones y los conocimientos fueron evaluados a través de una encuesta de 20 preguntas la cual fue calificada por la investigadora.

En cuanto al uso del equipo de medición nutricional se obtuvo un uso correcto en cuanto a la balanza pediátrica y de pie. El uso del tallímetro se encontró incorrecto en tres CC y 4 P/S, los aspectos incorrectos observados fueron no quitar colas de niñas para medición, no pega pies al tallímetro, el niño se encuentra viendo hacia abajo al momento de la medición y el uso de instrumento inadecuado para la edad. El uso del infantómetro se encontró incorrecto en tres CC y un P/S, los aspectos incorrectos observados durante el uso de este instrumento fueron no sostener la cabeza del bebé durante la medición, el bebé se encuentra torcido al momento de la medición, no utiliza base para sostener pies. El uso de gráficas de OMS para el diagnóstico nutricional del niño se encontró incorrecto en un CC, los aspectos incorrectos observados durante el uso del instrumento fueron no usar el carné adecuado al sexo del niño.

Es importante recordar que tanto la obtención de una medida correcta como el uso correcto de las gráficas de OMS es crucial al momento de diagnosticar nutricionalmente a un niño, es por esto que el uso del equipo de medición nutricional siempre debe ser correcto y dar una constante capacitación al personal para asegurar que este aspecto se cumpla.

Sobre los conocimientos del personal, se obtuvo una calificación regular o inadecuada en más del 50% de los CC y P/S evaluados, y se obtuvo una calificación buena en todos los C/S y CAP. Los conocimientos tanto sobre la normativa ministerial como conocimientos de nutrición en los auxiliares a cargo del PROSAN en los servicios de salud es un punto clave para poder dar una

atención de calidad nutricional al usuario, con esto se puede brindar información tanto para la prevención como para el tratamiento de la desnutrición, especialmente en niños menores de 2 años.

Es pertinente resaltar que en todos los servicios de salud, durante la evaluación, se observó un bajo conocimiento acerca de la guía alimentaria de Guatemala, siendo esto una gran debilidad para el personal de salud, pues es un tema básico y de gran importancia para brindar EAN durante la consulta. Es importante, al igual que en el uso del equipo de medición, realizar constantemente capacitaciones al personal de salud sobre temas básicos de nutrición por parte del nutricionista facilitador del PROSAN en el área de salud.

De la satisfacción del usuario

Para medir la satisfacción del usuario se calificaron varios aspectos en una encuesta dirigida al usuario, entre estos se incluyó el saludo, la pertinencia cultural, la atención brindada, la confianza, la resolución de dudas, la información nutricional, la comprensión y el tiempo de espera.

El saludo de parte del personal al recibir a los usuarios en la consulta en opinión de los usuarios es bueno en 90.2%. Este aspecto es necesario para lograr un ambiente de seguridad y confianza para el usuario. La pertinencia cultural, la cual fue medida a través del idioma con el que se comunica el personal de salud a los usuarios, en este aspecto se encontró que 85.4% de los servicios se tiene pertinencia cultural al hacer uso del mismo idioma que la población utiliza para comunicarse.

La atención brindada fue calificada buena en 82.9% y regular en 17.1% de los servicios, esta variable es importante medirla constantemente para observar la percepción que tienen los usuarios hacia el servicio brindado. En cuanto a la confianza que brinda el personal para que los usuarios les realicen preguntas, estos refirieron sentirse confiados en 92.7% de los servicios, así mismo se observó en la resolución de dudas en donde el 95.1% respondió que el personal resuelve todas las dudas. Esto puede ayudar a mejorar la atención durante la

consulta pues el usuario comprende la visita al servicio y aumenta la participación de este en la misma.

En cuanto a la información nutricional, se preguntó a los usuarios si durante la consulta reciben algún tipo de consejo o información nutricional, a lo que se obtuvo un valor bajo - 63.4% de los servicios brinda consejos nutricionales-. Es importante recordar que durante la consulta de vacunación y aún más durante la consulta de seguimiento antropométrico, se deben brindar consejos diarios de nutrición, realizar preguntas sobre la alimentación del niño y dar sugerencias de la misma. La comprensión de estos consejos se observó disminuida igualmente, siendo comprendida en 62.2% de los servicios.

Por último, el tiempo de espera para la consulta fue calificado por los usuarios como bueno en 54.9%, regular o malo en 45.1%, este componente puede ser clave para la asistencia de la población pues los usuarios pueden decidir no regresar de nuevo al servicio debido a que pierden mucho tiempo, se debe de tener un plan para la atención rápida y efectiva a todos los usuarios, sin descuidar la calidad de la atención

De la efectividad

La efectividad del PROSAN fue medida a través del reporte de casos de DA moderada y severa entre los años 2015 y 2016. El PROSAN tiene como objetivo contribuir a la reducción de la mortalidad infantil y en la niñez menor a cinco años, asociada a la desnutrición por medio de la detección temprana, atención médica y nutricional en el nivel comunitario y servicios de salud. Durante el estudio se encontró un aumento del 43.3% del reporte de casos de niños con DA moderada y severa en el año 2016 en comparación con el año 2015, llegando a ser en ciertos municipios un aumento de hasta el 200% al año anterior.

