



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

**DISEÑO DE PROCEDIMIENTOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA
CONSEJERÍA EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN POSTCONSULTA
DEL CENTRO DE SALUD Nº1 DE AZOGUES EN EL AÑO 2011.**

Trabajo de investigación previo la
obtención del título de Magister en
Auditoría de Gestión de la Calidad

Autor: Ing. María Alejandra Aguirre Quezada

Director: MG. Paquita Magaly Gárate Moncayo

Centro universitario: Cuenca

2011

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

MBA. Paquita Garate Moncayo

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación realizado por la estudiante Ing. María Alejandra Aguirre Quezada, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, ajustándose a las normas establecidas por la Universidad Técnica Particular de Loja; por lo que autorizo su presentación para los fines pertinentes.

Cuenca, 27 de Julio del 2011

f).....

MBA Paquita Gárate Moncayo

DIRECTORA

CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS

Yo **MARÍA ALEJANDRA AGUIRRE QUEZADA**, declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art.67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

Cuenca, 27 de Julio del 2011

f)-----

Ing. María Alejandra Aguirre Quezada

AUTORA DE LA TESIS

C. I.:0301940342

AUTORÍA

Yo, **MARÍA ALEJANDRA AGUIRRE QUEZADA**, como autora del presente trabajo de investigación, soy responsable de las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en la misma.

f).....

Ing. María Alejandra Aguirre Quezada

AUTORA DE LA TESIS

C. I.: 0301940342

DEDICATORIA

A mi pequeño hijo Juan Carlos, por haberte perjudicado en el único tiempo disponible para estar juntos.....

María Alejandra Aguirre Quezada

AUTORA

AGRADECIMIENTOS

A Dios, a mis padres, a mi esposo y a mi pequeño Juan Carlos, por su apoyo incondicional.

Al Jefe de Área 1 de Salud, por haberme autorizado a realizar el trabajo de investigación, en la institución por ella dirigida.

A mis compañeros de trabajo, por haberme apoyado con la información requerida para la realización de la tesis.

A la Ing. Paquita Garate Moncayo, por su valioso aporte en la dirección del trabajo.

María Alejandra Aguirre Quezada

AUTORA

C. I.:03019740342

INDICE DE CONTENIDOS

	PAGINA
Certificación del director del trabajo de investigación.....	II
Cesión de derechos de tesis	III
Autoría.....	IV
Dedicatoria	V
Agradecimientos.....	VI
Introducción.....	12

CAPITULO 1

DESCRIPCION DE LA SITUACION ACTUAL

1.1 Declaratoria de política institucional en tema de calidad del servicio.	18
1.2 Descripción de la situación actual en las salas de post – consulta.	18

CAPÍTULO 2

RESULTADOS DEL IMPACTO DE LA GRATUIDAD SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN CENTRO N°1 AZOGUES

2.1 La gratuidad en los servicios de salud como política de gobierno.....	29
2.2 Alcance del programa de gratuidad.....	30
2.3 ¿Hacia dónde va el Ecuador con la gratuidad en salud?.....	30
2.4 Resultados de la política de gratuidad en el Centro de Salud Azogues	31
2.4.1 Análisis comparativo 2007–2009 respecto del impacto de la gratuidad. .	31
2.4.2 Primeras consultas de morbilidad en niños menores de cinco años.	32
2.4.3 Control Prenatal ejecutado durante los años 2008, 2009 y 2010.	34
2.4.4 Consultas Entregadas vs Hora Médica 2008, 2009 y 2010.....	35
2.4.5 Comparativo de plantillas laborales durante el año 2008, 2009 y 2010 ..	39

CAPÍTULO 3

MARCO DE REFERENCIA

3.1 deficiencia de micronutrientes	46
3.2 ecuador (talla baja).....	48
3.2.1 Desnutrición global (Bajo peso).....	53
3.2.2. Desnutrición aguda	53
3. 3. comparación con otros países de la región	53
3.4 Alimentación Complementaria:.....	54
3.4.1 Principios de Orientación:.....	55

CAPÍTULO 4

PROPUESTA DE ACCION

4.1 Propuesta de la política de calidad para el Centro de Salud N° 1:	66
4.2 Cadena de valor consejería nutricional en alimentación complementaria: .	67
4.3 Propuesta	67
4.3.1 Diseño de Procedimientos Intramurales:.....	68
4.3.2 Diseño de Procedimientos Extramurales:	79
4.3.3 Diseño de programa de actualización de conocimientos en nutrición	83
4.4 Beneficios.....	87

CAPÍTULO 5

DISEÑO DE INDICADORES PARA REALIZAR LA MEDICION DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE CONSEJERIA NUTRICIONAL EN POST – CONSULTA

5.1 Sistema de monitoreo mediante indicadores.....	89
5.2 Medición a través de la percepción del usuario.....	89
5.3 Descripción de indicadores:	90
5.4 Descripción de indicadores	93
5.5 Relación entre objetivos, perspectivas e indicadores.....	97

CONCLUSIONES.....	98
RECOMENDACIONES	100
BIBLIOGRAFÍA	101
ANEXOS:	102

INDICE DE CUADROS Y ANEXOS

		PAGINA
1	Gráfico 1: Población asignada año 2008, 2009 y 2010	32
2	Gráfico 2: Primeras consultas de morbilidad en niños menores de cinco años	33
3	Gráfico 3: Control Prenatal año 2008, 2009 y 2010	35
4	Gráfico 4: Consultas ofrecidas vs horas médicos trabajadas año 2008, 2009 y 2010	36
5	Gráfico 5: Consultas ofrecidas Centro de Salud Azogues N1 año 2007, 2008 y 2009	39
6	Gráfico 6: Plantilla Laboral 2007	40
7	Gráfico 7: Plantilla Laboral 2008	41
8	Cuadro 3.1: Prevalencia de baja talla para la edad en niños menores de cinco años en América Latina y el Caribe	43
9	Cuadro 3.2: Prevalencia de baja talla y peso para la edad en niños menores de cinco años en América Latina y el Caribe	44
10	Cuadro 3.3: Prevalencia de desnutrición según edad en meses, Ecuador	45
11	Figura 3.4: Prevalencia de baja talla para la edad en niños ecuatorianos menores de cinco años según edad en meses	45
12	Cuadro 3.5: Prevalencia de bajo peso para la edad en niños ecuatorianos menores de cinco años según edad en meses	46
13	Cuadro 3.6: Desnutrición crónica talla para edad, por provincia (Niños/as de 0 a 59 meses de edad)	49

14	Cuadro 3.7: Indicadores antropométricos de desnutrición según lugar de residencia	50
15	Cuadro 3.8: Indicadores antropométricos de desnutrición según característica del hijo (a)	51
16	Cuadro 3.9: Indicadores antropométricos de desnutrición según característica de la madre	52
17	Cuadro 3.10: Indicadores antropométricos de desnutrición en países seleccionados de América Latina Niños de 0 a 59 meses de edad	54

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación, fue realizado en el Centro de Salud N° 1 del cantón Azogues; de la provincia del Cañar, entidad adscrita al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, máximo organismo rector, en este contexto expongo en primer lugar la misión, visión y los lineamientos estratégicos de la institución regente.

