

2017

Resumen Ejecutivo Evaluación al Programa Acción Nutrición



Secretaría Nacional
de **Planificación**
y **Desarrollo**

Plan Anual de Evaluaciones 2016

Subsecretaría de Seguimiento y
Evaluación

Dirección de Evaluación de Políticas Públicas

Quito, 09 de marzo del 2017



Realizado por:

Francisco Javier López Luzuriaga
Dirección de Evaluación de Políticas Públicas

Revisado por:

Fernando Javier Cando Ortega
Director de Evaluación de las Políticas Públicas

Aprobado por:

Lizette Carolina Ponce Fernández
Subsecretaria de Seguimiento y Evaluación

Contenido

1. Descripción del Programa.....	3
2. Proceso de Evaluación del Programa Acción Nutrición.....	5
3. Resultados de la Evaluación del Programa Acción Nutrición	6
3.1 Observaciones generales	7
3.2 Eje Gestante Controlada.....	8
3.3 Eje Control de crecimiento y desarrollo.....	11
3.4 Eje de Lactancia materna y alimentación complementaria.....	13
3.4 Eje de Suplementación con micronutrientes	14
3.4 Eje de Creciendo con Nuestros Hijos (CNH).....	16
4. Conclusiones	16
5. Recomendaciones	23
6. Bibliografía.....	34

1. Descripción del Programa

El Proyecto Emblemático Acción Nutrición (CUP: 3038.0000.0000.377004) se formula en el año 2014 por parte del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS) como respuesta a la problemática de desnutrición crónica que enfrentan los niños/as menores a 5 años en el Ecuador. Dicho proyecto reformula al Proyecto para la Reducción Acelerada de la Malnutrición en el Ecuador. INTI (CUP: 30380000.1187.6735), ejecutado entre 2010 y 2014. La principal razón de la reformulación es la ampliación de cobertura, la cual pasa de focalizarse en 303 parroquias a tener una cobertura nacional (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2014, pág. 9).

En el marco del Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV) 2013 - 2017, el proyecto se alinea al Objetivo 3, el mismo plantea *mejorar la calidad de vida de la población*. La estrategia contribuye a la política 3.3 *Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud* y a la meta 3.3. *Erradicar¹ la desnutrición crónica en los niños/as menores de 2 años* (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2014; Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013).

El Proyecto Emblemático Acción Nutrición identifica a la desnutrición crónica (baja talla para la edad) como el principal tipo de malnutrición que afecta a los infantes menores a 5 años en el Ecuador, con una prevalencia de 25,2% (ENSANUT-ECU 2012, 2014, pág. 219). De igual manera, se evidencia que la desnutrición crónica es una problemática compleja, cuyas causas principales se asocian a temas de pobreza, los mismos que conllevan deficientes accesos a servicios de salud (controles médicos, consejerías nutricionales y de planificación familiar), servicios educativos, servicios de agua y saneamiento, entre otros. A su vez, la desnutrición es causa de problemas de salud y educativos en los individuos, los mismos que incluyen: elevadas tasas de morbilidad, bajos rendimientos educativos y ausentismo escolar. Estos factores en el largo plazo causan incremento en costos de salud y educación y una menor productividad, generando mayores niveles de pobreza y menor calidad de vida.

En este contexto, el Proyecto Emblemático Acción Nutrición se plantea con el objetivo general de contribuir a la erradicación de las principales formas de malnutrición infantil a través del diseño e implementación de mecanismos de política pública y coordinación interinstitucional, nacional y local. Del este objetivo, se desprenden tres objetivos específicos puntuales: i) Generar mecanismos intersectoriales para incrementar la cobertura de los servicios para la prevención y atención de la malnutrición infantil con calidez y calidad, y de forma articulada entre las distintas entidades del Estado; ii) Fomentar acciones intersectoriales para incrementar el consumo de los nutrientes que niñas y niños requieren a través de la mejora de hábitos de consumo, cuidado y disponibilidad de alimentos y suplementos; y ii) Promover la articulación intersectorial para mejorar las condiciones del hábitat que inciden en la situación nutricional de niñas y niños:

¹ Se entiende por erradicación de la desnutrición alcanzar un valor de prevalencia del 3% o menor.

agua, saneamiento y materiales de vivienda (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2014, págs. 18 - 19).

El proyecto cuenta con dictamen de prioridad hasta 2017, sin embargo en mayo de 2016, dados los inesperados resultados en torno a la problemática de desnutrición, el mismo fue reestructurado y focalizado a través de una estrategia denominada "Estrategia para la reducción acelerada de la desnutrición crónica (retardo para la talla)". Dicha estrategia busca la reducción de la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años de 23,9% en 2014 a 21,6% en 2016 y a 19,2% en 2017² (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2016).

La nueva estrategia para atacar la desnutrición crónica infantil se enfoca en la intervención en factores que se han encontrado efectivos en otros países de la región, y se hace operativa a través de 4 productos denominados: gestante controlada, vacunas completas para la edad, control de crecimiento y desarrollo completo para la edad, y consejería de hogares (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2016).

Adicionalmente, para la ejecución de la estrategia en territorio se han planteado criterios de priorización para la selección de provincias a intervenir: i) alta prevalencia de desnutrición; ii) alta contribución de desnutrición; iii) alta tasa de mortalidad materna y desnutrición; y iv) zonas afectadas por el terremoto del 16 de abril de 2016. A través de estos criterios se definió que la intervención se centrará en las provincias de Esmeraldas, Manabí, Santa Elena, Guayas, Pichincha, Bolívar, Chimborazo, Morona Santiago y Zamora Chinchipe (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2016).

En cuanto a la población objetivo, la estrategia prioriza la población a atender, enfocándose en: i) mujeres embarazadas: 216 mil por año; ii) recién nacidos durante el período de intervención: 121 mil; y, iii) niños/as menores de dos años durante el período de intervención: 325 mil.

Con esta base, la lógica de funcionamiento de la estrategia se basa en ampliar la cobertura de salud en mujeres embarazadas, garantizando que las mismas tengan los controles prenatales mínimos y los exámenes médicos complementarios básicos durante el periodo de gestación. Posteriormente, una vez que el infante nace, la cobertura de salud se enfoca en prevenir las infecciones que producen cuadros de desnutrición, principalmente a través de la vacunación contra el rotavirus y neumococo, y la cobertura con al menos 7 evaluaciones nutricionales durante el primer año de vida. Finalmente, un servicio transversal que deben recibir todos los hogares con niños/as menores a 2 años es la consejería, la misma que cubre temas de alimentación, uso de micronutrientes, entre otras prácticas de cuidado adecuado (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2016).

² Estas metas se establecen bajo dos supuestos: a) que la prevalencia de la desnutrición crónica en las provincias afectadas por el terremoto no variaría, y b) que se logra captar al 80% de las nuevas cohortes por nacer (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2016).



Finalmente, para la implementación y seguimiento de la Estrategia para la Reducción Acelerada de la desnutrición crónica infantil en las 9 provincias priorizadas, se conformó el Comité Interministerial MCDS-MIES-MSP el 15 de junio de 2016 (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2016).

2. Proceso de Evaluación del Programa Acción Nutrición

El Equipo Técnico de Evaluación conformado por Senplades en conjunto con representantes del Ministerio de Salud Pública, Ministerio Coordinador de Desarrollo Social y Naciones Unidas (UNFPA y OPS/OMS), realizaron la matriz de evaluación en la cual se describieron los ejes y preguntas de investigación sobre los temas a ser evaluados. Este instrumento fue la base sobre la cual se desarrolló la metodología de evaluación operativa. Los ejes de evaluación sobre los cuáles se desarrolla el presente resumen ejecutivo son: control de las gestantes, control de crecimiento y desarrollo de los niños, y consejería a los hogares.

Para analizar la operatividad del programa se levantó encuestas semiestructuradas en base a 17 formularios. Dichos instrumentos prevén un conjunto de preguntas con respuestas cerradas y abiertas para captar la percepción de los actores principales de una mejor manera. Adicionalmente, dentro de cada formulario se registraron preguntas y respuestas a aquellas planteadas formalmente. Cada formulario está dirigido a un actor importante en la cadena de valor del Programa Acción Nutrición.

En cuanto a la selección de la muestra, se utilizaron metodologías de muestreo no probabilístico. En primer lugar, la selección de las unidades de salud fue guiada desde la idea de escoger las realidades mayormente representativas de los fenómenos analizados. En segundo lugar, dentro de cada unidad de salud se seleccionaron perfiles de diferente naturaleza para garantizar la presencia de la opinión de los profesionales de salud de las unidades de salud, mujeres en edad fértil, gestantes, puérperas, y madres con hijos menores a 3 años. Por otro lado, se entrevistó a los gerentes y al personal de las dependencias relevantes del Ministerio de Salud con respecto a las intervenciones públicas. En tercer lugar, dentro de cada unidad, respetando el asunto de garantizar el levantamiento de la opinión de perfiles heterogéneos, el entrevistador seleccionó a los entrevistados en base a la conveniencia.

Los establecimientos de salud donde se realizaron las entrevistas fueron los siguientes:

	Nombre de la Unidad de Salud	Tipo de Unidad
DM Quito	Llano Chico	Centro de salud tipo A
	La Merced	Centro de salud tipo A
	Calderón	Centro de salud tipo B
	Lucha de los Pobres	Centro de salud tipo B
	Comité del Pueblo	Centro de salud tipo C
	Hospital Isidro Ayora	Hospital especializado



	Hospital Luz Elena Arismendi	Hospital especializado
DM Guayaquil	Primavera II	Centro de salud tipo A
	Abel Pontón	Centro de salud tipo A
	Durán	Centro de salud tipo B
	Materno Infantil Alfoso Oramas	Centro de salud tipo C
	Hospital Matilde Hidalgo de Prócel	Hospital especializado
	Clínica Paulson	Hospital especializado
Azuay	Sevilla de Oro	Centro de salud tipo A
	Javier Loyola	Centro de salud tipo A
	Anidada de Paute	Centro de salud tipo B
	Centro de salud No.1 de Azogues	Centro de salud tipo C
	Hospital de Gualaceo	Hospital Básico
Esmeraldas	Unión de Quinindé	Centro de salud tipo A
	Tonchigue	Centro de salud tipo A
	Cube	Centro de salud tipo A
	Atacames	Centro de salud tipo B
	Río Verde	Centro de salud tipo C
	Hospital de Quinindé	Hospital Básico
Chimborazo	San Andrés	Centro de salud tipo A
	Tixán	Centro de salud tipo A
	Sibambe	Centro de salud tipo A
	Guano	Centro de salud tipo B
	Centro de salud No. 1 de Riobamba	Centro de salud tipo C
	Hospital Docente de Riobamba	Hospital General

Para cada una de las entrevistas e información de historia clínica que se levantó, se realizó un estricto control de calidad por parte de los supervisores y de los coordinadores de la presente evaluación.