Diversos factores pudieron influir en el aumento de estas cifras, en cuanto a lo encontrado en el estudio se puede mencionar que la falta de insumos de ATLC para el tratamiento de la DA pudo haber sido un factor, también se puede mencionar que la capacidad de diagnóstico en el personal ha aumentado año con año, por lo que se pueden detectar más casos. Puede existir también el caso de que en ese año se pudiera dar un barrido nutricional, aumentando el número de casos.

Se tiene que mencionar también que en Sacatepéquez existen más instituciones que realizan estas tareas como el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y clínicas privadas, lo que disminuye la cantidad de cobertura. Por último fue referido por la licenciada facilitadora del PROSAN en Sacatepéquez que para el año 2015 el Hospital Nacional Pedro Bethancourt recibió la orden de no subir información de casos de DA al sistema nacional, existiendo un sub-registro de datos, en cambio para el año 2016 esta orden cambio y se aumentó la información brindada por el Hospital. A pesar de todo lo anterior, estas cifras demandan precaución y atención en las acciones realizadas en los servicios de salud para el cumplimiento del PROSAN.

XII. CONCLUSIONES

1. La calidad de atención nutricional en los servicios de salud de Sacatepéquez no cumple con todos los componentes para obtener una calificación adecuada.
2. Los servicios de salud de Sacatepéquez son accesibles para la población a los que están dirigidos.
3. Los servicios de salud cuentan con la existencia del equipo de medición nutricional e instrumentos de registro necesarios pero se evidencia falta de mantenimiento del mismo; no cuentan con el abastecimiento necesario de insumos para la suplementación y tratamiento nutricional.
4. Los conocimientos del personal acerca de la norma de atención en salud se encuentran en un rango regular en la mayoría de servicios evaluados, siendo los CC y los P/S los que obtuvieron la calificación más baja.
5. Los usuarios refirieron estar satisfechos con la atención recibida de los servicios de salud.
6. El programa de seguridad alimentaria y nutricional reflejó baja efectividad pues se observó un aumento de los casos de Desnutrición Aguda.

XIII. RECOMENDACIONES

A la Dirección de Área de Salud de Sacatepéquez:

1. Evaluar periódicamente la calidad de atención nutricional brindada por los servicios de salud del departamento.
2. Realizar constantemente capacitaciones acerca de temas de seguridad alimentaria y nutricional al personal de salud encargados del desarrollo del PROSAN en los servicios de salud.

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

3. Garantizar el abastecimiento de insumos de forma permanente a todos los servicios de salud de Guatemala.

Al personal de salud:

4. La búsqueda activa de información nutricional y mejoramiento personal para brindar un excelente servicio a la población.
5. Mejorar el uso y mantenimiento del equipo antropométrico utilizado en los servicios de salud.

A licenciada en nutrición de área:

6. Coordinar con instituciones locales o nacionales el apoyo para realizar medidas correctivas en las deficiencias encontradas en los servicios de salud.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. De Brito E, Lentsck M. Primary Health Care from the perception of women living in a rural área. Rev Esc Enferm USP. Junio 2015; 49(5): 725-731 [consultada el 1 de feb. de 2016]
2. Reyes H, Flores S, Pérez R, et al. Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. Salud Pública De México. Marzo 2013; 55:S100-S105. [consultado el 1 de feb. de 2016]
3. Da Silva S, Baitelo T, Fracolli L. Evaluación de la atención primaria a la salud: la visión de los usuarios y profesionales acerca de la estrategia de Salud de la Familia. Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. octubre 2015;23(5):979-87 [consultado el 1 de febrero de 2016]
4. Bautista A, García J. Gestión de gobiernos locales en la calidad de la atención de la salud para niños. Revista de Salud Pública. Junio 2012; 14(2):3-14. [consultado el 1 de feb. de 2016]
5. Fernández M. Atalah E. Calidad de la atención de los menores de dos años controlados en el programa de riesgo de desnutrir en el Gran Santiago. Rev chil pediatr [Internet]. Nov 2000; 71(6): 485-490. [consultado el 1 de feb. de 2016]
6. Echeverría, B. Evaluación de las condiciones de eficiencia para la prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención de los puestos de salud en la región sur-oeste del departamento de Chimaltenango. Tesis. Guatemala, USAC, 2000