MISIÓN

“Velar por el cumplimiento del principio consagrado en la Constitución Política, a la cual el estado garantiza el derecho irrenunciable a la salud, su promoción y protección incorporando prácticas de medicinas tradicionales y alternativas, involucrando a todos los sectores y actores responsables en los ámbitos nacionales, provincial y local mediante la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud de manera desconcentrada, descentralizada y participativa, cumpliendo con los principios de equidad, integridad, solidaridad, universalidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia”.

VISIÓN

“El Ministerio de Salud Pública asegurara el acceso universal y solidario a servicios de salud con atención integral de calidad para todas las personas, familias y comunidades, especialmente a las de condiciones más vulnerables, para garantizar una población y ambientes saludables consolidando su rectoría en el sector e impulsando la participación de la comunidad y del personal de salud en la formulación y ampliaciones concentrada y descentralizada de las políticas sanitarias”

MODELOS DE ATENCIÓN Y GESTIÓN:

- Desarrollo del modelo de atención integral con enfoque comunitario, familiar y pluricultural, basado en Atención Primaria de salud.
- Desarrollo del modelo de gestión.

POSICIONAMIENTO POLÍTICO Y FINANCIAMIENTO:

- Declarar a la Salud como estratégica para el desarrollo nacional.

- Lograr que la salud se incorpore a la agenda pública nacional como prioridad en las acciones del Estado, del gobierno y de la sociedad.
- Asegurar el financiamiento de los servicios de la salud para las personas y familias sin capacidad de pago.
- Garantía de financiamiento para la salud oportuna y adecuada.

Una vez, expuestos los elementos básicos de la planificación estratégica del máximo órgano rector de salud pública en el país, se detalla la información correspondiente a la Provincia del Cañar y su situación actual; en virtud de que la investigación fue realizada en el Centro de salud N°1 de Azogues.

La provincia del Cañar se encuentra situada entre las cordilleras central y occidental de los andes ecuatorianos, la superficie total es de 3.187 Km², cuenta con una población de 206981 habitantes, distribuidos en sus siete cantones: Azogues, Biblián, Déleg, Cañar, Suscal, El Tambo, y La Troncal.

El Ministerio de Salud Pública se encuentra representado en la provincia por la Dirección de Salud del Cañar, organismo rector que supervisa, controla y hace cumplir las disposiciones emanadas por el nivel central en las siguientes instituciones: tres Hospitales, cinco Centros, treinta y nueve Sub centros y 24 Puestos de salud distribuidos perfectamente en tres Áreas definidas en la provincia.

De los siete cantones de la provincia al Área 1 se le han asignado tres, para desarrollar sus actividades y prestar sus servicios, estos son: Azogues, Biblián y Déleg; al Área 2 le corresponden los cantones de Cañar, Suscal y El Tambo y el Área 3 norma los servicios de salud en el cantón La Troncal.

En tal virtud el Centro de Salud que es el área de estudio corresponde a la unidad de mayor cobertura del Área 1, que en este momento ofrece atención médica, odontológica y medicina ancestral, entregando en promedio 5000 consultas mensuales durante el año 2008 y 12000 consultas mensuales durante el 2009 y 20000 en el año 2010 en tal virtud el Centro de Salud N°1 Azogues , cumple una importante función social y humanitaria en la comunidad, sin fines de lucro.

En lo que hace referencia a recursos humanos el Centro de Salud Azogues, se encuentra estructurada de la siguiente manera: 10 empleados, 4 trabajadores, 5 profesionales rurales, 8 profesionales contratados, 2 personas de Equipos Básicos Atención en Salud, 2 profesionales de déficit de salud rural y 2 promotores de salud.

El Centro de Salud N°1 Azogues, es parte inherente de la política de gratuidad decretada por el gobierno, la misma que en su parte esencial buscó eliminar la barrera económica de acceso a los servicios de salud de la población más pobre y vulnerable que no cuenta con los recursos suficientes para asumir cobros de pagos exigidos para la prestación de los servicios de salud.

Sin embargo la aplicación de la misma ha ocasionado un incrementado impresionante en la demanda de usuarios en nuestra Unidad Operativa, por lo tanto la infraestructura actual siempre resultará insuficiente para abarcar a todos los pacientes que solicitan de sus servicios.

Por lo expuesto anteriormente el concepto de calidad se podría desgastar día con día, en virtud de que para la obtención de un turno los usuarios deben esperar en interminables filas, lo que determina que el tiempo de espera en la pre- consulta sea mayor; el espacio físico resulta insuficiente, el personal de salud realiza esfuerzos sobrehumanos durante su jornada de trabajo para tratar de brindar atención de calidad a la mayor cantidad de usuarios.

Con el presente trabajo trato de enfocar la forma en la que disponibilidad de tiempo que los usuarios le asignan a la actividad de post-consulta influye en la mejora de la situación nutricional de los niños, todo esto con la finalidad de instaurar procesos de mejoramiento continuo que eleven la calidad dentro del sistema en beneficio de los pacientes.

En el capítulo 1 se presenta la descripción de la situación actual de las salas de post consulta y los resultados obtenidos con la aplicación de los instrumentos de medición al personal de enfermería del Centro de Salud N° 1 Azogues que se realizó para esta investigación y el análisis de la información proporcionado por los usuarios al concurso

de calidad con calidez organizado por el Ministerio de Salud Pública. De la misma forma se abordarán temas como la importancia de la existencia de centros de salud gratuitos, alternativas y criterios para evaluar la calidad del servicio que ofrecen.