3. Resultados de la Evaluación del Programa Acción Nutrición

Para la presente sección se muestran los principales resultados derivados del ejercicio de evaluación realizado por la Dirección de Evaluación de Políticas Públicas (DEPP) de Senplades. Los ejes de evaluación definidos para presentar los resultados son: i) Gestante Controlada; ii) Control de crecimiento y desarrollo; iii) Lactancia materna y alimentación complementaria; iv) Suplementación con micronutrientes; y, v) Creciendo con Nuestros Hijos (CNH).

Inicialmente se realizan las observaciones generales obtenidas dentro del proceso de evaluación con respecto al programa. Posteriormente, se establecen los principales resultados de cada uno de los ejes. Al ser una evaluación de carácter operativo, se buscó mediante la información documental, registros administrativos, levantamiento de entrevistas y encuestas a los actores principales del programa (gerentes, autoridades, profesionales de salud, mujeres en edad fértil, púerperas y gestantes), determinar el nivel

de funcionamiento del servicio que ofrece el programa y el conocimiento sobre los protocolos que se deben cumplir para que funcione efectivamente el mismo.

3.1 Observaciones generales

En esta sección se establecen las observaciones rescatadas en el levantamiento de información, que permiten conocer el contexto general del funcionamiento de las unidades de salud visitadas en el operativo en territorio.

- Los centros, hospitales y maternidades en general priorizan la atención de mujeres gestantes, cuentan con procesos de capacitación del equipo, adelantan trabajo extramural captación y seguimiento, disponen de mapas parlantes, tarjetero obstétrico, censo obstétrico con categorización de riesgo (mínima cantidad de gestantes en muy alto riesgo), adelantan plan de parto, y cuentan con plan de emergencia comunitario.
- El anticonceptivo oral de emergencia (AOE), está disponible en todas las farmacias, se identifica el fácil acceso al mismo. Se sugiere mayor difusión de este anticonceptivo en mujeres mayores de 30 años.
- En general se cuenta con apoyo de ECU 911, sin embargo, en algunas zonas como Cube o Tixán presentan mayores retrasos debido a la distancia y la topografía, lo cual constituye un riesgo para la atención oportuna de emergencia.
- En general los centros de salud tipo A, B y C no cuentan con muchas áreas es decir que poseen un área de preparación en donde se atiende en primera instancia al paciente, se toman los signos vitales, y posteriormente se brinda la atención en consulta general o especializada.
- Se tiene una percepción ciudadana, de que en los últimos años los servicios de centros de salud, maternidades y hospitales han mejorado significativamente.
- Es relevante mejorar la oportunidad en la atención . implementando el uso de call center.
- Es importante disponer de mayor cantidad de implantes como recurrentemente lo referían directoras/as y personal de farmacia, puesto que las mujeres prefieren este método y se les dificulta acudir mensualmente por anticonceptivos, especialmente cuando viven en la zona rural.
- Las madres de niños/as, solicitan la ampliación del rango de edad para la suplementación con Chispas, y la entrega frecuente del mismo.
- En general las mujeres madres de niños/as, expresan desconocimiento para realizar alimentación complementaria, comentan que les orientan sobre la textura de los alimentos, pero desconocen los alimentos que pueden generar alergias, o la introducción progresiva de los mismos.
- El tiempo de atención en consulta a mujeres y niños/as suele ser inferior a 20 minutos por el número de pacientes a atender, esto afecta la calidad en la atención, y la apropiación de las personas de la prescripción y recomendaciones médicas.

- Es importante avanzar en los procesos de identificación y denuncia de abuso sexual y acceso carnal violento de niños/as, adolescentes, y personas con discapacidad.
- Las mujeres puérperas precisaron que no se les consulta por la disposición de la placenta, y en parto no se consulta la preferencia en la posición, por lo cual se realiza litotomía.
- En las áreas de preparación reposan la mayor cantidad de equipos de atención.

3.2 Eje Gestante Controlada

En las zonas 1, 3, 8 y 9 no se cumple con el estándar mínimo de cinco controles prenatales, según información levantada a partir de 450 historias clínicas perinatales en todas las zonas evaluadas. Al preguntar a 60 madres gestantes y 30 mujeres en puerperio tardío, de todas las zonas evaluadas acerca del número de controles prenatales realizados durante el embarazo, el promedio fue de 7 controles.

A partir de la información levantada de 450 historias clínicas perinatales en todas las zonas evaluadas, se encontró que el primer control prenatal se realiza dentro de las primeras 20 semanas de gestación lo cual es positivo y va acorde con lo estipulado en la normativa.

De la información obtenida a partir de 450 historias clínicas perinatales en todas las zonas evaluadas, el promedio más bajo de controles prenatales registrado fue entre las semanas de gestación 38 y 40.

En los casos en los que no se cumple el número recomendado de controles prenatales, las 60 mujeres gestantes y 30 mujeres puérperas tardías entrevistadas, indicaron que se debe principalmente a desconocimiento de la usuaria del estado gestacional durante los primeros meses, los turnos asignados eran para centros de salud lejanos al lugar de residencia o los tiempos de espera en el centro eran muy largos.

De las 90 mujeres gestantes y en puerperio tardío entrevistadas, se encontró que a 9 de cada 10 de ellas se les realizó tomas de sangre durante el período de gestación, lo cual es positivo teniendo en cuenta la importancia de la realización de exámenes complementarios durante este periodo. Esta cifra baja en la zona 3 donde la toma de sangre se realizó a 6 de cada 10 mujeres, de un total de 18 mujeres gestantes y puérperas tardías encuestadas.

En relación a los cuatro exámenes complementarios (hemoglobina, VIH, VDRL y EMO) que se deben realizar de forma obligatoria durante los controles prenatales, se encontró que en las 450 historias clínicas revisadas a nivel de todas las zonas evaluadas, los cuatro exámenes se realizan con mayor frecuencia dentro de las primeras 21 semanas de gestación. De las 89 historias clínicas revisadas de la zona 3 se registraron los porcentajes más bajos de realización de todos los exámenes, principalmente en el período de gestación que va de las 34 a 37 semanas. En las 90 historias clínicas

revisadas de la zona 1 también hay porcentajes críticos respecto a la realización de las pruebas de VIH (14,29%), VDRL (12,7%) y EMO (17,46%) durante las semanas 34 a 37 de gestación.

En los 12 centros de salud tipo A evaluados, las áreas de farmacia y laboratorio cuentan con menor cumplimiento de equipamiento. Apenas 3 de cada 10 cumplen con los insumos necesarios para llevar a cabo controles prenatales. Específicamente, en los 4 centros de salud tipo A evaluados de las zonas 3 (San Andrés y Tixán) y 9 (Llano Chico y La Merced), no se cumple con ningún ítem para el área de laboratorio, y los 2 centros tipo A evaluados en la zona 6 (Sevilla de Oro y Javier Loyola) tiene el equipamiento más precario comparado con los centros de todas las zonas evaluadas. En los centros tipo B, el único centro evaluado en la zona 8 (Durán) tiene el más bajo porcentaje de cumplimiento tanto de equipamiento como de insumos y talento humano en todas las áreas evaluadas. Los 5 centros de salud tipo C evaluados en todas las zonas son los que tienen un mejor cumplimiento de equipamiento, insumos y talento humano para realizar controles prenatales. Una observación importante es que al momento del levantamiento de la información algunas unidades indicaron que contaban con un listado distinto de equipamiento, insumos y talento humano del que fue provisto por la Dirección de Primer Nivel para esta investigación.

Apenas 1 de cada 3 profesionales de los 4 centros de salud tipo A y B de la zona 3 respondieron correctamente acerca de los algoritmos de manejo de trastornos hipertensivos del embarazo y screening para diabetes gestacional. En esta misma zona, ninguno de los profesionales de los centros tipo A y B respondió correctamente sobre el manejo de screening de diabetes gestacional. Los 4 profesionales de salud de los 2 centros tipo C evaluados en las zonas 1 (Río Verde) y 9 (Comité del Pueblo) tuvieron menor porcentaje de respuestas correctas sobre las acciones a tomar a partir de los exámenes complementarios de la mujer gestante. En los hospitales y maternidades, ninguno de los profesionales del Hospital de Gualaceo evaluado en la zona 6 respondió de forma correcta a preguntas relacionadas con el manejo de infección de vías urinarias durante el embarazo, manejo de sífilis primaria, actividades a realizar en el control prenatal de una mujer gestante con VIH y ganancia de peso recomendada durante el embarazo.

Alrededor de 6 de cada 10 de las 450 historias clínicas revisadas, registraron que durante el primer control prenatal realizan determinación de presión arterial, estimación de la edad gestacional, medición del peso y la talla, examen físico general y evaluación del estado nutricional. Las actividades que menos se registran fueron la determinación de TP, TTP, toma de citología vaginal y realización de Ig M IgG STORCH. A nivel de la zona 3 este resultado es crítico, donde ninguna de las 90 historias clínicas revisadas registra información sobre anamnesis, toma de citología vaginal, consejería en estilos de vida saludables y lactancia materna.

A partir del levantamiento de información de 450 historias clínicas, alrededor de 6 de cada 10 profesionales de la salud registran con mayor frecuencia en los controles prenatales subsecuentes las siguientes actividades: determinación de la presión arterial, estimación

de la edad gestacional, medición del peso y la talla. Por el contrario, las actividades menos registradas fueron el cultivo ano-genital entre las semanas de gestación 35 y 37, determinación de TTP y evaluación clínica de la pelvis. Es crítico a nivel de la zona 1 en la cual menos de 1 de cada 10 historias clínicas, de las 90 historias evaluadas, registran la realización de cultivo ano-genital y evaluación clínica de la pelvis. Aún más crítico es en la zona 3 donde ninguna de las 90 historias clínicas revisadas, registró actividades como anamnesis, examen físico general, evaluación clínica de la pelvis ni medición de la altura uterina.

Tanto para las 60 mujeres gestantes como para las 30 mujeres en puerperio tardío entrevistadas, los problemas de salud que presentaron con mayor frecuencia durante el embarazo fueron infección de vías urinarias, secreción vaginal de mal olor, sobrepeso y anemia.

Cuatro de los 8 profesionales entrevistados en los centros de salud tipo A y B de la zona 9, respondieron correctamente a preguntas sobre medidas antropométricas y ganancia de peso durante el embarazo. Apenas 3 de cada 10 de los 35 profesionales de centros tipo A y B a nivel de todas las zonas evaluadas conoce acerca de la interpretación de resultados de medidas antropométricas en la mujer gestante.

Cinco de cada 10 profesionales de los 10 profesionales de centros de salud tipo C entrevistados, respondieron correctamente a la pregunta sobre medidas antropométricas en el embarazo y 4 de cada 10 respondieron de forma acertada a la pregunta sobre ganancia de peso durante el embarazo. Cuatro de cada 10 de estos profesionales conoce acerca de la interpretación de resultados de medidas antropométricas en la mujer gestante.

Apenas 3 de cada 10 profesionales de los 15 profesionales entrevistados de hospitales y maternidades, respondieron correctamente a la pregunta sobre ganancia de peso durante el embarazo y 4 de cada 10 respondió correctamente acerca de las medidas antropométricas necesarias durante el control prenatal. Solo 2 de cada 10 de estos profesionales conoce acerca de la interpretación de resultados de medidas antropométricas en la mujer gestante.