7. Fort M, Grembowski D, Verdugo J, Morales L, Arriaga C, Mercer M, Lim S. Implementation and progress of an inclusive primary health care model in Guatemala: coverage, quality, and utilization. *Rev Panam Salud Pública*. 2011; 30(3): 217-224. [consultado el 1 de feb. de 2016]
8. Ramírez-Valdivia M, Mendoza-Alonzo J, Moraga-Pumarino A. Desarrollo de un indicador de la calidad de atención en Centros de Salud Familiar para la medición de la eficiencia técnica. *Septiembre 2015*; 33(2): 238-259. [consultado el 1 de feb. de 2016]
9. Coronado Z. Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años (Estudio realizado en el puesto de salud del valle de Palajunoj, Quetzaltenango, Guatemala durante los meses de julio 2012 a febrero 2013). Tesis de Grado. Septiembre de 2014. [consultado el 1 de feb. de 2016]
10. Paz, M. 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. Tesis de Posgrado. Guatemala 2014. [consultado el 21 de septiembre de 2016]
11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Primer nivel de atención. 2016 [consultado el 22 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.mspas.gob.gt/index.php/en/primer-nivel-de-atencion.html>
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Información mensual de ejecución presupuestaria por renglón. 2015 [consultado el 22 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.mspas.gob.gt/uip/files/descargas/UIP2015/Diciembre/Art%C3%ADculo%2010%20Numeral%208/Articulo10Num8.pdf>
13. Centro de Investigaciones Económicas Nacionales. Lineamientos de Política Económica, Social y de Seguridad 2012-2020 [PDF en línea].

- Guatemala, noviembre de 2010 [consultado el 22 de enero de 2016].
Disponible en: <http://mejoremosguate.org/blog/wp-content/uploads/2012/02/Salud.pdf>
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria de labores, Año 2016 [PDF en línea]. Guatemala, 2017 [Consultado el 21 de marzo de 2017].
Disponible en: <http://www.mspas.gob.gt/images/files/acercadelmpas/MEMORIALABORES/MSPAS2016.pdf>
15. González R, Fernández M, González M y cols. La calidad de la atención en Salud [PDF en línea]. 2010 [consultado el 22 de enero de 2016].
Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2008/oras081a.pdf>
16. OMS. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems [PDF en línea]. 2006. [consultado el 21 de septiembre de 2016].
Disponible en: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf
17. UNICEF. Seguimiento de los progresos en la nutrición de los niños y las madres, una prioridad en materia de supervivencia y desarrollo. [PDF en línea]. Diciembre 2009. [consultado el 21 de septiembre de 2016].
Disponible en: <http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/Seguimiento-de-los-progresos-en-la-nutricion-de-los-ninos-y-las-madres-UNICEF-SP-2009.pdf>
18. Morales L. Resultado de las acciones para la promoción de lactancia materna y alimentación complementaria en el marco de la ventana de los 1000 días en dos municipios del departamento de Baja Verapaz. Tesis de grado. Guatemala febrero de 2015. [consultado el 29 de septiembre de 2016]

19. IV censo de talla a escolares. MSPAS. Guatemala 2015. [consultado el 29 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.sesan.gob.gt/index.php/noticias/censo-talla-2015/75-informe-ejecutivo-censonacional-2015/file>
20. Paz, V. Monitoreo de las acciones de la ventana de los mil días [PDF en línea]. Alianza por la nutrición, mejoremos Guate. Guatemala 2014 [consultado el 29 de septiembre de 2016]. Disponible en: https://www.plazapublica.com.gt/sites/default/files/monitoreo_ventana_de_los_mil_dias_mayo2014.pdf
21. Sala situacional desnutrición aguda, semana epidemiológica 37-2016. SIINSAN. [consultado el 29 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.siinsan.gob.gt/SemanasSalaSituacional>
22. MSPAS. VI encuesta nacional de salud materno-infantil ENSMI. Guatemala 2014-2015 [consultado el 23 de marzo de 2017]. Disponible en: www.mspas.gob.gt

XV. ANEXOS

Anexo 1.1

Universidad Rafael Landívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Nutrición



BOLETA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ACERCA DEL ESTUDIO DIAGNOSTICO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN NUTRICIONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ

**Responsable: Brenda Paz
Estudiante en tesis**

Personal de salud del puesto de salud de _____

Buen día, mi nombre es Brenda Paz, estudiante de la Licenciatura en Nutrición en la Universidad Rafael Landívar. Me dirijo a usted el día de hoy para pedirle su colaboración en el estudio que tiene como nombre **DIAGNOSTICO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN NUTRICIONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ.**

La razón por la cual deseo realizar este estudio es debido a la importancia que tienen los servicios de salud de primer y segundo nivel en la población general, así como en el control de enfermedades, incluida la desnutrición.

Para lograr esta investigación se requiere de una serie de recolección de datos del puesto en general, insumos e instrumentos, así como una encuesta dirigida al personal encargado de la clínica del niño sano.

Es por esto que estaría muy agradecida si decide colaborar en este estudio, así mismo si en algún momento de la recolección de datos tiene alguna pregunta puede dirigirse a mí para que se la pueda resolver. También deseo comentarle que los resultados del estudio serán socializados a las autoridades de la DASS para que se pueda ver reflejado el estudio.