En el capítulo 2, se demostrará como se ha incrementado el número de consultas brindadas en los diferentes años de revisión del Centro de Salud N° 1 a partir de la declaratoria de la gratuidad en el Ecuador, se mostrarán indicadores de primeras consultas de atención en menores de cinco años y en su análisis las cifras demostrarán el aumento en atenciones toda vez que la barrera económica fue eliminada; verificándose que existen pacientes que realizan varias consultas en diferentes Unidades operativas, lo que estaría legitimado por el plan de gratuidad vigente, además se muestra el cambio en la plantilla laboral que el MSP ha tenido que poner en vigencia incrementando mediante contratos a personal profesional y administrativo para hacer frente a la demanda de usuarios, permitiendo así la consecución de los objetivos fundamentales de la política, que es ofrecer atención con calidad y calidez.

En el capítulo 3 se llevará a cabo una revisión del marco teórico que sustentará el contenido de este trabajo, demostrando diversos conceptos de consejería en alimentación complementaria, calidad en el servicio, diseño de procedimientos.

En el capítulo 4, se plantea la propuesta de acción para revertir la situación actual y mejorar los procedimientos de consejería en las salas de post consulta del Centro de Salud N°1 Azogues

En el capítulo 5, se realiza el diseño de indicadores que permitan monitorear el proceso de implementación del manual de procedimientos para realizar consejería nutricional en salas de post – consulta del Centro de Salud N° 1 Azogues.

CAPITULO 1:

DESCRIPCION DE LA SITUACION ACTUAL

Una vez que se encuentra implementado en el Centro de Salud N° 1 Azogues, el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, cuya aplicación implica el concepto de profesional en casa y atención personalizada; en virtud de que en los cantones que mantenemos injerencia, son los equipos básicos de salud (EBAS), los que se trasladan hacia las viviendas para ofrecer asesorías y diagnósticos generales sobre la situación de salud de las familias, paralelamente se establecen los compromisos con los entrevistados de manera que se mejore su estilo de vida y mantengan contacto permanente con la unidad operativa.

Toda la información que se obtienen de estas visitas domiciliarias, son registrados en una ficha familiar y posteriormente esquematizados a través del sistema SPSS, y gracias a su análisis, se orientan las estrategias necesarias, para mejorar el proceso.

El modelo de atención implementado garantiza el bienestar a través de:

- “Atención técnicamente efectiva y eficiente, es decir que las decisiones clínicas son basadas en evidencia y el mayor beneficio al menor costo respectivamente.
- Atención Holística: Centrada en el paciente, comprehensiva, global e integral.
- Atención Continúa: Intra-episodio, inter- episodio, síntesis en tiempo.
- Atención Integrada: Desde la promoción hasta la rehabilitación.”

El Centro de Salud N°1 Azogues, es una unidad de atención de primer nivel cuyo objetivo fundamental es otorgar a la población una atención integral de calidad, con énfasis en la entrega de paquetes básicos de servicios de salud, mediante acciones preventivas, curativas de rehabilitación de fomento de la participación comunitaria en la operación de los servicios y el auto cuidado de la salud.

La atención medica en el primer nivel de atención, se fundamenta en unidades estructurales funcionales, responsables de la prestación del servicio de salud a la población dentro de un ámbito geográfico.

La población 2011 asignada al Centro de Salud para ofertar el servicio es de 52378 habitantes, y en la actualidad cuenta con seis consultorios médicos, dos consultorios odontológicos y un consultorio para medicina tradicional.

1.1 DECLARATORIA DE POLÍTICA INSTITUCIONAL EN TEMA DE CALIDAD DEL SERVICIO.

“De una forma concertada, la reforma del sector de la Salud, en el Ecuador se ha centrado en el desarrollo y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, incorporando valores como: salud como derecho de los ciudadanos, universalidad, equidad, integralidad de la atención, sumados a las estrategias de descentralización administrativa y a la participación de la comunidad con control social”.

En este contexto, en el Centro de Salud N° 1 Azogues se trabaja en equipo de manera de satisfacer las necesidades de salud bajo principios de eficiencia, equidad y calidad a través de actividades de promoción, prevención cuidado y mejora de la salud.

En diciembre del año 2010, el Centro de Salud de Azogues, ganó a nivel nacional el concurso Atención con Calidad con Calidez, organizado por el MSP y en el cual se inscribieron 593 instituciones participantes y luego de tres meses de evaluación del servicio se realizó la publicación de los resultados y la premiación correspondiente; esto demuestra que al mantener un servicio de alta calidad es posible incrementar el prestigio, el reconocimiento y la alta motivación a los trabajadores.

Actualmente se dispone de un servicio con atención integral y se actúa con la mayor capacidad técnica posible y los recursos disponibles han permitido sea reconocido como Centro de Salud Modelo a nivel nacional y en el que permanentemente se ha demostrado el compromiso con la gestión eficaz y eficiente de los recursos públicos asignados y disponibles en todo momento, teniendo presente que todo los procesos son susceptibles de mejora.

1.2 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL EN LAS SALAS DE POST – CONSULTA.

La información que se presenta a continuación fue recopilada a través de entrevista guiada con un cuestionario que incluye, consultas a los usuarios del servicio y al

personal de enfermería que cumple con la importante responsabilidad de realizar consejería nutricional.

En lo referente al grupo etéreo que es motivo de la investigación, corresponde a madres embarazadas y madres de niños menores de cinco años.

Análisis de las variables:

Para realizar este análisis, se determinó el tamaño de la muestra, bajo la consideración de aplicar el cuestionario al 100% de personal de enfermería, es decir que la muestra representa el total del universo; y en lo que hace referencia a los usuarios la unidad de análisis estará formada por las madres de niños menores de cinco años que acuden al centro de salud, para la recepción de atención médica de primer nivel.

Para llevar a cabo la selección de la muestra, se tiene que considerar la población, es decir, el universo en sí, del cual se pretende obtener la muestra representativa, dicho universo debe estar definido en términos de elementos, unidades de muestreo, alcance, y tiempo. Para efecto de la investigación el universo estará conformado de la siguiente manera:

Mujeres embarazadas y Madres de niños de cinco años y puedan aportar sus percepciones, y expectativas sobre la consejería nutricional recibido del Centro de Salud N°1 Azogues.

Tamaño de la muestra:

La fórmula que se utilizará para determinar el tamaño de la muestra es el siguiente:

$$n = \frac{Z^2 P (1-P)}{E^2}$$

Dónde:

n= tamaño necesario de la muestra

Z= número de unidades de desviación estándar en la distribución normal, que producirá el grado deseado de confianza.

P= Proporción de la población que posee la característica de interés

E= Error o máxima diferencia entre la población de muestra y la proporción de la población que estamos dispuestos a aceptar el nivel de confianza que hemos señalado.