En cuanto al registro en la historia clínica perinatal, si bien se evidenció que se realiza el registro de peso habitual, pre-concepcional, peso actual y talla (en las 450 historias clínicas revisadas), solo 3 de cada 10 valores de peso registrados en las historias clínicas son graficados en las curvas de peso para llegar al diagnóstico nutricional de la paciente. Los puntos más críticos fueron para la zona 1 donde solo 1 de cada 3 valores de peso registrados en el total de 90 historias clínicas revisadas, fueron graficados en las curvas de peso y la zona 3 donde menos de 1 de cada 10 valores registrados en las 90 historias clínicas revisadas, fue graficado en las curvas.

3.3 Eje Control de crecimiento y desarrollo

La mayoría de controles de los niños/as se realizan en unidades del MSP, especialmente en las zonas 2, 3 y 9. Se cumple con un control durante el primer mes de vida y 4 controles durante el primer año de vida, acorde con la concentración mínima propuesta por las Normas de Atención Integral a la Niñez. El menor número de controles se realizó en la zona 8. Las principales dificultades que encontraron las madres para no realizar los controles oportunos a sus niños/as fueron los tiempos de espera prolongados en los centros de salud y la dificultad para conseguir un turno.

De las 450 historias clínicas revisadas, 9 de cada 10 historias clínicas de niño/a registraron la realización de pinzamiento oportuno del cordón umbilical, apego precoz, lactancia inmediata y alojamiento conjunto (prácticas integrales del parto). La mayoría de las 30 mujeres en puerperio mediato entrevistadas, reportaron que la práctica que se realizó con mayor frecuencia fue la lactancia inmediata durante la primera hora de vida del recién nacido, la cual se cumplió en alrededor de 9 de cada 10 mujeres, principalmente en las zonas 3, 6 y 9.

A partir de la revisión de historias clínicas, se encontró que hasta los 2 años de edad del niño/a se registraron 1,53 tomas de hemoglobina, valor que fue similar para todas las zonas evaluadas y que no cumple con la normativa donde el niño/a debería tener dos tomas de hemoglobina hasta los 12 meses de edad.

De las 450 historias clínicas revisadas, el número de tomas de hemoglobina a los 2 años de edad fue de 1,53, con un valor promedio de 11,35 g/dl, cifra que se encuentra cercana al punto de corte para el diagnóstico de anemia, lo cual representa un riesgo para el desarrollo de la enfermedad. El menor valor promedio de hemoglobina se registró en la zona 8, donde fue de 10,46 g/dl que por definición entra en la categoría de anemia.

De los 35 profesionales de centros de salud tipo A y B entrevistados, 6 de cada 10 interpretaron de forma adecuada los valores de hemoglobina de los niños/as. El número más bajo de respuestas correctas fue para la zona 3 (8 profesionales encuestados). Esta cifra disminuye entre los 25 profesionales de los centros tipo C, hospitales y maternidades entrevistados. Los 8 profesionales de centros tipo A, B y C de la zona 6 son los que mejor puntúan acerca de la interpretación de valores de hemoglobina en niños/as. A partir del cálculo del indicador talla para la edad derivado de la base SIVAN año 2015, la zona 3 presenta el mayor porcentaje de talla baja (22,1%) y talla baja severa (11,7%), a partir de 59.966 observaciones y en comparación con el resto de zonas evaluadas.

A partir del cálculo del indicador peso para la edad derivado de la base SIVAN año 2015, nuevamente la zona 3 presenta la cifra más alta (8,3%) de bajo peso en niños/as menores de 5 años a partir de 59.966 observaciones, y las zonas 3 y 8 tienen los porcentajes más altos para bajo peso severo (2,7% y 2,6%, respectivamente). La zona 8 presenta el porcentaje más alto para peso elevado (3,8%) a partir de 84.656 observaciones.

En función del indicador índice de masa corporal (IMC) para la edad derivado de la base SIVAN año 2015, la zona 8 presenta los porcentajes más altos para los dos extremos nutricionales que son obesidad (3,5%) y sobrepeso (5,6%) y emaciación (4,8%), a partir de 84.656 observaciones registradas. La zona 9 registra el mayor porcentaje de peso normal (92,4%), a partir de 82.661 observaciones.

Respecto a la interpretación de medidas antropométricas en los niños/as, 7 de cada 10 profesionales de los 45 profesionales de centros de salud tipo A, B y C entrevistados, conocen mejor sobre las medidas antropométricas necesarias para evaluar el crecimiento de niños/as. Así mismo, son los profesionales de estas unidades quienes manejan mejor la interpretación de peso y talla en niños/as. Cabe destacar que la zona 6 registró el porcentaje de respuestas más alto tanto en centros de salud A y B como C (8 profesionales entrevistados). En relación a la interpretación de IMC en niños/as, son los profesionales de los centros tipo C quienes tuvieron el mayor número de respuestas correctas (10 profesionales encuestados). A nivel de todas las zonas priorizadas, los 15 profesionales entrevistados de hospitales y maternidades puntuaron bajo para las dos preguntas evaluadas, si bien cabe subrayar que los 2 profesionales entrevistados de la zona 1 tuvieron el 100% de respuestas correctas acerca de la interpretación de este indicador.

Seis de cada 10 profesionales, de los 35 profesionales de centros de salud tipo A y B entrevistados, manejan mejor la interpretación de peso y 4 de cada 10 la interpretación de talla en niños/as. Apenas 10% de profesionales de centros A y B de la zona 9 (de un total de 8 profesionales entrevistados) conocen acerca de la interpretación de talla e IMC en niños/as. Cinco de cada 10 profesionales de los 10 profesionales de centros de salud tipo C entrevistados, tienen mejor conocimiento acerca de la interpretación del IMC en niños/as, superando así a los profesionales de los centros A y B. Apenas 20% de profesionales de hospitales y maternidades de la zona 8, de un total de 4 profesionales entrevistados, respondieron acertadamente acerca de la interpretación de talla e IMC en niños/as.

Aproximadamente 4 de cada 10 profesionales, de los 36 encuestados en centros de salud tipo A y B, conocen acerca del manejo de anemia en niños/as. El valor más bajo fue para la zona 9 donde apenas 10% de los profesionales de un total de 8 entrevistados, conoce sobre el tema. Cuatro de cada 10 profesionales de centros de salud tipo C, de un total de 10 profesionales encuestados en todas las zonas evaluadas, se aproximan al manejo adecuado de anemia en niños/as propuesto en la normativa. El resultado más crítico es para los profesionales de hospitales y maternidades donde solo 1 de cada 10 respondieron correctamente (de un total de 15 profesionales evaluados).

3.4 Eje de Lactancia materna y alimentación complementaria

Respecto a la consejería sobre lactancia materna y alimentación complementaria, las 30 mujeres en puerperio tardío y las 30 madres de niños menores de 3 años encuestadas, fueron quienes recibieron mayor información al respecto. Los principales temas abordados durante la consejería están en relación con la lactancia exclusiva los primeros 6 meses de vida, no usar bebidas alcohólicas, drogas y cigarrillo durante la lactancia y el correcto lavado de manos antes y después de preparar los alimentos. Puntos críticos se identifican a nivel de ciertas zonas: apenas 1 de cada 10 mujeres en puerperio mediato, de las 10 encuestadas, recibió consejería sobre los beneficios del calostro en la zona 9. En la zona 1, las 12 mujeres gestantes encuestadas fueron quienes menos recibieron consejería sobre el orden para la introducción de alimentos complementarios, edad para la introducción de alimentos con gluten e introducción progresiva de nuevos alimentos. En la zona 3, solo el 30% de mujeres púerperas tardías, de las 6 mujeres entrevistadas, recibieron información sobre la edad para introducir alimentos que causan alergia y alimentos con gluten, evitar bebidas gaseosas o jugos con bajo valor nutritivo e introducción progresiva de los alimentos.

Ocho de cada 10 profesionales de los centros tipo A y B (de los 35 profesionales encuestados) tienen mayor conocimiento sobre las afecciones maternas que podrían justificar que se evite la lactancia materna. Por otra parte, de los 6 profesionales de centros tipo C entrevistados, 6 de cada 10 conocen mejor acerca del manejo de una madre lactante con una afección de salud. A nivel de hospitales y maternidades, de los 15 profesionales entrevistados, apenas 1 de cada 10 respondió acertadamente a la pregunta sobre afecciones maternas que justifican que se evite la lactancia materna y 2 de cada 10 profesionales respondieron correctamente sobre el manejo de una madre lactante con una afección de salud. Los 60 profesionales encuestados de los centros de salud tipo A, B, C, hospitales y maternidades, tienen un conocimiento limitado sobre las indicaciones puntuales de entrega del sucedáneo de la leche materna que estipula la normativa. El puntaje más crítico fue para los profesionales de los centros tipo A y B de la zona 9 donde apenas el 30% de profesionales, de un total de 8 encuestados, respondieron de forma correcta.

Respecto al conocimiento de los profesionales de la salud sobre los requisitos mínimos que deben cumplir los alimentos complementarios, 6 de cada 10 profesionales de los centros de salud tipo C (de un total de 10 encuestados) son quienes obtuvieron mayor porcentaje de respuestas correctas. Del total de 45 profesionales de centros A, B y C, la zona 3 fue la que puntuó más bajo. A nivel de hospitales y maternidades, de un total de 15 profesionales encuestados, apenas 3 de cada 10 respondieron de forma correcta, siendo el porcentaje más bajo para las zonas 1 y 6. Si bien hay un conocimiento óptimo de los requisitos mínimos de los alimentos complementarios en los profesionales de los centros A, B y C donde se realizan la mayor parte de controles a niños/as menores de 1 año, se identifica un punto crítico a nivel de hospitales y maternidades.



Cinco de cada 10 profesionales, de los 50 profesionales entrevistados de los centros de salud tipo A, B, hospitales y maternidades, respondieron correctamente a las preguntas sobre las normas para iniciar la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad. En relación a la pregunta sobre el tipo de alimentos para iniciar la alimentación complementaria, 4 de cada 10 profesionales de los 10 profesionales entrevistados de los centros tipo C respondieron adecuadamente. El porcentaje fue menor para profesionales de los centros A y B, hospitales y maternidades para esta pregunta específica. El punto más crítico se identifica en la zona 9 donde apenas 1 de cada 10 profesionales, de los 14 entrevistados, conoce sobre el tipo de alimentos para iniciar la alimentación complementaria en los niños/as.

Las 30 madres entrevistadas con niños menores de 3 años, consideran que la importancia de la lactancia materna radica en que ayuda a prevenir enfermedades, mejora las defensas del cuerpo y ayuda a que el niño crezca de forma adecuada. Por otra parte, consideran que la alimentación complementaria es importante porque el aporte de la leche materna ya no es suficiente y porque es necesario que los niños/as coman para que mejoren su crecimiento. Las madres refieren que los alimentos que incluyen en la dieta de los niños/as con mayor frecuencia son sopas, coladas, frutas, arroz, papas, carne, pollo, pescado, embutidos, galletas y pan.