Sin otro particular, le agradezco

F. _____

Anexo 1.2

Universidad Rafael Landívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Nutrición



INSTRUCTIVO DE LA BOLETA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ACERCA DEL ESTUDIO DIAGNOSTICO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN NUTRICIONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ

**Responsable: Brenda Paz
Estudiante en tesis**

Esta boleta tiene como fin el plasmar la autorización de parte del personal de salud con el que se estará trabajando durante el estudio.

Instrucciones:

Entregue la boleta de consentimiento informado a todo aquel personal de salud que esté involucrado en el monitoreo y control de crecimiento del puesto de salud, en algunos puestos conocido como la clínica del niño sano.

Explique verbalmente el objetivo del estudio, y la importancia de dejar en constancia de la autorización para la participación en el estudio. Así mismo explique que es totalmente voluntario.

Anexo 2.1

Universidad Rafael Landívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Nutrición



BOLETA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ACERCA DEL ESTUDIO DIAGNOSTICO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN NUTRICIONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ

**Responsable: Brenda Paz
Estudiante en tesis**

Usuario del puesto de Salud _____

Buen día, mi nombre es Brenda Paz, estudiante de la Licenciatura en Nutrición en la Universidad Rafael Landívar. Me dirijo a usted el día de hoy para pedirle su colaboración en el estudio que tiene como nombre **DIAGNOSTICO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN NUTRICIONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ.**

La razón por la cual deseo realizar este estudio es debido a la importancia que tienen los servicios de salud de primer y segundo nivel en la población general, así como en el control de enfermedades, incluida la desnutrición.

Para lograr esta investigación se requiere de una serie de recolección de datos, en las cuales se incluye una encuesta dirigida a usted, para reconocer la calidad de atención brindada por el personal de salud durante la visita.

Es por esto que estaría muy agradecida si decide colaborar en este estudio, así mismo si en algún momento de la recolección de datos tiene alguna pregunta o se siente incómodo con las preguntas puede decidir no seguir colaborando sin ningún problema.

Sin otro particular, le agradezco

F. _____

Anexo 2.2

Universidad Rafael Landívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Nutrición



INSTRUCTIVO DE LA BOLETA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ACERCA DEL ESTUDIO DIAGNOSTICO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN NUTRICIONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SACATEPÉQUEZ

**Responsable: Brenda Paz
Estudiante en tesis**

Esta boleta tiene como fin el plasmar la autorización de parte del personal de salud con el que se estará trabajando durante el estudio.

Instrucciones:

Entregue la boleta de consentimiento informado al usuario que usted eligió para participar en el estudio.

Explique verbalmente el objetivo del estudio, y la importancia de dejar constancia de la autorización para la participación en el estudio. Así mismo explique que es totalmente voluntario.

Anexo 3.1

Universidad Rafael Landívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Nutrición



BOLETA DE EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y SATISFACCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

Responsable: Brenda Paz
Estudiante en tesis

Puesto de salud: _____ Fecha: ____/____/____

Instrucciones:

El siguiente cuestionario evalúa aspectos como accesibilidad y satisfacción del servicio brindado por el Puesto de Salud. Responda marcando una "X" en el cuadro con el que usted se crea identificado

Accesibilidad

1. Para llegar al Puesto de Salud, usted:

Camina menos de 45 minutos Camina más de 45 minutos

Del Servicio brindado

2. El saludo inicial por parte del personal que le atendió fue:

Bueno Regular Malo

3. ¿La enfermera se comunica con usted en su idioma origen?

Sí No

4. Cómo calificaría la atención nutricional brindada por el personal que le atendió

Bueno Regular Malo

5. El personal que le atendió le da la confianza para realizar preguntas

Sí No

6. El personal que le atendió respondió todas sus dudas

Sí No

7. Durante la consulta, ¿recibió información nutricional o consejos nutricionales?

Sí No

8. La información nutricional que recibió le fue fácil de entender y practicar

Sí No

9. El tiempo de espera para la consulta le parece:

Bueno Regular Malo

Anexo 3.2

Universidad Rafael Landívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Nutrición



INSTRUCTIVO DE LA BOLETA DE EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y SATISFACCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

Responsable: Brenda Paz
Estudiante en tesis

Esta boleta tiene como fin el medir las variables de accesibilidad y satisfacción de los servicios de salud.

Instrucciones:

Pregunte oralmente al usuario, previamente elegido, el cual ya ha firmado su consentimiento informado, las preguntas de esta boleta.

Coloque una "x" en el cuadro de la respuesta que dé el usuario ante la pregunta hecha.

Agradezca la participación al usuario

Anexo 4.1

Universidad Rafael Landívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Nutrición



BOLETA DE EVALUACIÓN DE EQUIPO DE MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICO

Responsable: Brenda Paz
Estudiante en tesis

Puesto de salud: _____ Fecha: ____/____/____

Instrucciones:

El siguiente cuestionario evalúa aspectos de los instrumentos de medición utilizados en la clínica del niño sano. Responda con una "X" según la casilla que corresponda a la existencia, al estado y al uso de los instrumentos

Lugar donde realizan evaluación del estado nutricional: _____

Instrumento	Existencia		Estado			Uso							
	SI	NO	Bueno	Regular	Malo	Correcto		Incorrecto					
Balanza pediátrica													
Balanza de pie													
Tallímetro													
Infantómetro													
Cinta métrica													
Graficas de OMS													

Observaciones:

Anexo 4.2

Universidad Rafael Landívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Nutrición



INSTRUCTIVO DE LA BOLETA DE EVALUACIÓN DE EQUIPO DE MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICO

Responsable: Brenda Paz
Estudiante en tesis

Esta boleta tiene como fin el evaluar la variable de instrumentos de medición.