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0.5 \cdot (1-0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n = 384$$

La fórmula que se eligió es la de proporción de la población, debido a la heterogeneidad de éxito o fracaso que hay para determinar el nivel de calidad en el servicio ofrecido. Con esto podemos resumir que se realizaron encuestas en un total de 384 para nuestra investigación.

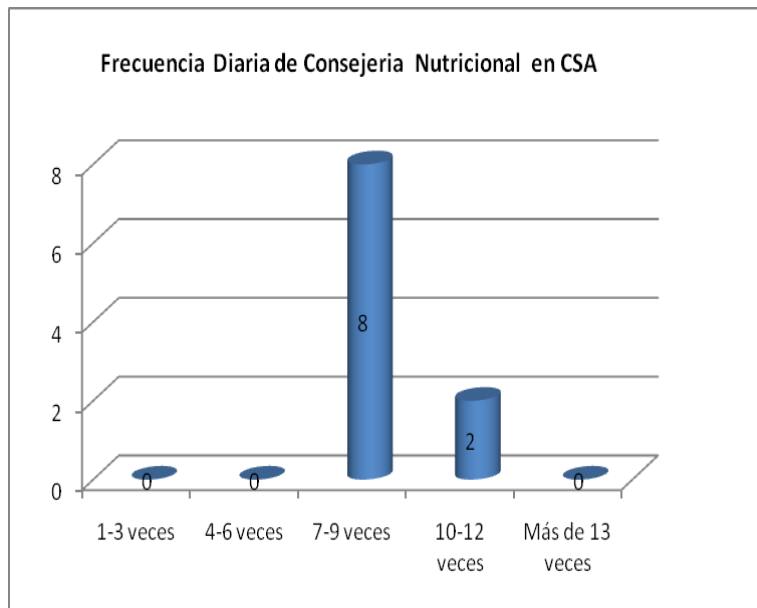
A continuación se muestran las variables del instrumento de medición en orden de aparición en el cuestionario, así como la interpretación de cada una de ellas.

Consulta Personal de Enfermería:

1. Cuantas veces por día ofrece consejería nutricional a madres/cuidadoras de niños menores de cinco años.

Frecuencia:

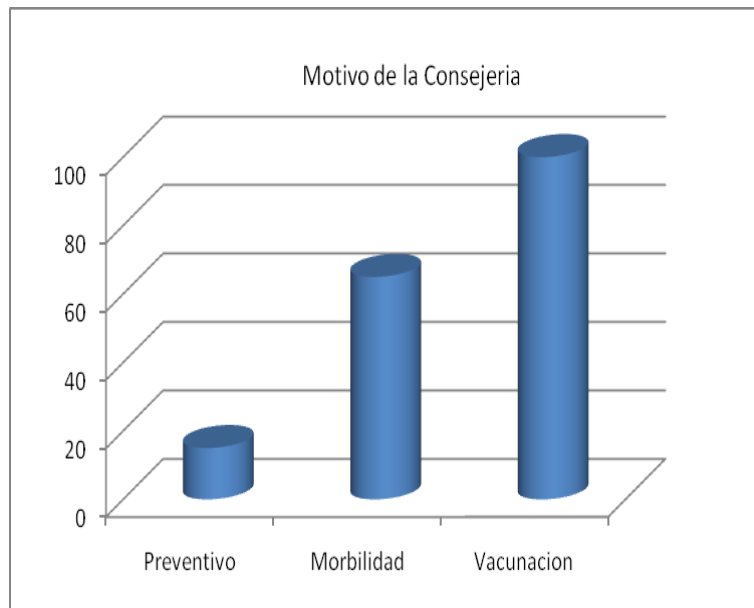
- 1-3 veces
- 4-6 veces
- 7-9 veces
- 10-12 veces
- Más de 13 veces



En cuanto a la frecuencia se observa que el 80% del personal de enfermería ofrece consejería de 7 a 9 veces por día, el 20% de 10 a 12 veces por día lo que demuestra que el personal de enfermería realiza un importante trabajo de orientación nutricional a los usuarios de nuestro servicio.

2. Cuál es el motivo de la consejería

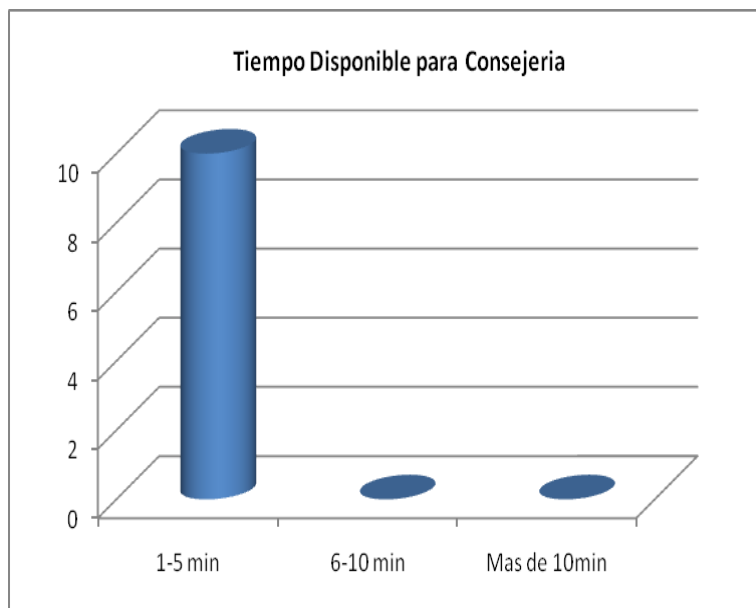
- Preventivo
- Morbilidad
- Vacunación



Como se puede apreciar la mayoría de usuarios asistieron al centro de salud por vacunación en un 55%, el 36% asistió por consulta de morbilidad como los más importantes y los mismos corresponden a las áreas de consulta externa lo que nos hace inferir que son las más solicitadas y tan solo el 8% realiza consulta preventiva.