3.4 Eje de Suplementación con micronutrientes

Nueve de cada 10 mujeres gestantes y puérperas tardías, de un total de 90 mujeres encuestadas, afirmaron haber recibido suplementación con tabletas de hierro + ácido fólico acorde a lo que estipula la normativa, principalmente en las zonas 1 y 9. Ocho de cada 10 mujeres recibieron esta entrega a través de la farmacia de las unidades de salud. Un punto crítico es en la zona 9 donde solo 7 de cada 10 madres de niños menores de 3 años (de un total de 30 mujeres entrevistadas) refirieron que se les entregó la suplementación.

Seis de cada 10 profesionales, de un total de 35 profesionales de centros A y B encuestados, y 8 de cada 10 profesionales, de 10 profesionales de centros de salud tipo C entrevistados, tienen un buen conocimiento acerca de cómo realizar la suplementación con hierro y ácido fólico a una mujer gestante. Puntos críticos sobre estos conocimientos se registraron entre los profesionales de centros A, B, hospitales y maternidades de la zona 8. En cuanto a las usuarias entrevistadas, 6 de cada 10, de un total de 120 mujeres, tienen un conocimiento adecuado sobre los beneficios de la suplementación con hierro y ácido fólico, pero no tienen clara la forma adecuada de tomar la tableta con el fin de garantizar su efecto.

Las 60 mujeres gestantes, 30 puérperas tardías y 30 madres de niños menores de 3 años encuestados, consideran como principales razones para dejar de tomar las tabletas de



hierro más ácido fólico el presentar náuseas, estreñimiento, deposiciones oscuras y feo sabor de boca.

Aunque la suplementación con Chispas no alcanza el 100% en ninguna de las zonas analizadas, 6 de cada 10, de un total de 30 madres de niños menores de 3 años respondieron que recibieron Chispas para su niño/a. El porcentaje más bajo de entrega se registró para la zona 8. Seis de cada 10 madres de niños menores de 3 años reportaron que la forma de entrega de Chispas fue a través de la farmacia del centro de salud. Es importante destacar que de las 30 personas encargadas de farmacia encuestadas, 8 de cada 10 indicaron que las mujeres pueden solicitar la entrega del producto durante la consulta de salud, en las entregas subsecuentes pueden retirar el producto sin necesidad de tomar un turno para la consulta médica y pueden acceder al producto sin presentar un documento de identificación o receta.

Existe un conocimiento precario por parte de los profesionales de la salud en relación a la correcta administración de Chispas. El porcentaje más bajo fue para los centros de salud A y B de la zona 3 donde solamente 10% de los 8 profesionales encuestados, conoce sobre este tema. En relación a las 30 madres de niños menores de 3 años entrevistadas, 8 de cada 10, tienen un conocimiento aceptable en cuanto a la administración de Chispas. La principal brecha de conocimiento está en temas relacionados a la frecuencia de administración de los sobres y a los efectos secundarios relacionados con su administración.

Siete de cada 10 profesionales, de los 45 profesionales de centros de salud tipo A, B y C encuestados, conocen mejor sobre la consejería que se debe brindar a las madres para el correcto uso de Chispas. El porcentaje más bajo se registró para las zonas 3, 8 y 9. A nivel de hospitales y maternidades apenas 4 de cada 10, de un total de 14 profesionales, respondió correctamente a esta pregunta. En cuanto al conocimiento sobre los efectos secundarios que pueden aparecer con la administración de Chispas, son los profesionales de los centros tipo A y B quienes tuvieron mayor número de respuestas correctas (7 de cada 10 profesionales de un total de 36 encuestados).

Respecto al manejo de patologías por déficit de micronutrientes, existe un desconocimiento de la norma por parte de los 60 profesionales encuestados de todos los tipos de centros de atención. El mayor porcentaje se registró para profesionales de los centros tipo A y B donde 6 de cada 10, de un total de 35 encuestados, respondieron de forma correcta a preguntas sobre este tema. Al contrario, apenas 1 de cada 10 profesionales de centros tipo C, de un total de 10 encuestados, y 3 de cada 10 profesionales de hospitales y maternidades, de un total de 15 encuestados, respondieron de forma correcta.

Es importante resaltar que el personal de farmacia (30 entrevistados) de las unidades estudiadas considera que el abastecimiento de tabletas de hierro y ácido fólico está acorde a la planificación en casi todas las unidades de salud. Al momento del levantamiento contaban con un stock adecuado, excepto en la zona 6; y el tiempo promedio de abastecimiento era de 3 meses, aunque se reporta tiempo de hasta 6 meses

para la zona 3. En cuanto a Chispas, igualmente las unidades consideran que el abastecimiento de los sobres está acorde a lo planificado, al momento del levantamiento contaban con stock, siendo la zona 1 con el número más bajo de sobres disponibles; y el tiempo promedio de abastecimiento era mensual. En casos de desabastecimiento, la solución más frecuente es gestionar una solicitud de préstamo a otras unidades.

3.4 Eje de Creciendo con Nuestros Hijos (CNH)

La consejería por parte de las educadoras CNH es fundamental para garantizar la eficacia de la suplementación con micronutrientes. En este marco se encontró que solo 4 de cada 10, de las 10 educadoras CNH encuestadas, respondieron correctamente sobre la composición de Chispas. Sin embargo, hay un buen conocimiento en cuanto a detalles de preparación, administración, y consumo de las mismas. Esto se evidencia principalmente en las zonas 3, 6, 8 y 9.

Cabe destacar que 10 de cada 10 consejeras CNH tienen un buen conocimiento de los temas que se deben abordar con los padres y madres para garantizar el buen uso de las Chispas y 7 de cada 10 conocen sobre sus efectos secundarios (de un total de 10 encuestadas). Respecto a este último tema, el porcentaje más bajo se registró en la zona 8 donde solo 1 de las 2 educadoras encuestadas tienen conocimiento acerca de los efectos secundarios de Chispas.

4. Conclusiones

En la presente sección se muestran las principales conclusiones derivadas del ejercicio de evaluación del Programa Acción Nutrición. A continuación el detalle de las conclusiones generales obtenidas del ejercicio:

Conclusiones Generales

1.- El Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS) es el actor principal del Programa Acción Nutrición que debe encargarse de la coordinación, articulación y monitoreo permanente de las actividades realizadas por las instituciones encargadas de ejecutar el programa. Sin embargo, el Ministerio de Salud Pública (MSP) es la instancia que abarca la mayor cantidad de competencias en el área de nutrición. De igual manera, las experiencias internacionales analizadas, denotan la necesidad del fortalecimiento de la coordinación intersectorial (salud, vivienda, agua y saneamiento, entre otros) para lograr los objetivos que pretenden los programas de desnutrición.

2.- Se maneja una gran cantidad de información dentro del Ministerio de Salud Pública, así como del resto de Instituciones que conforman la Red Pública Integral de

Salud (RPIS), sin embargo, dicha información es desagregada, heterogénea y subutilizada, lo cual dificulta la ejecución óptima del programa.

3.- La importancia del programa requiere de una instancia que consolide, evalúe y monitoree su información, de lo contrario debido a las diversas áreas involucradas corre el riesgo de que se diluya la información en los procesos, pierdan representatividad y no lleguen a consolidarse en territorio.

4.- A pesar de que el Ministerio de Salud Pública cuenta con normativas, guías de prácticas, guías de implementación e instructivos, aún hace falta alcanzar un nivel óptimo de cumplimiento en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

A continuación se detallan las conclusiones encontradas y divididas a cada eje de evaluación:

Eje Gestante Controlada

1.- Existen discrepancias entre la información de los registros administrativos (Base de Recursos y Actividades de Salud . INEC 2015) y la información levantada en campo de las 450 historias clínicas, y las madres gestantes (60) y puérperas (30) encuestadas. Los registros administrativos indican que en promedio (6,3 controles) se cumple con la normativa de al menos 5 controles prenatales, mientras que en las zonas 1, 3, 8 y 9 no se cumple con el estándar mínimo de cinco controles prenatales, según información de 450 historias clínicas perinatales revisadas en los establecimientos de salud visitados de las zonas evaluadas. Al preguntar a 60 madres gestantes y 30 mujeres en puerperio tardío, acerca del número de controles prenatales realizados durante el embarazo, el promedio fue de 2,1 y 2,4 controles respectivamente (no cumplen el estándar).

2.- En los casos en los que no se cumple el número recomendado de controles prenatales, las 60 mujeres gestantes y 30 mujeres puérperas tardías entrevistadas, indicaron que se debe al desconocimiento de la usuaria del estado gestacional durante los primeros meses, turnos asignados en centros de salud lejanos al lugar de residencia o tiempos de espera en el centro muy largos, los horarios de atención del establecimiento no coincidían con el tiempo libre de la gestante, y el trato de los profesionales a las pacientes no era adecuado.

3.- A partir de la información levantada de 450 historias clínicas perinatales en todas las zonas evaluadas, se encontró que el primer control prenatal se realiza dentro de las primeras 20 semanas de gestación lo cual es positivo y va acorde con lo estipulado en la normativa. De igual manera, en promedio los controles prenatales van disminuyendo a medida que avanza el embarazo.

4.- De las 90 mujeres gestantes y en puerperio tardío entrevistadas, se encontró que a 9 de cada 10 de ellas se les realizó tomas de sangre durante el período de gestación, lo cual es positivo teniendo en cuenta la importancia de los exámenes complementarios



durante este periodo. Esta cifra baja en la zona 3 donde la toma se realizó a 6 de cada 10 mujeres, de un total de 18 mujeres gestantes y puérperas tardías encuestadas.

5.- En relación a los cuatro exámenes complementarios (hemoglobina, VIH, VDRL y EMO) que se deben realizar de forma obligatoria durante los controles prenatales, se encontró en las 450 historias clínicas revisadas a nivel de todas las zonas evaluadas, que los cuatro exámenes se realizan con mayor frecuencia dentro de las primeras 21 semanas de gestación.

6.- Los centros de salud tipo C visitados en el levantamiento de información son los que mejor cumplimiento de equipamiento, insumos y talento humano tienen, en relación a los centros de salud tipo A (mayor déficit en área de laboratorio y farmacia) y B (mayor problema en consulta externa y administración general). De igual manera, al momento del levantamiento de información algunas unidades indicaron que contaban con un listado distinto de equipamiento, insumos y talento humano del que fue provisto por la Dirección de Primer Nivel para esta evaluación.

7.- Alrededor de 6 de cada 10 de las 450 historias clínicas revisadas, registraron que durante el primer control prenatal realizan determinación de presión arterial, estimación de la edad gestacional, medición del peso y la talla, examen físico general y evaluación del estado nutricional. Las actividades que menos se registran fueron la determinación de TP, TTP, toma de citología vaginal y realización de Ig M IgG STORCH. A nivel de la zona 3 este resultado es crítico, donde ninguna de las 90 historias clínicas revisadas registra información sobre anamnesis, toma de citología vaginal, consejería en estilos de vida saludables y lactancia materna.