Instrucciones:

Pregunte al personal de salud en donde realizan las mediciones de talla y peso para el monitoreo y control de crecimiento de niños

Observe el área con atención, y siga los siguientes pasos:

1. Observe la existencia de balanza pediátrica, balanza de pie, tallímetro, Infantómetro, cinta métrica y gráficas de OMS
 - a. Si el instrumento está presente en el área coloque una “x” en la casilla “sí” según corresponda cada instrumento
 - b. Si alguno de estos falta coloque una “x” en la casilla de “no” según el instrumento que hace falta
2. Observe con atención el estado de los instrumentos, coloque una “x” en la casilla que corresponda según los siguientes criterios
 - a. “Bueno”: El estado se encuentra en óptimas condiciones, funciona adecuadamente, toma las medidas correctas, no tiene daño alguno.
 - b. “Regular”: El instrumento de medición funciona adecuadamente, aunque no se encuentra en óptimas condiciones, toma las medidas correctas, con daños mínimos
 - c. “Malo”: El instrumento de medición no funciona adecuadamente, el estado no se encuentra en las condiciones correctas, no toma medidas, posee daños irreversibles
3. Por último analice 5 tomas de medición con cada instrumento y coloque una “x” en la casilla que corresponda al uso del equipo y/o instrumento

Para el análisis en conjunto de los pasos anteriores coloque las siguientes puntuaciones según la casilla:

- Existencia: “Sí”: 1 punto “No”: 0 puntos
- Estado: “Bueno”: 2 puntos “Regular”: 1 punto “Malo”: 0 puntos
- Uso: “Correcto”: 1 punto “Incorrecto”: 0 puntos

Utilice el cuadro de variables para clasificar esta variable según la puntuación total.

Anexo 5.1

Universidad Rafael Landívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Nutrición



BOLETA DE EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS AL PERSONAL DE SALUD

Responsable: Brenda Paz
Estudiante en tesis

Puesto de salud: _____ Fecha: ____/____/____

Instrucciones:

El siguiente cuestionario evalúa los conocimientos acerca de los lineamientos del PROSAN. Responda cada interrogante según sus conocimientos.

Datos Generales

- Sexo: F M
- Tiempo laborando: _____
- Cargo: Auxiliar de Enfermería Enfermero Profesional
Otro: _____

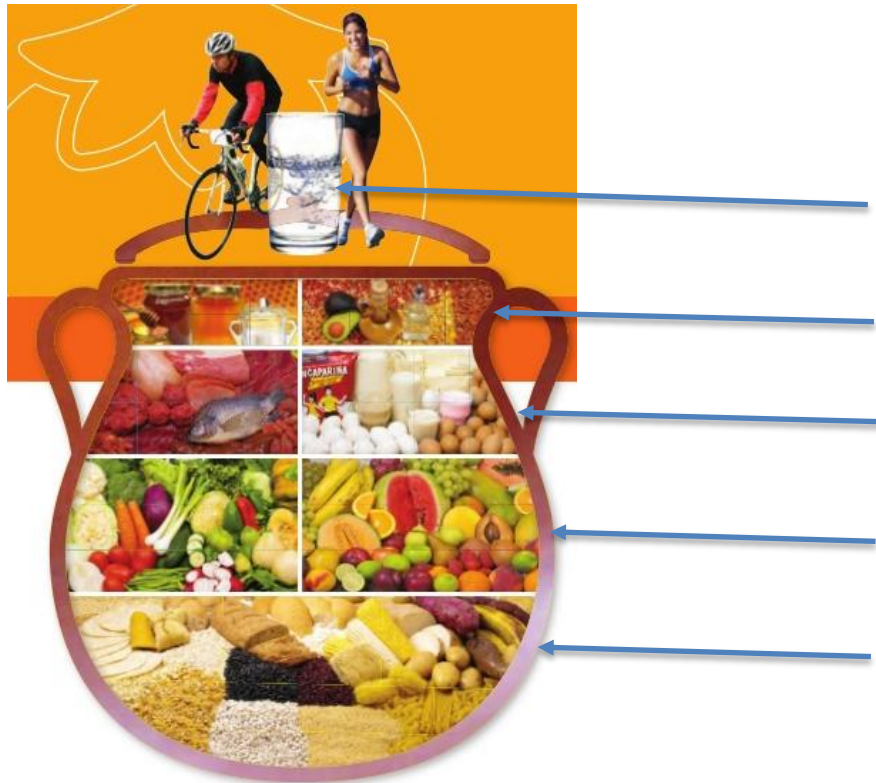
Evaluación de conocimientos

- ¿En qué grupo de población visualiza la aplicación de las Normas de Atención en Salud, en cuanto a temas de prevención y nutrición?
 - Solo en la población materno infantil
 - Niñas y niños menores de 5 años
 - Edad escolar, adolescencia, mujeres de 10 a 54 años, embarazadas, puérperas, madres lactantes y en la edad adulta
 - b y c son correctas
 - Ninguna de las anteriores
- ¿En qué momento se debe de iniciar la lactancia materna?
 - Debe ser inmediato, entre la primera media hora de nacido
 - A los 3 días de nacido
 - Durante el primer día