3. Cuál es el tiempo aproximado que dispone para esta actividad

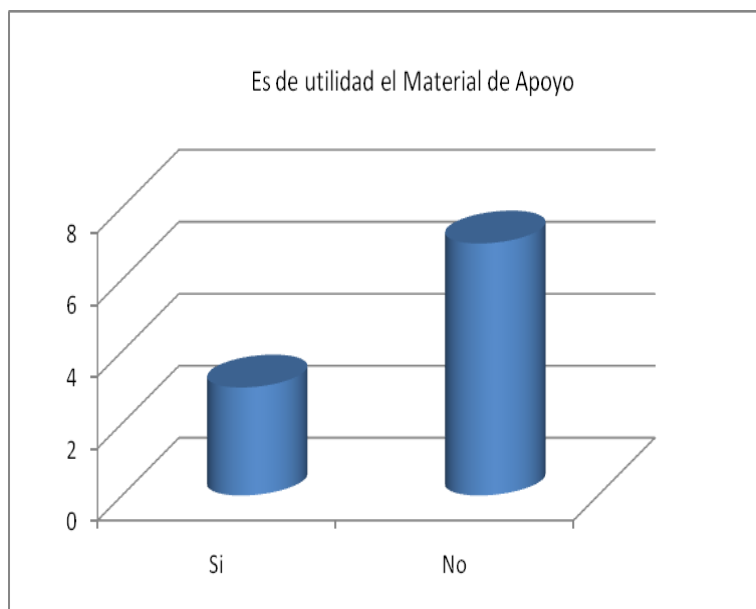
- 1-5 min
- 6 – a 10 min
- Más de 10 min



Lo que se tiene que considerar es que los usuarios esperan un rango de 16 a 35 min para pasar a consulta el cual corresponde un tiempo sin utilidad y por tanto se ven limitadas las tareas subsecuentes.

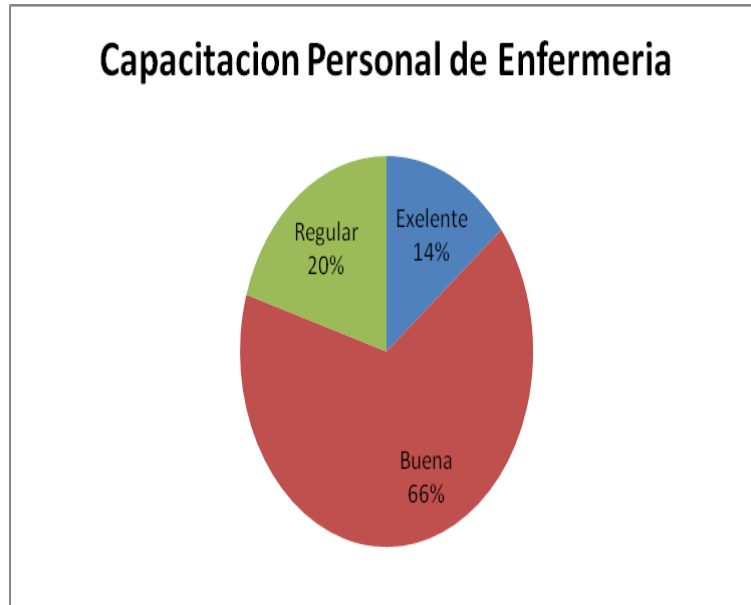
Por lo tanto, el Centro de Salud debería fijarse un plazo máximo no superior a 60 min para que el paciente pase a consulta desde su ingreso a la unidad.

4. ¿El material de apoyo para cumplir esta actividad es útil?



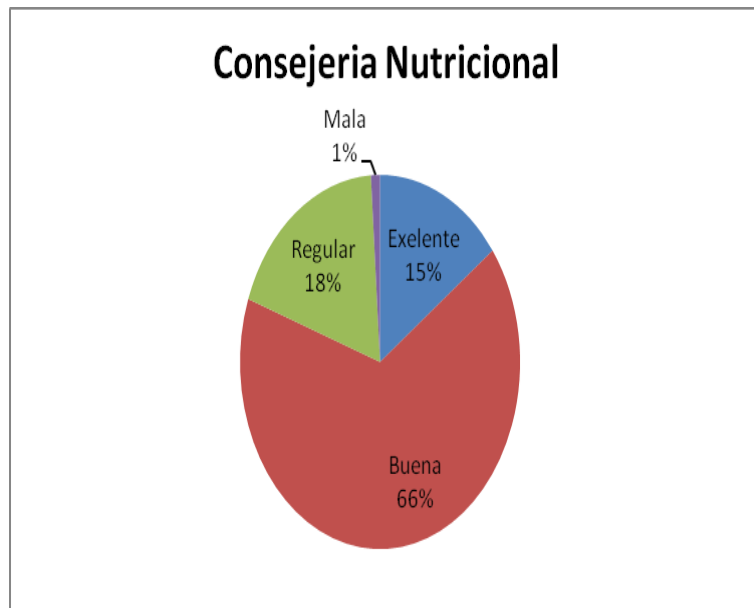
Encuesta Usuarios:

1. En cuanto a la atención que recibió del personal de la unidad como califica los siguientes aspectos: capacitación del personal de enfermería



Para la evaluación de este aspecto, el 66% considera que la capacitación del personal de enfermería es buena y el 14% opina que es excelente, esto refleja que las encuestadas se sienten satisfechas con el desempeño de las enfermeras. Mientras el 20% refleja algún tipo de desacuerdo por lo cual lo califica de regular.

2. En cuanto a la atención que recibió del personal de salud como califica los siguientes aspectos: consejería nutricional

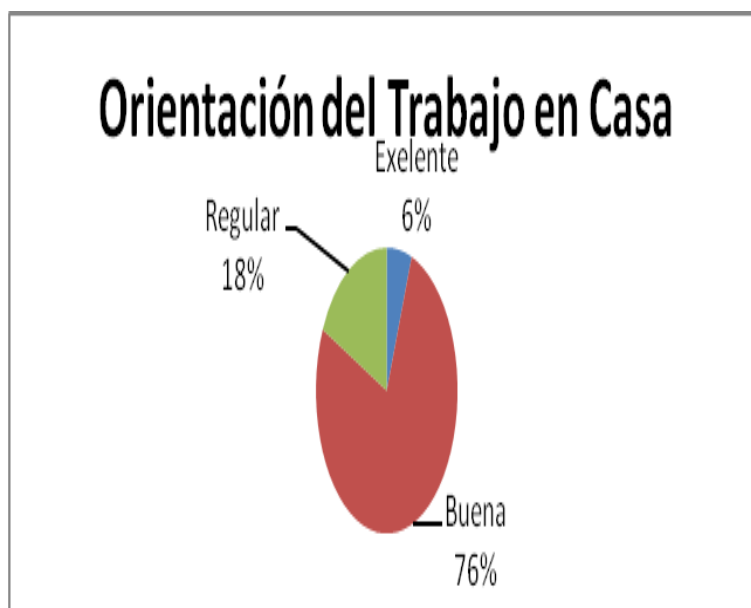


Un 66% de las encuestadas asignan una calificación de buena, a la consejería nutricional que la enfermera le ofreció, a su vez el 15% lo considera excelente. Esto puede ser reflejo del empeño que las enfermeras tienen por orientar detalladamente a las madres para mejorar la condición nutricional de sus hijos.