8.- El conocimiento de los protocolos que se deben seguir en base a los resultados de los exámenes médicos complementarios es bajo entre todos los profesionales de salud encuestados en los centros de salud tipo A y B (36 encuestados), tipo C (9 encuestados), y de hospitales y maternidades (15 encuestados). Los menores porcentajes de respuestas correctas se encontraron en los profesionales de hospitales y maternidades.

9.- Alrededor de 6 de cada 10 profesionales de la salud registran (450 historias clínicas) con mayor frecuencia en los controles prenatales subsecuentes las siguientes actividades: determinación de la presión arterial, estimación de la edad gestacional, medición del peso y la talla. Por el contrario, las actividades menos registradas fueron el cultivo ano-genital entre las semanas de gestación 35 y 37, determinación de TTP y evaluación clínica de la pelvis. Es crítico a nivel de la zona 1 en la cual menos de 1 de cada 10 historias clínicas, de las 90 historias evaluadas, registran la realización de cultivo ano-genital y evaluación clínica de la pelvis. Aún más crítico es en la zona 3 donde ninguna de las 90 historias clínicas revisadas, registró actividades como anamnesis, examen físico general, evaluación clínica de la pelvis ni medición de la altura uterina.

10.- Los problemas de salud que presentaron durante el embarazo con mayor frecuencia las 60 mujeres gestantes y las 30 mujeres en puerperio tardío entrevistadas fueron infección de vías urinarias, secreción vaginal de mal olor, sobrepeso y anemia.



11.- Con respecto al conocimiento sobre las medidas antropométricas, su interpretación y ganancia de peso durante el embarazo, existe bajo conocimiento en los profesionales entrevistados, especialmente en los de los hospitales y maternidades (15 profesionales entrevistados) donde se obtuvo el menor porcentaje de respuestas correctas.

12.- Se evidenció que se realiza el registro de peso habitual, pre-concepcional, peso actual y talla (en las 450 historias clínicas revisadas), pero sólo en 3 de cada 10 valores de peso registrados en las historias clínicas son graficados en las curvas de peso para llegar al diagnóstico nutricional de la paciente. Los puntos más críticos fueron para la zona 1 donde solo 1 de cada 3 valores de peso registrados en el total de 90 historias clínicas revisadas, fueron graficados en las curvas de peso y la zona 3 donde menos de 1 de cada 10 valores registrados en las 90 historias clínicas revisadas, fue graficado en las curvas.

Eje Control de crecimiento y desarrollo

1.- En base a las 450 historias clínicas perinatales, se detecta que en las unidades visitadas en las zonas evaluadas se cumple con más de un control (1,94) durante el primer mes de edad de los niños/as y más de 4 controles (4,9) durante el primer año de vida, acorde con la concentración mínima propuesta por las Normas de Atención Integral a la Niñez. Las principales dificultades que encontraron las madres para no realizar los controles oportunos a sus niños/as fueron los tiempos de espera prolongados en los centros de salud y la dificultad para conseguir un turno.

2.- En 9 de cada 10 historias clínicas de niño/a (450 revisadas) se registraron las prácticas integrales de parto (pinzamiento oportuno del cordón umbilical, apego precoz, lactancia inmediata y alojamiento conjunto). La mayoría de las 30 mujeres en puerperio mediato entrevistadas, reportaron que la práctica que la lactancia materna fue la práctica más frecuente durante la primera hora de vida del recién nacido.

3.- Hasta los 2 años de edad del niño/a se registraron en las historias clínicas revisadas en promedio 1,53 tomas de hemoglobina, valor que no cumple con la normativa (dos tomas de hemoglobina hasta los 12 meses de edad). Además, se registró un valor promedio de 11,35 g/dl, cifra cercana al punto de corte para el diagnóstico de anemia (riesgo para el desarrollo de la enfermedad). El menor valor promedio de hemoglobina (10,46 g/dl) se registró en zona 8, que por definición entra en la categoría de anemia.

4.- De los 35 profesionales de centros de salud tipo A y B entrevistados, el 62,2% interpretaron adecuadamente los valores de hemoglobina de los niños/as. Para el caso de los profesionales entrevistados en los centros tipo C (10) disminuyó a 60%, y de hospitales y maternidades (15) a 13,3%.

5.- Respecto a la interpretación de medidas antropométricas en los niños/as, 7 de cada 10 profesionales de los 45 entrevistados en centros de salud tipo A, B y C, conocen mejor sobre las medidas antropométricas necesarias para evaluar el crecimiento de niños/as, en relación al conocimiento de los profesionales entrevistados en hospitales y maternidades. De igual manera, resultados parecidos se presentan en la interpretación de peso y talla, e índice de masa corporal en niños/as.



6.- Aproximadamente 4 de cada 10 profesionales, de los 36 encuestados en centros de salud tipo A y B, conocen acerca del manejo de anemia en niños/as. Cuatro de cada 10 profesionales de centros de salud tipo C, de un total de 10 profesionales encuestados en todas las zonas evaluadas, se aproximan al manejo adecuado de anemia en niños/as propuesto en la normativa. El resultado más crítico es para los profesionales de hospitales y maternidades donde solo 1 de cada 10 respondieron correctamente (de un total de 15 profesionales evaluados).

Eje Lactancia materna y alimentación complementaria

1.- Respecto a la consejería sobre lactancia materna y alimentación complementaria, las 30 mujeres en puerperio tardío y 30 madres de niños/as menores de 3 años encuestadas, recibieron mayor información al respecto. Los principales temas abordados durante la consejería son: lactancia exclusiva los primeros 6 meses de vida, no usar bebidas alcohólicas, drogas y cigarrillo durante la lactancia, y el correcto lavado de manos antes y después de preparar los alimentos. Puntos críticos que se deben abordar en la consejería: beneficios del calostro, orden para la introducción de alimentos complementarios, edad para la introducción de alimentos con gluten e introducción progresiva de nuevos alimentos, edad para introducir alimentos que causan alergia, y evitar bebidas gaseosas o jugos con bajo valor nutritivo.

2.- Ocho de cada 10 profesionales encuestados (35) de los centros tipo A y B tienen mayor conocimiento sobre las afecciones maternas que podrían justificar que se evite la lactancia materna. Por otra parte, de los 6 profesionales de centros tipo C entrevistados, 6 de cada 10 conocen mejor acerca del manejo de una madre lactante con una afección de salud. A nivel de hospitales y maternidades, de los 15 profesionales entrevistados, apenas 1 de cada 10 respondió acertadamente a la pregunta sobre afecciones maternas que justifican que se evite la lactancia materna y 2 de cada 10 profesionales respondieron correctamente sobre el manejo de una madre lactante con una afección de salud.

3.- Los 60 profesionales encuestados de los centros de salud tipo A, B, C, hospitales y maternidades, tienen un conocimiento limitado sobre las indicaciones puntuales de entrega del sucedáneo de la leche materna que estipula la normativa.

4.- Si bien hay un conocimiento óptimo de los requisitos mínimos de los alimentos complementarios en los profesionales de los centros A, B y C donde se realizan la mayor parte de controles a niños/as menores de 1 año, se identifica un punto crítico a nivel de hospitales y maternidades.

5.- Cinco de cada 10 profesionales, de los 50 profesionales entrevistados de los centros de salud tipo A, B, hospitales y maternidades, conocen las normas para iniciar la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad. En relación a la pregunta sobre el tipo de alimentos para iniciar la alimentación complementaria, 4 de cada 10 profesionales de los 10 profesionales entrevistados de los centros tipo C respondieron adecuadamente, mientras que el porcentaje fue menor en los profesionales de los centros A y B, hospitales y maternidades.



6.- Las 30 madres entrevistadas con niños/as menores de 3 años, consideran que la lactancia materna ayuda a prevenir enfermedades, mejora las defensas del cuerpo y ayuda a que el niño/a crezca de forma adecuada. Por otra parte, consideran que la alimentación complementaria es importante porque el aporte de la leche materna ya no es suficiente y porque es necesario que los niños/as coman para que mejoren su crecimiento. Las madres refieren que los alimentos que incluyen en la dieta de los niños/as con mayor frecuencia son sopas, coladas, frutas, arroz, papas, carne, pollo, pescado, embutidos, galletas y pan.

Eje Suplementación con micronutrientes

1.- Nueve de cada 10 mujeres gestantes y puérperas tardías, de un total de 90 mujeres encuestadas, recibieron suplementación con tabletas de hierro + ácido fólico acorde a lo que estipula la normativa. Ocho de cada 10 mujeres recibieron esta entrega a través de la farmacia de las unidades de salud. Un punto crítico es en la zona 9 donde solo 7 de cada 10 madres de niños menores de 3 años (de un total de 30 mujeres entrevistadas) refirieron que se les entregó la suplementación.

2.- Seis de cada 10 profesionales, de los 35 profesionales encuestados de centros A y B, y 8 de cada 10, de los 10 profesionales de centros de salud tipo C entrevistados, tienen buen conocimiento de cómo realizar la suplementación con hierro y ácido fólico a una mujer gestante. En cuanto a las usuarias entrevistadas, 6 de cada 10, de un total de 120 mujeres, tienen adecuado conocimiento sobre los beneficios de la suplementación con hierro y ácido fólico pero no tienen clara la forma adecuada de tomar la tableta.

3.- Las 60 mujeres gestantes, 30 puérperas tardías y 30 madres de niños menores de 3 años encuestadas, consideran las principales razones para dejar de tomar las tabletas de hierro y ácido fólico a: náuseas, estreñimiento, deposiciones oscuras y feo sabor de boca.

4.- Aunque la suplementación con Chispas no alcanza el 100% en ninguna de las zonas analizadas, 6 de cada 10, de un total de 30 madres de niños menores de 3 años respondieron que recibieron Chispas para su niño/a. El porcentaje más bajo de entrega se registró para la zona 8. Seis de cada 10 madres de niños menores de 3 años reportaron que la forma de entrega de Chispas fue a través de la farmacia del centro de salud. Es importante destacar que de las 30 personas encargadas de farmacia encuestadas, 8 de cada 10 indicaron que las mujeres pueden solicitar la entrega del producto durante la consulta de salud, en las entregas subsecuentes pueden retirar el producto sin necesidad de tomar un turno para la consulta médica, y pueden acceder al producto sin presentar un documento de identificación o receta.

5.- Precario conocimiento de los profesionales de la salud en relación a la correcta administración de Chispas. El porcentaje más bajo fue para los centros de salud A y B de la zona 3 donde solamente 10% de los 8 profesionales encuestados, conoce sobre este tema. En relación a las 30 madres de niños/as menores de 3 años entrevistadas, 8 de cada 10 tienen conocimiento aceptable de la administración de Chispas. La principal

brecha de conocimiento está en la frecuencia de administración de los sobres y los efectos secundarios relacionados con su administración.