3. ¿Cuál es la frecuencia con la que se puede dar lactancia materna?
 - a. En un horario establecido
 - b. Solo durante el día
 - c. Cada vez que lo pida
4. ¿Cuál es el significado de lactancia materna exclusiva?
 - a. _____

5. Brinde 3 consejos que le diría a una madre acerca de la lactancia materna exclusiva
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____
6. ¿Qué es la alimentación complementaria y cuando debe de ser iniciada?
 - a. Es un alimento que se brinda si el niño presenta desnutrición, se inicia a partir de la detección del niño desnutrido
 - b. Es la alimentación que debe de ser dada en conjunto con la lactancia materna a partir de los 6 meses de edad
 - c. Es el tipo de alimentación que se da al bebe desde que nace conjunto con la lactancia materna
 - d. Ninguna de las anteriores
7. Brinde 3 consejos que le diría a una madre acerca de la alimentación complementaria
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____

8. Coloque el nombre del grupo correspondiente a la olla familiar guatemalteca



9. ¿Qué opción es la correcta?
- a. Todas las niñas y niños deben de ser suplementados con Zinc y Vitamina A semestralmente a partir de los 6 meses de edad.
 - b. Las niñas y niños de 6 meses a menores de 5 años deben ser suplementados con vitaminas y minerales espolvoreados semestralmente
 - c. Todas las embarazadas deben ser suplementadas con sulfato ferroso y ácido fólico semanalmente y su entrega debe ser en cada control pre-natal
 - d. b y c son correctas
 - e. Todas son correctas

10. ¿Qué es la desnutrición aguda y como se clasifica?

- a. Es un problema de salud resultante a la falta de aporte de alimentos, se refleja como una pérdida de peso según la estatura y puede ser clasificado como moderado y severo.
- b. Es la presencia de bajo peso en niños y puede ser clasificado como moderado y severo
- c. Es el resultado de una baja ingesta de alimentos, resultando en bajo peso y puede ser clasificado marasmo o kwashiorkor
- d. Ninguna es correcta

11. Población a la que se le debe dar tratamiento con ATLC

- a. Niños y niñas de 0 a 59 meses diagnosticados con desnutrición aguda severa con complicaciones detectadas
- b. Niños y niñas de 6 meses a menores de 5 años diagnosticados con desnutrición aguda moderada y severa sin complicaciones detectadas
- c. Niños y niñas menores de 6 meses a menores de dos años diagnosticados con desnutrición crónica
- d. Niños y niñas de 6 meses a menores de 59 meses diagnosticadas con bajo peso
- e. Ninguna de las anteriores

12. Brinde 3 consejos que le daría a una madre con un niño desnutrido agudo severo

- a. _____
- b. _____
- c. _____

13. ¿Cuál es la importancia nutricional del lavado de manos? Brinde un consejo acerca del lavado de manos

- a. _____

14. ¿Para qué sirve el uso de vitamina A?
- a. Procesos de visión, crecimiento de las células
 - b. El crecimiento y desarrollo adecuado de huesos, dientes y el cuerpo en general
 - c. Protección de las vías respiratorias, el aparato gastrointestinal y el urinario, lo que favorece el mecanismo natural de protección contra la invasión de bacterias
 - d. Ayuda a la creación de defensas para que los niños/as se enfermen menos
 - e. Todas son correctas
15. ¿Cuáles es la función del Zinc en el cuerpo?
- a. Es utilizado en nuestro cuerpo para el desarrollo de la piel, así como de la visión
 - b. El zinc no es necesario en nuestro cuerpo
 - c. Ayuda en el crecimiento y desarrollo normal del niño y de la niña, para el buen funcionamiento de las defensas y para ayudar a disminuir los casos de diarreas y neumonías
16. ¿Qué son los micronutrientes espolvoreados, mencione 3 micronutrientes que contiene?
- a. _____

17. Mencione 2 micronutrientes que tienen que ser suplementados en la mujer embarazada
- a. _____
 - b. _____
18. ¿En qué se relaciona la desparasitación con la buena nutrición?
- a. Si se desparasita se puede obtener una mejor absorción de nutrientes y por lo tanto tener una mejor nutrición
 - b. No se relacionan
 - c. La buena nutrición ayuda a que los niños no se enfermen de parásitos
 - d. Ninguna de las anteriores