Sin embargo el 18% califico de regular y con un porcentaje de 1% como mala, dando a entender que estos porcentajes de la muestra no están satisfechos con la orientación.

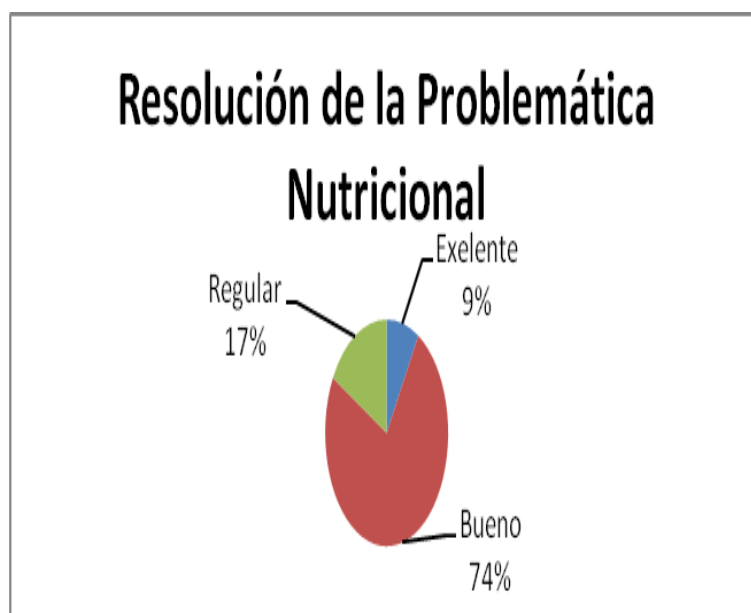
Por ser esta variable, la más importante del proyecto de investigación se deberá diseñar los procedimientos necesarios para mejorar la consejería nutricional en las salas de pos consulta.

3. En cuanto a la atención que recibió del personal de enfermería como califica los siguientes aspectos: Explicación del trabajo en casa



Para la evaluación de este aspecto, el 76% considera que las orientaciones nutricionales que realiza el personal de enfermería es bueno y el 6% opina que es excelente, esto refleja que las encuestadas se sienten satisfechas con las tareas indicadas que deben realizar en casa. Mientras el 18% refleja algún tipo de desacuerdo por lo cual lo califica de regular.

4. En cuanto a la atención que recibió del personal de salud como califica los siguientes aspectos: resolución de la problemática nutricional



En cuanto a la resolución del problema que el 74%, lo evaluó como bueno y el 9% como excelente. Esto nos deja ver que las encuestadas están siendo orientadas de manera adecuada, respecto de la situación nutricional de los niños. Dando un 17% que lo califica como regular.

CAPÍTULO 2:

RESULTADOS DEL IMPACTO DE LA GRATUIDAD SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN CENTRO N°1 AZOGUES

2.1 LA GRATUIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD COMO POLÍTICA DE GOBIERNO:

La Revolución en Salud no se detiene: Todos los estudios a nivel internacional nos han indicado que una de las grandes barreras de acceso a los servicios de salud de las poblaciones y no solamente de las poblaciones que llamamos más empobrecidas o miserablemente empobrecidas, sino también, poblaciones que son de clase media baja, es el cobro del servicio de salud, por lo que comprometerse a un concepto de gratuidad, es crucial en Ecuador. Declaraciones Presidente Correa Diario HOY 27 Marzo 2008.

El 17 de Marzo del 2008, el gobierno nacional ejecutó la política sobre el plan de gratuidad progresiva de salud, convirtiéndose en una propuesta a toda la población, con la que se buscaba brindar servicios de salud de forma gratuita a todos los ecuatorianos y ecuatorianas del país.

La gratuidad fue anunciada como un programa del Ministerio de Salud Pública que busca mejorar la calidad de vida y salud de todos los ecuatorianos; con el mismo se elimina una barrera económica de acceso a los servicios de salud de la población más pobre y vulnerable que no cuenta con los recursos suficientes para asumir cobros de copagos y/o cuotas de recuperación, exigidos para la prestación de los servicios de salud.

Este plan permite que en los hospitales regidos por el Ministerio de Salud Pública se realicen cirugías de vesículas, hernias, apéndices, próstata, histerectomía (extracción del útero), entre otras, sin ningún costo.

El primer mandatario durante sus declaraciones al hacer pública la política resaltó el trabajo permanente del Gobierno Nacional en el perfeccionamiento del Sistema Nacional de Salud y del modelo de atención en esta misma área, porque “el objetivo es llegar a un sistema de salud pública único y de excelente calidad, sin discriminaciones de ninguna clase en la atención”.

Además aseguró que “vamos a tener un sistema de salud financiada con impuestos generales donde no haya ninguna discriminación, porque la salud es un derecho humano no una mercancía”, enfatizó el Jefe del Estado.

2.2 ALCANCE DEL PROGRAMA DE GRATUIDAD

Se subsidiará el 100% de los servicios de salud, en consecuencia de que se eliminan las cuotas de recuperación para los medicamentos y actividades e intervención.

2.3 ¿HACIA DÓNDE VA EL ECUADOR CON LA GRATUIDAD EN SALUD?

- Reducción de la mortalidad infantil, la mortalidad por enfermedades como neumonía y enfermedad diarreica aguda pues reduce una de las barreras de acceso más recurrente en los servicios de salud como lo es el factor económico.
- Aumento de años de vida saludable.
- Disminución de la presencia de enfermedades evitables debido a mayor número de actividades de promoción y prevención.
- Aumento de coberturas de vacunación.
- Seguimiento más frecuente a la situación nutricional de los menores y acción más rápida en casos de desnutrición. SIVAN
- Control oportuno de enfermedades comunes en adultos mayores como hipertensión arterial, diabetes y enfermedades vasculares y coronarias.
- Mejoramiento en el acceso a los servicios de salud a la población en condición de discapacidad.