6.- Siete de cada 10 profesionales, de los 45 profesionales de centros de salud tipo A, B y C encuestados, conocen bien la consejería que se debe brindar a las madres para el correcto uso de Chispas. El porcentaje más bajo se registró para las zonas 3, 8 y 9. A nivel de hospitales y maternidades apenas 4 de cada 10, de un total de 14 profesionales, respondió correctamente a esta pregunta. En cuanto al conocimiento sobre los efectos secundarios que pueden aparecer con la administración de Chispas, son los profesionales de los centros tipo A y B quienes tuvieron mayor número de respuestas correctas (7 de cada 10 profesionales de un total de 36 encuestados).

7.- Respecto al manejo de patologías por déficit de micronutrientes, existe un desconocimiento de la norma por parte de los 60 profesionales encuestados de todos los tipos de centros de atención. El mayor porcentaje se registró para profesionales de los centros tipo A y B donde 6 de cada 10, de un total de 35 encuestados, respondieron de forma correcta a preguntas sobre este tema. Al contrario, apenas 1 de cada 10 profesionales de centros tipo C, de un total de 10 encuestados, y 3 de cada 10 profesionales de hospitales y maternidades, de un total de 15 encuestados, respondieron de forma correcta.

8.- Según el personal de farmacia entrevistado (30) en las unidades visitadas el abastecimiento de tabletas de hierro + ácido fólico, y de Chispas ha sido acorde a lo planificado. La periodicidad de entrega de estos productos no es definida, sino varía por establecimiento (puede ser mensual como llegar hasta seis meses). Al realizar la verificación in situ de estos productos se determinó que existía stock en la mayoría de establecimientos visitados, aunque en casos de desabastecimiento, la solución más frecuente es gestionar una solicitud de préstamo a otras unidades.

Eje Creciendo con Nuestros Hijos (CNH)

1.- La consejería por parte de las educadoras CNH es fundamental para garantizar la eficacia de la suplementación con micronutrientes. En este marco se encontró que 4 de las 10 educadoras CNH encuestadas, respondieron correctamente sobre la composición de Chispas. Sin embargo, tienen buen conocimiento de detalles de preparación, administración, y consumo de las mismas.

2.- Cabe destacar que 10 de cada 10 consejeras CNH tienen un buen conocimiento de los temas que se deben abordar con los padres y madres para garantizar el buen uso de las Chispas y 7 de cada 10 conocen sobre sus efectos secundarios (de un total de 10 encuestadas). Respecto a este último tema, el porcentaje más bajo se registró en la zona 8 donde solo 1 de las 2 educadoras encuestadas tienen conocimiento acerca de los efectos secundarios de Chispas.

5. Recomendaciones

En el presente apartado se indican las principales recomendaciones obtenidas del proceso de evaluación del Programa Acción Nutrición.

Recomendaciones generales

1.- Fortalecer la capacidad de coordinación del MCDS en cuanto a la presencia en territorio, ya que se requiere asegurar el funcionamiento y los resultados del programa, con un equipo temporal vinculado a financiamiento de inversión. El MCDS debe asumir el rol articulador en territorio, convocando, planificando, haciendo el seguimiento y evaluando el programa con actores institucionales de los demás ministerios, y los GAD.

2.- Centralizar la información en una sola instancia dentro del Ministerio de Salud, y que esta misma realice la recopilación, análisis y seguimiento de la información con respecto al Programa Acción Nutrición, ya que actualmente existen muchas instancias que poseen la información y por lo tanto generan análisis de enfoques diferentes.

3.- Institucionalizar un instrumento de medición de la desnutrición de forma anual, para dar seguimiento efectivo y contar con información oportuna, que permita a las autoridades de las instituciones involucradas tomar decisiones a tiempo y corregir falencias.

A continuación se presentan las recomendaciones principales divididas por cada uno de los ejes de evaluación:

Eje Gestante controlada

1.- Para cumplir con el estándar mínimo de 5 controles prenatales durante todo el embarazo, tal como lo propone la normativa, se recomienda mejorar la captación de mujeres embarazadas y generar un trabajo coordinado entre los establecimientos de la red pública y complementaria de salud, con el fin de tener un registro común de atenciones de salud de la mujer gestante que ayude a mejorar el acceso de las mujeres y fortalezca el trabajo en red entre las instituciones y los profesionales.

2.- La normativa recomienda que se debe realizar el primer control prenatal durante las primeras 20 semanas de gestación, dato que se confirma con la información levantada. Se debe mantener y fortalecer la captación de mujeres dentro de las primeras 20 semanas de gestación para asegurar que se realice su primer control en ese período. Para esto se puede hacer lo siguiente:

- a) Líneas de teléfono exclusivas para mujeres en edad fértil y mujeres embarazadas que puedan asignar citas médicas para controles prenatales y con las que se pueda dar asistencia telefónica en temas relacionados con el embarazo temprano.



- b) Mensajes informativos en televisión, radio y transporte público masivo acerca de signos tempranos de embarazo y la importancia de acercarse de forma oportuna a las unidades de salud para revisión y seguimiento.
- c) Estimular la ayuda de las usuarias embarazadas que van a los centros de salud para captar mujeres en riesgo de embarazo o en etapas tempranas de embarazo entre su círculo de amigos, familiares y vecinos.
- d) Fortalecer los vínculos entre el programa y otras instituciones o ambientes (clínicas privadas de planificación familiar, instituciones educativas, trabajo social, iglesias, grupos comunitarios, programas de control de abuso de sustancias, entre otras) donde puedan ser captadas las mujeres en edad fértil o embarazadas en riesgo de no recibir atención médica oportuna.
- e) Personal de salud comunitario que capte a mujeres embarazadas dentro de su zona de influencia a través de la estrategia puerta a puerta.

3.- Dado que el promedio de controles prenatales disminuye a medida que avanza el embarazo, se recomienda mejorar el seguimiento de las mujeres gestantes hasta el final del embarazo, optimizando sus cuidados de salud durante las últimas semanas de gestación que constituyen una ventana de oportunidad en la antesala del parto. Para ello, en cada visita al establecimiento de salud se debe estimular a las mujeres gestantes a continuar con sus controles a lo largo de todo el embarazo enfatizando la importancia de controlar cada etapa del desarrollo del feto y de la salud materna. Por otra parte, las unidades de salud deben brindar siempre una bienvenida cálida a las mujeres gestantes, evitar requerimientos burocráticos largos y tediosos para brindar la atención, hacer un seguimiento de las citas perdidas y brindar soporte social cuando la mujer lo requiera.

4.- Los resultados obtenidos demostraron que no se cumple con los enfoques precoz y afectivo de los controles prenatales. Por tanto, para mejorar el enfoque precoz se recomienda mejorar la captación de mujeres dentro de las primeras 20 semanas de gestación a través de las estrategias expuestas en la recomendación 2. El enfoque afectivo puede mejorarse asegurando que:

- a. Los horarios de atención de las unidades se adapten a las actividades de las mujeres gestantes. Es decir, se prolonguen hasta la noche y se brinde atención los fines de semana y feriados.
- b. Se mejore la gestión de citas a través de una línea telefónica exclusiva para gestantes que permita asignar citas médicas mensuales o citas de emergencia en función de las unidades de salud cercanas al domicilio de la paciente.
- c. Asignación de cita y hora de atención, asegurándose de que los profesionales respeten dichos horarios según la normativa.

5.- Mantener y fortalecer la práctica de toma de muestras de sangre durante el embarazo, para ello se debe asegurar que las unidades de salud cuenten con un laboratorio equipado, con abastecimiento adecuado de insumos, y personal permanente y altamente capacitado en flebotomías y exámenes obligatorios de control de la mujer gestante.



6.- En relación a los cuatro exámenes complementarios obligatorios durante los controles prenatales (hemoglobina, VIH, VDRL y EMO), se recomienda mejorar el seguimiento de las mujeres embarazadas en las zonas 1 y 3 y asegurar que se realicen estas cuatro pruebas durante las semanas 34 a 37 de gestación. Para ello se debe cerciorar que las instalaciones de laboratorio de estas unidades cuenten con el equipo, los insumos y el personal necesario para la realización de estos exámenes. Además, se debe socializar la normativa a los profesionales de salud que realicen controles prenatales mediante capacitaciones periódicas, evaluaciones frecuentes y discusiones de casos.

7.- Respecto al equipamiento, insumos y talento humano de los centros de salud tipo A, B y C, se recomienda socializar en todas las unidades las listas de verificación elaboradas por la Dirección de Primer Nivel para que todos cuenten con la misma información. Teniendo en cuenta que estas unidades captan a una gran población, incluidas mujeres gestantes, se debe dotar de los equipos, insumos y personal requeridos en la normativa para realizar un control prenatal óptimo. Hasta que se puedan compensar estas deficiencias, se recomienda que los centros mencionados trabajen en red con otras unidades de su zona a donde puedan derivar a las mujeres gestantes para asegurar que se realicen los controles prenatales y puedan hacerse todos los exámenes complementarios necesarios.

8.- Respecto al conocimiento de los profesionales de salud de la normativa y algoritmos de manejo de control prenatal y patologías frecuentes en el embarazo, se recomienda fortalecer la socialización de la normativa entre los profesionales a través de la entrega del documento en físico o enlace a la página web que lo contiene, definir un miembro de la zona o de la unidad que se encargue de organizar actividades docentes (discusiones de casos, presentaciones de las normativas, evaluaciones continuas y auditorías periódicas de las historias clínicas perinatales). Fortalecer la educación médica continua con el apoyo de la Academia, que permita realizar cursos semi-presenciales o en línea con aval académico y cuyo puntaje sea tomado en cuenta en la evaluación de desempeño del personal.

9.- Respecto a las actividades que se realizan durante el primer control prenatal de la mujer gestante, se recomienda fortalecer la socialización de la normativa relacionada a control prenatal entre los profesionales de la salud a través de capacitaciones continuas organizadas por la zona o con apoyo de la Academia, discusiones de casos en el seno de la unidad y auditorías frecuentes de las historias clínicas. Los temas que se deben fortalecer son la importancia de realizar y registrar en la historia clínica perinatal la cuantificación de TP y TTP, toma de citología vaginal, determinación de IgG IgM STORCH, importancia de realizar anamnesis completa en la primera visita, consejería sobre estilos de vida saludables y lactancia materna a las mujeres gestantes. Es fundamental enfatizar en la necesidad de registrar en la historia clínica perinatal todas las actividades que se realizan durante el primer control prenatal.

10.- En relación a las actividades que se realizan durante los controles prenatales subsecuentes, se recomienda fortalecer la socialización de la normativa relacionada a control prenatal entre los profesionales de salud a través de capacitaciones continuas

organizadas por la zona o con apoyo de la Academia, discusiones de casos en el seno de la unidad y auditorías frecuentes de las historias clínicas. Los temas que se deben fortalecer son la importancia de realizar y registrar en la historia clínica perinatal el cultivo ano-genital entre las semanas 35 y 37 de gestación, la determinación de TTP, la evaluación clínica de la pelvis, y medición de la altura uterina.