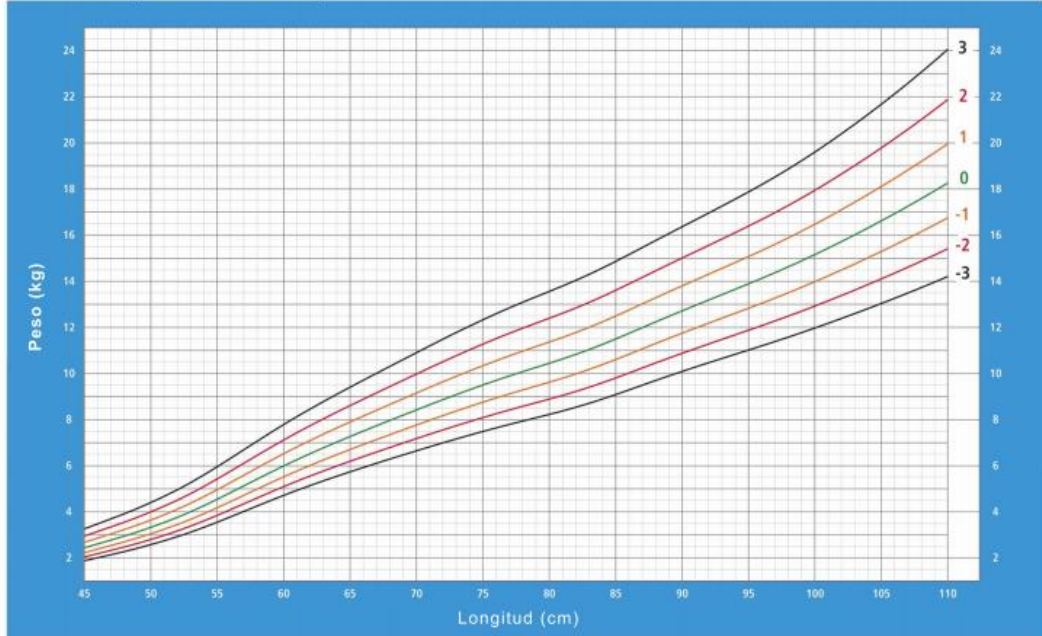
19. EG es un niño de 5 meses de edad que llega por primera vez al puesto de salud para control de peso y talla. Se obtiene un peso de 8.3 kg y una estatura de 81 cm. Diagnostique el estado nutricional de EG utilizando la tabla de “Peso para la longitud”

a. Diagnostico: _____

Peso para la longitud Niños



Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



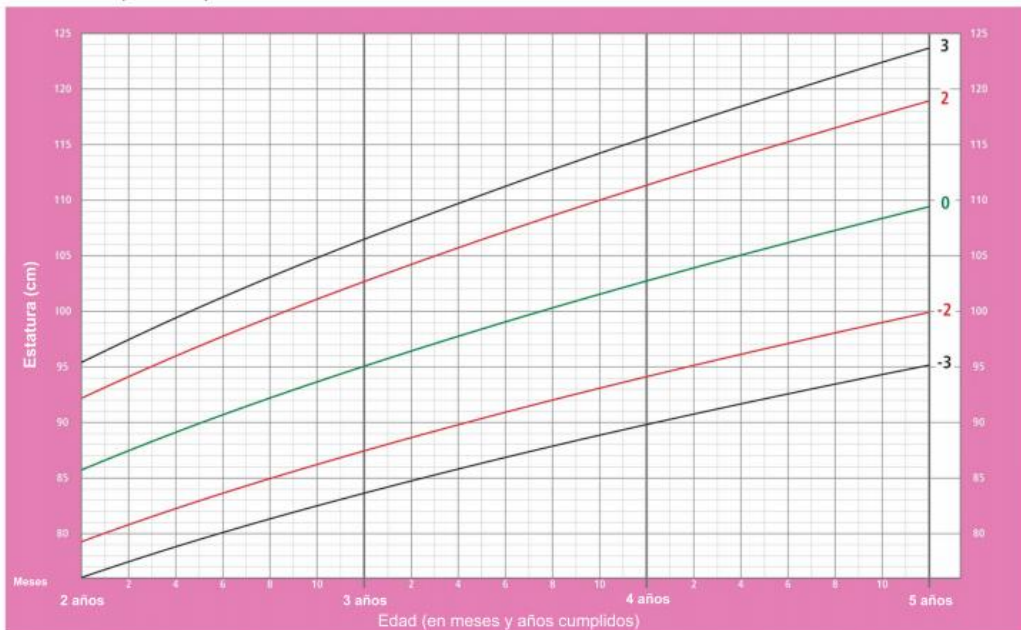
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

20. RF es una niña de 3 años de edad que llega a sus controles de peso y talla todos los meses. Este mes obtuvo una talla de 98 cm, marque el punto de intersección entre la edad y la talla.