2.4 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA POLÍTICA DE GRATUIDAD EN EL CENTRO DE SALUD N°1 DE AZOGUES:

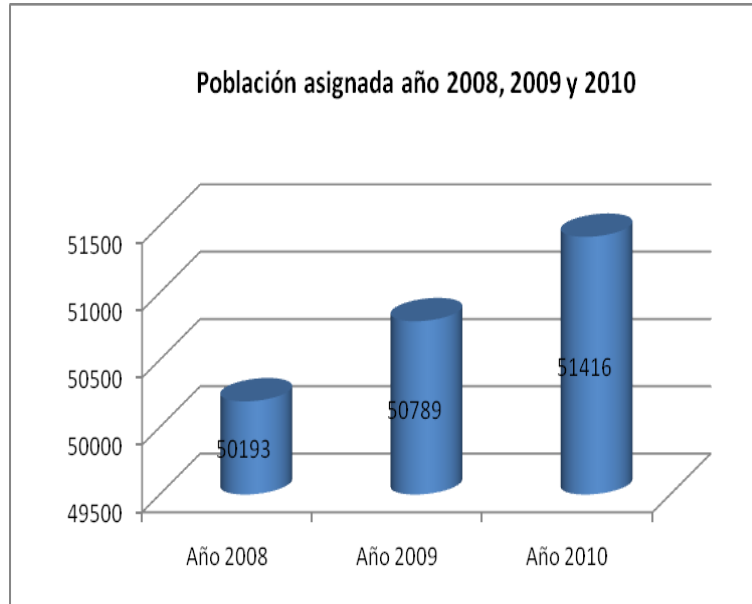
2.4.1 Análisis comparativo 2007 – 2008 y 2009 respecto del impacto de la gratuidad en los servicios de salud del Centro de Salud N°1 de Azogues.

En el año 2007, no se encontraba vigente aún una política de gratuidad respecto de los servicios de salud, sin embargo en el Centro de Salud N°1 se protegía a través del programa de maternidad gratuita, a madres embarazadas y niños menores de cinco años, ofreciéndoles atención integral y gratuita, mediante procesos de promoción la ciudadanía conocía de los beneficios de éste programa y aquellos que se acogían al mismo recibían los cuidados y asesoría, sin mostrar indicadores de re-consulta elevados.

Para el año 2008 y 2009 se dispone de información, que se encuentra graficada a continuación, el análisis de datos confirma que durante el período indicado, el número de atenciones ejecutadas, se encuentra incrementado de manera considerable, una vez que en el Ecuador se declaró la gratuidad para los servicios de salud.

Por esta razón es importante se determinen las causas que motivan el incremento en solicitud de consultas y el efecto sobre la calidad de la atención, donde se dispone de poblaciones asignadas.

Gráfico 1: Población asignada año 2008, 2009 y 2010.



Fuente Departamento Estadística Área 1 Azogues

Cada año el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos actualiza y notifica los cuadros poblacionales y los categorizan por grupos de edades, en consecuencia la población asignada para el trabajo del Centro de Salud N°1 de Azogues se muestra en el gráfico 1 y corresponden a los años 2008, 2009 y 2010, de manera fácilmente deducible se obtiene un incremento de 596 personas del año 2008 al 2009 y 628 personas del año 2009 al 2010.

El incremento poblacional revela cifras que comprueban variaciones estadísticas poco significativas, sin embargo esa proporcionalidad no mantiene coherencia con la demanda del servicio en la Unidad Operativa.

2.4.2 Primeras consultas de morbilidad en niños menores de cinco años atendidas por el Centro de Salud N°1 Azogues: 2008, 2009 y 2010.

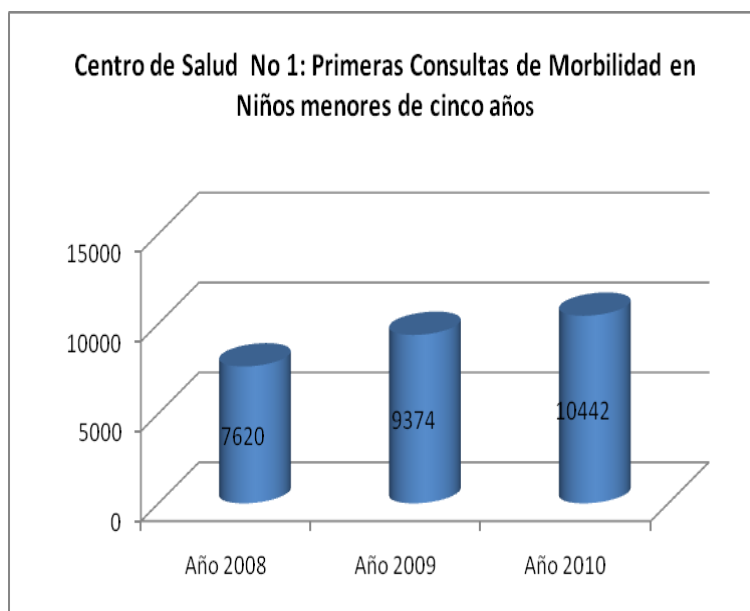
El elevado número de consultas por morbilidad que se encuentran registradas y el menor número de consultas por los programas de prevención, responde a la cultura de buscar ayuda sólo cuando se presentan episodios de enfermedad.

Por tanto, uno de los principales indicadores que se maneja corresponde a las primeras consultas de morbilidad, que son las visitas que hacen los pacientes a las Unidades de Salud en búsqueda de solución a un episodio de enfermedad,

pero si en el año, la misma persona adolece de cuatro, cinco seis, etc., procesos de afección diferentes en un mismo mes las cuatro serán consideradas primeras consultas de morbilidad.

En el período de análisis 2008- 2010 el Centro de Salud N° 1 no disponía de un sistema de información automatizado, por tanto la consulta por enfermedad que fue tratada como primera consulta de morbilidad de un individuo en una Unidad Operativa específica, podría registrarse de igual forma si el paciente realiza la misma consulta en otro Centro, Sub centro o puesto de salud, dependientes del Área 1. En análisis posterior al período de éste estudio, se confirmará lo expuesto anteriormente, a consecuencia de la implementación de un sistema automatizado de información conectado en red, para el año 2011.

Gráfico 2: Primeras Consultas de Morbilidad en Niños menores de cinco años



En el año 2008, se registraron 7620 primeras consultas de morbilidad con una diferencia de 1755 consultas para el año 2009 y para este mismo indicador se tienen 1067 consultas más para el año 2010, si el entorno se mantuvo constante para los años uno y dos, significa que la población obtuvo los beneficios de atención gratuita en varias unidades de salud para una misma afección.

El análisis indica variabilidad para el año 2009 cuando fue declarado a nivel nacional el estado de emergencia por influenza AH1N1, en el que podría considerarse, un mayor número de consultas por IRA (Inflamación Respiratoria Agudas), influencias, debido a la alarma mundial por la enfermedad, sin embargo el total de consultas atendidas por morbilidad es inminentemente más alto, que el número de casos confirmados de la influenza tipo A.