11.- Siendo los problemas de salud que las usuarias presentaron con mayor frecuencia durante el embarazo la infección de vías urinarias, secreción vaginal de mal olor, sobrepeso y anemia, se debe asegurar que los profesionales de la salud conozcan los algoritmos de manejo de los motivos de consulta más frecuentes en la mujer embarazada que estipula la normativa de controles prenatales. Para ello, se deben generar espacios docentes donde los profesionales de la salud puedan discutir casos, revisar la normativa y ser evaluados periódicamente. Así mismo, es fundamental que las unidades de salud cuenten con el equipamiento, insumos y personal necesarios para poder realizar un control prenatal óptimo y un adecuado manejo de las molestias de salud más frecuentes en este periodo. Específicamente, las unidades deben contar con reactivos de laboratorio para determinación de infecciones de vías urinarias, vaginitis y vaginosis, biometría hemática, hemoglobina y hematocrito. El área de enfermería de las unidades debe contar con tallímetro y balanza para determinar las medidas antropométricas de la mujer gestante a partir de las cuales el profesional de salud puede determinar el IMC para detección oportuna de bajo peso, sobrepeso u obesidad.

12.- Acerca de la falta de conocimiento de los profesionales de la salud sobre medidas antropométricas y ganancia de peso durante el embarazo, se debe realizar capacitaciones a los profesionales de los centros de salud, hospitales y maternidades en la interpretación de resultados de medidas antropométricas en la mujer gestante. Estas capacitaciones organizadas por la zona o por la unidad de salud deberían realizarse bajo la modalidad de talleres prácticos donde se provea a los profesionales de casos clínicos con datos de medidas antropométricas de mujeres gestantes, a partir de los cuales puedan graficar en las curvas de peso, talla, IMC, generar diagnósticos nutricionales pertinentes y derivar el manejo adecuado para cada caso.

13.- La recomendación para mejorar el cumplimiento de la normativa sobre evaluación nutricional de la mujer gestante es capacitar al personal de salud sobre la importancia y la técnica adecuada para la toma de medidas antropométricas en la mujer embarazada y enfatizar en el correcto registro de los datos en la historia clínica perinatal. Es importante además crear conciencia en los profesionales que la toma de medidas antropométricas no es tarea exclusiva del personal de enfermería sino que cualquier miembro del equipo de salud puede y debe realizar la toma de peso y talla.

14.- Se debe proveer a los establecimientos de salud con equipos para la cuantificación de peso y talla de la mujer gestante (tallímetro, balanza calibrada), calculadora, curvas de medidas antropométricas y una copia de la normativa en cada consultorio. Se debe recordar a los profesionales que la historia clínica es un documento clínico-legal en el cual debe constar claramente toda la información realizada durante la atención de salud. Para enfatizar en este punto se deben realizar auditorías frecuentes de las historias clínicas

perinatales, retroalimentar al profesional que está incumpliendo con el registro de información en la historia y crear espacios de discusión donde se evalúen historias clínicas perinatales entre todos los profesionales que laboran en el centro.

Eje Control de crecimiento y desarrollo

1.- En relación a los controles de crecimiento y desarrollo de niños/as hasta los 24 meses de edad, se recomienda mejorar la captación a través de estrategias como:

- a) Proveer a la madre incentivos (económicos, sociales, entre otros) para que acuda regularmente a las unidades de salud a realizar los controles de su niño/a.
- b) Mantener en cada unidad un registro de contactos (teléfono y dirección) de las madres de niños/as menores de 24 meses de manera que puedan ser contactadas vía telefónica por el personal de la unidad de salud y se pueda agendar citas. Dichos contactos deberían ser cruzados con información proveniente de las instituciones educativas de la zona.
- c) Organizar un equipo de profesionales de la unidad para que realice visitas domiciliarias a niños/as que no puedan acercarse al centro de salud.
- d) Trabajar conjuntamente con las guarderías para realizar controles de salud a los niños/as dentro del horario que se encuentran en la institución.
- e) Mejorar el acceso a los turnos para atención y disminuir los tiempos de espera en las unidades de salud dando prioridad al niño/a para la atención o agendando citas a una hora determinada, para disminuir tiempos de espera.

2.- Si bien se están cumpliendo de forma óptima las prácticas integrales del parto, es la lactancia materna precoz la que se reporta con mayor frecuencia. Se debe enfatizar en la importancia de las prácticas restantes: pinzamiento oportuno del cordón umbilical, apego precoz o contacto inmediato piel a piel. Esto se puede lograr creando espacios dentro de las unidades de salud donde las mujeres gestantes puedan intercambiar ideas y recibir charlas y consejería del personal de salud acerca de sus derechos en el parto.

3.- En relación al número de tomas de hemoglobina de niños/as hasta los 2 años de edad, la normativa vigente no especifica el número de tomas de hemoglobina que se debe realizar entre los 12 y 24 meses de edad por lo que se recomienda en primer lugar especificar en la normativa el número de tomas de hemoglobina esperadas hasta los dos años de edad y socializar dicha información a los profesionales de salud de las diferentes unidades. El conocimiento de la normativa por parte de los profesionales debe ir de la mano con un laboratorio bien equipado y que cuente con los insumos necesarios para realizar dicho examen, de lo contrario, se debe crear un sistema de trabajo en red con los laboratorios de otras unidades.

4.- Respecto a los valores de hemoglobina en niños/as, además de mejorar la cobertura de las tomas, se debe realizar un diagnóstico oportuno a partir del resultado obtenido con el fin de acortar el tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento de un niño/a que tenga anemia. Para ello, los laboratorios de las unidades de salud deben contar



permanentemente con insumos de laboratorio y personal capacitado para la toma y procesamiento de muestras de hemoglobina, además de un sistema de comunicación directa con los profesionales, de manera que un resultado anormal de hemoglobina sea comunicado de forma urgente al profesional de salud y se pueda contactar a la madre del niño/a para que reciba un manejo oportuno. Una vez captado el caso, se debe brindar suplementación o tratamiento con micronutrientes.

5.- Fortalecer los conocimientos de los profesionales de la salud en cuanto a la interpretación de valores de hemoglobina y el diagnóstico de anemia; teniendo en cuenta los ajustes que se deben realizar por encima de mil metros sobre el nivel del mar. Para ello es fundamental crear espacios dentro de las unidades donde se pueda socializar la normativa, tener discusiones de casos y realizar capacitaciones periódicas contando con apoyo de la Academia, de manera que el aprendizaje tenga un aval académico y sea sujeto a evaluación.

6.- Para superar problemas de nutrición de los niños/as se recomienda fortalecer el programa de nutrición infantil y suplementación con micronutrientes a través de las siguientes estrategias:

- a) Detectar y monitorear puntos críticos de cada dominio de la salud del niño/a (condiciones de salud, condiciones socioeconómicas, situación familiar, acceso a saneamiento básico, entre otros).
- b) Consolidar y fortalecer programas de nutrición y suplementación actuales a través de la capacitación continua con apoyo de la Academia a profesionales de salud, mejora en abastecimiento de medicamentos y micronutrientes a las unidades de salud, mejora en la gestión de asignación de primeras citas y subsecuentes.
- c) Trabajar con el personal de las guarderías para crear espacios de socialización acerca de la importancia de la higiene en la preparación de alimentos, alimentos apropiados para la nutrición del niño/a, preparación de loncheras y comidas escolares nutritivas, entre otras.
- d) Promover la participación activa de padres y madres de familia, comunidad y GAD en el desarrollo e implementación de iniciativas nutricionales para niños/as.
- e) Realizar un seguimiento permanente del niño/a con problemas de malnutrición en el centro de salud o a través de visitas domiciliarias frecuentes.
- f) Control antropométrico mensual del niño/a afectado y evolución a lo largo del tiempo con ayuda de la gráfica del problema de malnutrición.
- g) Crear espacios para madres donde sean capacitadas sobre la importancia de una dieta balanceada y suplementación a los niños/as, higiene para preparación de los alimentos, elaboración de alimentos con alto contenido nutricional.
- h) Mejorar las destrezas diagnósticas de este tipo de patologías por parte del personal de salud incorporando en cada visita del niño/a las medidas de peso y talla, IMC, y las gráficas de crecimiento referenciales.

7.- Se debe reforzar los conocimientos de medidas antropométricas necesarias para evaluar el crecimiento de niños/as y su interpretación, en los profesionales de salud (especialmente de hospitales y maternidades), reforzando los contenidos de la normativa

sobre este tema. Para ello, se debe coordinar con la Academia programas de educación médica continua bajo la modalidad de resolución de casos clínicos, hacer evaluaciones de conocimiento frecuentes, y crear espacios de discusión de casos dentro de las unidades.

8.- Tomando en cuenta que la evaluación nutricional de los niños/as es una actividad fundamental durante el control de salud, es necesario que los profesionales interpreten en forma adecuada las medidas antropométricas de peso, talla e IMC. Por tanto, se recomienda:

- a. Crear programas de capacitación y educación médica continua sobre evaluación nutricional en niños/as con apoyo de la Academia. Las capacitaciones deben ser periódicas, estar sujetas a evaluación, y tener un aval académico por el número de horas que puedan ser tomadas en cuenta para la evaluación de desempeño del personal de salud. Las capacitaciones deberán ser realizadas bajo la modalidad de taller práctico con discusión de casos, interpretación y graficación de medidas antropométricas en las tablas de crecimiento, descripción acertada del diagnóstico y flujograma de manejo para cada caso.
- b. Realizar auditorías periódicas de historias clínicas de niños/as para evaluar si a partir de las medidas antropométricas registradas se grafica adecuadamente las curvas de crecimiento y se registra el diagnóstico correcto de forma clara.
- c. Poner a disposición del personal médico, en cada consultorio, las curvas de crecimiento, calculadora y la fórmula clara y visible para el cálculo de IMC.

9.- Teniendo en cuenta que la anemia es una patología que puede encontrarse con frecuencia en los niños/as, todos los profesionales de salud deben tener conocimientos sólidos sobre este tema. Sin embargo, los profesionales encuestados puntuaron muy bajo en relación al manejo de anemia. Por lo tanto, se recomienda:

- a. Fortalecer las capacitaciones sobre manejo de anemia en niños/as con apoyo de la Academia y a través de talleres prácticos con resolución de casos clínicos.
- b. Socializar la normativa entre los profesionales haciendo énfasis en los niveles de hemoglobina y altitud sobre el nivel del mar para diagnosticar anemia, y los valores que definen el grado de la enfermedad (leve, moderada y severa).
- c. Realizar auditorías periódicas de las historias clínicas con el fin de determinar si los valores de hemoglobina están acorde con el diagnóstico y manejo propuesto, y realizar sesiones de retroalimentación con todos los profesionales.