Estatura para la edad Niñas



Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Anexo 5.2

Universidad Rafael Landívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Nutrición



INSTRUCTIVO DE LA BOLETA DE EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS AL PERSONAL DE SALUD

Responsable: Brenda Paz
Estudiante en tesis

Esta boleta tiene como fin medir la variable de conocimientos.

Instrucciones:

Luego de haber obtenido el consentimiento informado por parte del personal de salud, y de haber inspeccionado las demás variables, pregunte si tiene tiempo de contestar un cuestionario de 20 preguntas.

Explique el cuestionario, y brinde consejos en las dudas que sean necesarias, el cuestionario debe de realizarse en no más de 20 minutos.

Este debe ser calificado según la clave del anexo ya realizada por usted, el investigador.

Anexo 6.1

Universidad Rafael Landívar
 Facultad de Ciencias de la Salud
 Licenciatura en Nutrición

**BOLETA DE EVALUACIÓN DE INSUMOS**

Responsable: Brenda Paz
Estudiante en tesis

Puesto de salud: _____ Fecha: ____/____/____

Instrucciones:

El siguiente cuestionario evalúa la existencia de los insumos utilizados en la clínica del niño sano. Responda con una "X" según la casilla que corresponda a la existencia, así también anote la cantidad de existencia en farmacia

Insumo	Existencia		
	SI	NO	Meses de existencia BRES
MICRONUTRIENTES			
Micronutrientes espolvoreados (sobre)			
Vitamina A (perla de 100 000 U)			
Vitamina A (perla de 200 000 U)			
Zinc (tabletas)			
MEDICAMENTOS			
ATLC (sobre)			
Ácido fólico (tabletas de 5 mg)			
Albendazol (suspensión)			
Amoxicilina (suspensión)			
Acetaminofén (jarabe)			
Acetaminofén (gotas)			
Cuaderno Sigsa 5A			
Cuaderno Sigsa 5DA			
Carné del niño/a			
Fichas de notificación (desnutrición)			

Observaciones:

Anexo 6.2

Universidad Rafael Landívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Nutrición



INSTRUCTIVO DE LA BOLETA DE EVALUACIÓN DE INSUMOS

Responsable: Brenda Paz
Estudiante en tesis

Esta boleta tiene como objetivo medir la variable insumos.

Instrucciones:

Pregunte al personal de salud encargado de farmacia la existencia de cada insumo descrito en la tabla.

Pregunte al personal los meses de existencia de estos insumos, según el BRES

Anexo 7.1

Universidad Rafael Landívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Nutrición



BOLETA DE EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Responsable: Brenda Paz
Estudiante en tesis

Puesto de salud: _____ Fecha: ____/____/____

Instrucciones:

El instrumento evalúa la efectividad del PROSAN a través de la comparación del reporte de casos de DA en los puestos de salud. Se solicita el reporte de casos del año 2016 y se compara contra el reporte de casos del año 2015.

Recolección de datos

Reporte de casos DA 2015	Reporte de casos DA 2016

Análisis de datos

% de cambio en el último año	

Anexo 7.2

Universidad Rafael Landívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Nutrición



INSTRUCTIVO DE LA BOLETA DE EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Responsable: Brenda Paz
Estudiante en tesis

Esta boleta tiene como objetivo medir la variable de efectividad.

Instrucciones:

Solicite al personal de salud los datos de reportes de casos de desnutrición aguda en el año anterior al estudio. Así mismo solicite el reporte de casos del año antepasado al estudio.

Analice el porcentaje de cambio de casos de desnutrición aguda en los dos años.

Anexo 8

LISTADO DE LOS SERVICIOS DE SALUD INCLUIDOS EN EL ESTUDIO

A continuación se presenta el listado de los servicios:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. C/S Alotenango | 17. P/S San Lorenzo el Tejar |
| 2. C/S Antigua Guatemala | 18. P/S San Lucas |
| 3. P/S Ciudad Vieja | 19. P/S San Luis Pueblo Nuevo |
| 4. CC El Chipotón | 20. P/S San Miguel Dueñas |
| 5. P/S El Choacorrál | 21. CC San Pedro las Huertas |
| 6. CC El Hato | 22. CC Santa Ana |
| 7. CC El Rejón | 23. P/S Santa Catarina Barahona |
| 8. CC El Rosario | 24. P/S Santa Lucía Milpas Altas |
| 9. CC El Yalú | 25. P/S Santa María Cauque |
| 10. P/S Jocotenango | 26. P/S Santa María de Jesús |
| 11. P/S Magdalena Milpas Altas | 27. C/S Santiago |
| 12. P/S Pastores | 28. P/S Santo Domingo Xenacoj |
| 13. P/S San Antonio Aguas
Calientes | 29. P/S Santo Tomas Milpas
Altas |
| 14. P/S San Bartolomé Milpas
Altas | 30. CAP Sumpango |
| 15. CC San Juan del Obispo | 31. CC Vista Hermosa
Jocotenango |
| 16. CC San Lorenzo el Cubo | 32. CC Zorzoya I |