Eje Lactancia materna y alimentación complementaria

1.- Fortalecer estas consejerías sobre lactancia materna y alimentación complementaria mediante las siguientes estrategias:

- a. Poner a disposición de las madres información detallada sobre estos temas mediante espacios donde intercambien ideas con otras usuarias y donde los profesionales de salud puedan responder a sus inquietudes. Es importante que se



- disponga de información gráfica (posters, videos, trípticos) a disposición de la usuaria siempre que visite la unidad de salud.
- b. Crear espacios (clubes de madres) donde se brinde talleres de preparación de alimentos para niños/as que están iniciando la alimentación complementaria, donde se pueda realizar un intercambio de recetas entre las madres, intercambio de ideas de la lactancia materna (mitos, dificultades, entre otros), y donde un profesional capacitado enseñe la técnica adecuada para dar de lactar.
 - c. Promover la divulgación de temas de lactancia materna y alimentación complementaria a través de medios de comunicación (radio, televisión, prensa escrita) y medios de transporte masivos.

2.- Dada la importancia del tema de la lactancia, se debe fortalecer y uniformizar los conocimientos de los profesionales de la salud sobre las indicaciones para la suspensión total y permanente de la leche materna en caso de afecciones maternas o del recién nacido, según lo estipula la normativa. El mayor déficit de conocimientos se encontró en los profesionales de hospitales y maternidades por lo que se recomienda socializar la normativa entre estos profesionales, crear espacios de capacitación con apoyo de la Academia, evaluar periódicamente el conocimiento de los profesionales, generar espacios docentes dentro de la unidad donde se planifique al menos una vez al mes sesiones de discusión de casos clínicos que les permita tener una postura crítica y objetiva a la hora de tomar decisiones en cuanto a la suspensión o no de la lactancia materna.

3.- En vista del precario conocimiento de todos los profesionales evaluados acerca de la entrega de sucedáneo de leche materna, se recomienda incluir el tema de entrega de sucedáneo de leche materna dentro de las capacitaciones que se brindan periódicamente al personal de salud y realizar evaluaciones frecuentes al respecto. Probablemente como la entrega de sucedáneo no es un evento que se presenta muy a menudo en la práctica clínica, no son conocimientos con los que los profesionales están trabajando a diario. Además, sería útil evaluar las historias clínicas de pacientes a quienes se les haya entregado el sucedáneo para determinar si se han cumplido las indicaciones estipuladas en la normativa y a partir de ello retroalimentar al equipo de la unidad sobre este tema.

4.- Fortalecer el conocimiento acerca de los requisitos mínimos de los alimentos complementarios en los profesionales (especialmente de hospitales y maternidades) debido a que en ellas se capta a las mujeres en período de parto y posparto inmediato. Para ello se recomienda realizar capacitaciones sobre este tema con apoyo de la Academia y evaluaciones continuas.

5.- Se evidencia que los profesionales de la salud no están debidamente capacitados para dar toda la información que las madres requieren, en cuanto a alimentación complementaria. Por tanto, se recomienda incluir este tema en las capacitaciones y programas de educación médica continua coordinadas con la Academia, para que el aprendizaje sea sujeto a evaluación. Así también generar espacios de socialización de la normativa donde participen profesionales y usuarias, tales como clubes de madres donde puedan realizar actividades prácticas de preparación de alimentos.

6.- Respecto al conocimiento de las madres acerca de la lactancia materna y la alimentación complementaria, se recomienda:

- a. Brindar información detallada sobre la técnica de lactancia y sobre preparación de alimentos durante la consulta médica y la postconsulta.
- b. Promover la formación de clubes de madres (incluyendo adolescentes) donde se socialicen estos temas y se puedan intercambiar puntos de vista e ideas.
- c. Proveer a las madres un listado con los alimentos que pueden introducir en la dieta del niño/a a partir de los 6 meses de edad y realizar talleres periódicos de preparación de alimentos apoyados por las educadoras CNH y el personal de salud de las unidades.
- d. Incentivar a las madres a realizar un diario nutricional de sus niños/as donde se indique el tipo de alimentos y la frecuencia de consumo de los mismos, de tal forma que pueda ser evaluado por el médico en las visitas para control de salud.
- e. Incentivar a las lactantes a llevar una alimentación y nutrición adecuadas con el fin de garantizar una óptima producción y contenido nutricional de la leche materna.
- f. Educar a las madres sobre la importancia de tener buenos hábitos de higiene a la hora de preparar los alimentos y manipular los utensilios de cocina. Se debe incluir consejería sobre lavado de manos, rutas de transmisión de patógenos y almacenamiento adecuado de los alimentos.

Eje Suplementación con micronutrientes

1.- Para mejorar la entrega de la suplementación con tabletas de hierro, ácido fólico, y Chispas, se recomienda:

- a. Mantener permanentemente abastecidas las farmacias de las unidades de salud a través de una gestión oportuna de los micronutrientes.
- b. Asegurar la entrega de micronutrientes con ácido fólico y hierro a mujeres gestantes a lo largo del embarazo y con Chispas a niños menores de 24 meses.
- c. Promocionar la suplementación con micronutrientes en cada visita a las unidades de salud y proveer información escrita y gráfica a los usuarios/as de los centros.
- d. Asegurar la provisión de suplementación en farmacias de las unidades de forma rápida y eficiente, evitando trámites burocráticos que limiten la entrega oportuna.

2.- Si bien la mayoría de profesionales tienen conocimientos adecuados respecto a la suplementación con hierro y ácido fólico en la mujer gestante de acuerdo a lo que estipula la normativa, se recomienda fortalecer la capacitación de estos profesionales en este tema, contando con apoyo de la Academia y realizando evaluaciones periódicas que permitan fortalecer y unificar los conocimientos. En cuanto a las usuarias, la mayoría de ellas conoce la forma de tomar las tabletas de hierro y ácido fólico pero se puede fortalecer dichos conocimientos a través de la creación de espacios en las unidades, donde puedan realizar preguntas y exponer dudas respecto a la suplementación, guiadas por un profesional de la salud. Así mismo, se podría contar con un medio virtual (correo



electrónico) o una línea telefónica exclusiva para gestantes y en periodo de lactancia donde se responda de forma rápida a las dudas que surjan sobre la suplementación.

3.- Las usuarias consideran que las principales razones para dejar de tomar las tabletas de hierro + ácido fólico son náuseas, estreñimiento, deposiciones oscuras y feo sabor de boca. Al respecto, se recomienda que durante la consejería a embarazadas y en periodo de lactancia, se informe detalladamente acerca de los efectos secundarios de las tabletas de hierro y ácido fólico para evitar la falta de adherencia a la suplementación. Para ello, el personal de salud podrá utilizar recursos gráficos, escritos y videos, y realizar preguntas aleatorias al final de la consejería para asegurar la comprensión de las usuarias.

4.- Las usuarias recomendaron que se debería cambiar el sabor de las Chispas pues no son agradables para los niños/as y los profesionales recomendaron que se debe cambiar la presentación del producto pues es más aceptable cuando es bebible. Se debe crear estrategias para incrementar la cobertura con suplementación de Chispas en niños de 6 a 23 meses de edad, tales como: brindar consejería a las madres durante la consulta médica, la postconsulta o la entrega en farmacia, creación de clubes para madres liderados por profesionales de salud y educadoras CNH donde se socialice la importancia y correcta administración de Chispas, y mantener un registro de los niños/as menores de 24 meses que acuden a la unidad con información de contacto de la madre o el padre (dirección, número de teléfono) que permitan localizarlos y agendar citas de seguimiento.

5.- El conocimiento limitado sobre la correcta administración de Chispas por parte de los profesionales de salud y de las usuarias se puede solventar mediante:

- a. Capacitaciones organizadas con la Academia para los profesionales de salud sobre administración de Chispas, con aval académico y evaluaciones periódicas.
- b. Reforzar las consejerías a madres sobre uso correcto de Chispas, haciendo énfasis en la periodicidad de administración y en los efectos secundarios.
- c. Fortalecer el trabajo entre el personal de salud y educadoras CNH para reforzar conocimientos de las madres y garantizar la correcta suplementación en los niños/as.
- d. Generar espacios en las unidades de salud en los que se puedan desarrollar talleres de buen uso de los sobres de Chispas.

6.- Fortalecer la capacitación de los profesionales de hospitales y maternidades en temas de consejería relacionada a la suplementación de Chispas con el fin de que puedan brindar información veraz y oportuna a las madres de los niños de 6 a 23 meses de edad. Así mismo, es fundamental que los profesionales de la salud trabajen conjuntamente con las educadoras CNH para garantizar un correcto flujo de información en las consejerías a las madres. Se debe crear espacios en las comunidades o en las unidades de salud en los que las madres puedan hacer preguntas acerca de la suplementación. Tales espacios podrían ser dentro de la misma unidad de salud, o contar con un medio virtual (correo electrónico) o una línea telefónica exclusiva para responder a estas dudas.



7.- Respecto al manejo de patologías por déficit de micronutrientes, existe un desconocimiento de la norma por parte de los profesionales de todos los tipos de centros de atención. Se recomienda capacitar a los profesionales de la salud acerca del manejo de patologías por déficit de micronutrientes, contando con apoyo de la Academia de manera que el aprendizaje sea sujeto a evaluación y tenga un reconocimiento en la unidad de acuerdo al número de horas recibidas. Así mismo, es fundamental generar en la unidad espacios donde los profesionales puedan discutir sobre casos clínicos relacionados a este tema, retroalimentarse y dar soluciones de manejo acertadas.

8.- En cuanto al abastecimiento de micronutrientes (tabletas de hierro y ácido fólico y Chispas), se recomienda:

- a. Asegurar el abastecimiento permanente de micronutrientes a las unidades gestionando los requerimientos oportunamente.
- b. Fortalecer las redes de apoyo entre farmacias de diferentes unidades, para que se gestionen solicitudes de préstamo cuando se suscite un desabastecimiento.
- c. Incluir en la normativa de suplementación con micronutrientes el rol de las farmacias, la periodicidad con la que se debe realizar el abastecimiento a las unidades y qué hacer en caso de un desabastecimiento emergente.

Eje Creciendo con Nuestros Hijos (CNH)

1.- Incluir a las educadoras CNH en capacitaciones relacionadas a la suplementación, la composición de Chispas y aspectos prácticos sobre su administración. Para ello, se debe trabajar conjuntamente con las unidades de salud y la Academia para crear programas de educación continua sujetas a evaluación y cuyo puntaje sea tomado en cuenta en la evaluación de desempeño de las profesionales.

2.- Fortalecer el conocimiento de contenidos de la consejería para padres y madres en relación al buen uso de las Chispas. Para ello es importante:

- a. Crear programas de capacitación continua para las educadoras CNH con apoyo de la Academia.
- b. Incentivar a las unidades de salud para que promocionen las funciones de las educadoras CNH en la comunidad y trabajen conjuntamente con ellas para planificar actividades de consejería y talleres de buen uso de Chispas.
- c. Crear espacios en que los padres y madres interactúen con las educadoras CNH para esclarecer sus dudas acerca de la preparación y administración de Chispas.

6. Bibliografía

CELAC (2016). *Plataforma de seguridad alimentaria y nutricional. Estrategia Acción Nutrición*. <http://plataformacelac.org/politica/6>

LANCET (2008), *The Lancet series on Maternal and Child Undernutrition*, WHO.

Martinez, R., Fernández, A. (2006), *Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina*, CEPAL, Division de Desarrollo Social.