2.4.3 Control Prenatal ejecutado por el Centro de Salud N°1 Azogues durante los años 2008, 2009 y 2010.

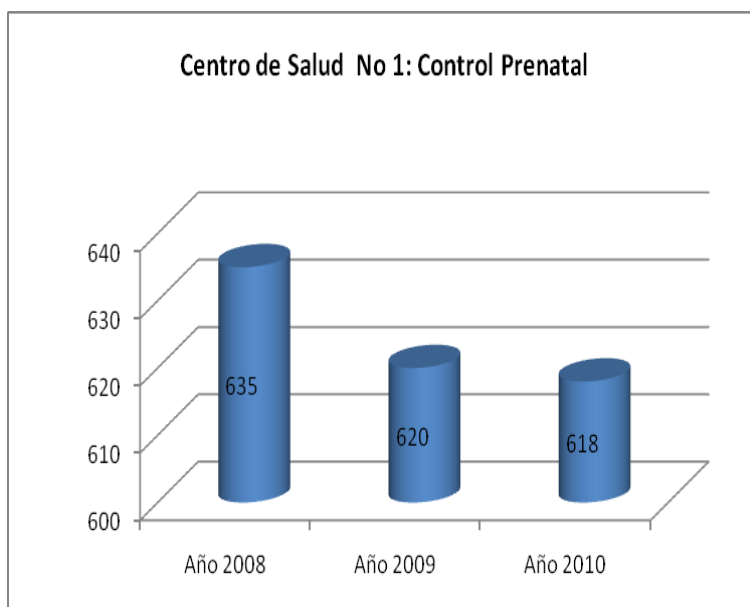
Para monitorear el número de controles en embarazadas que acuden a nuestras dependencias y su relación directa con la situación nutricional del niño/ a al nacer, se dispone del indicador de control prenatal, a través del cual se analizará, la información que revela el número de consultas entregadas a mujeres en etapa gestacional que visitan por primera vez a cualquier Unidad Operativa.

Es importante aclarar que durante el año 2007 el programa de maternidad gratuita, proporcionaba atención integral y gratuita a éste segmento de la población. Las madres tenían acceso a su control mensual, que incluía además la entrega de suplementos alimenticios, ácido fólico y hierro, gratuitamente.

Con la finalidad, de ofrecer atención integral, a este grupo de la población se adquirió un equipo de ecografía, de manera que de todos los centros, Sub centros y puestos de salud, se refieran a las embarazadas para la ejecución de ecografías de control, que realicen el monitoreo del estado del niño o niña por nacer.

Gráfico 3: Control Prenatal año 2008, 2009 y 2010

Población asignada 2008: 794 mujeres embarazadas



Fuente Departamento Estadística Área 1 Azogues

Por lo expuesto, si los beneficiarios de los programas conocen los beneficios a los que tienen acceso de manera mensual, se demuestra que en para el año 2008 el 80% de la población de embarazadas asignadas acudió con normalidad a su consulta mensual y exclusivamente a la Unidad Operativa habitual, sin buscar en otra Unidad los mismos beneficios.

De igual forma, se puede determinar que para el año 2009 el 85% de la población asignada recibió atención y para el año 2010 el 93% de mujeres embarazadas atendidas, sin que en los tres años de análisis se supere el 100%.

2.4.4 Consultas Entregadas vs Hora Médica Trabajada en el Centro de Salud Azogues: 2008, 2009 y 2010

A continuación, se realiza la proyección de las consultas entregadas y la consecuente comparación con el número de horas médicas trabajadas, para el Centro de Salud Azogues, que constituye la Unidad Operativa con mayor población asignada, de coberturas superiores y nuestro objeto de análisis.

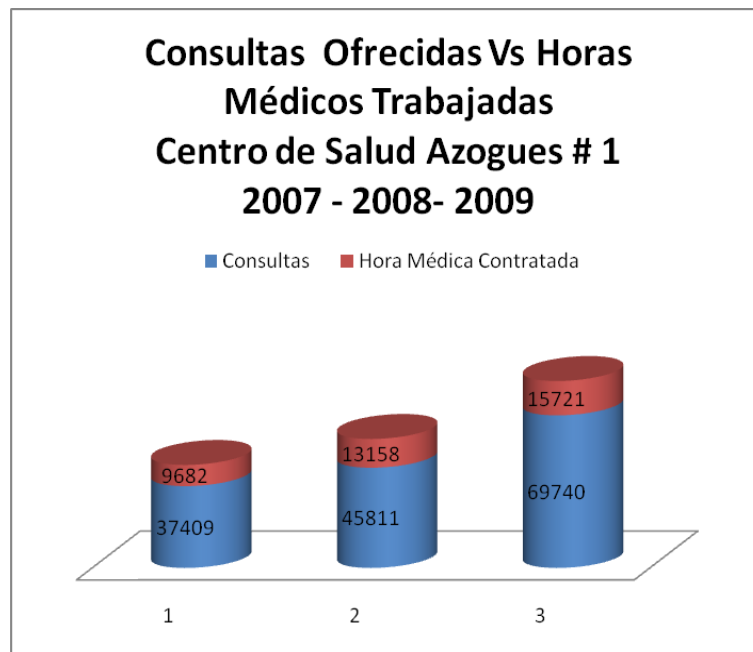
El análisis posterior que se realiza, revela el cálculo del indicador de productividad, sin variar el número de horas médico trabajadas, en virtud de que se conozcan la

realidad, si es que no se hubiese incrementado el número de horas profesionales contratadas, difícilmente se habrían registrado los totales de consultas indicadas.

Análisis de productividad para Centro de Salud Azogues N° 1:

A continuación, se expone la información de productividad, para el Centro de Salud N° 1, sus instalaciones se encuentran ubicadas en la zona urbana del cantón Azogues, y responde a la unidad de atención de primer nivel de mayor población asignada y de concurrencia diaria.

Gráfico 4: Consultas Ofrecidas vs Horas Médicos Trabajadas Centro de Salud Azogues N°1 año 2008, 2009 y 2010



Fuente Departamento Estadística Área 1 Azogues

De la información del gráfico 4, se puede concluir con lo siguiente:

Forma de Cálculo:

Indicador de Productividad año 2007:

Ind 1 Productividad = # de consultas / Total de horas trabajadas

Ind 1 Productividad = 37409/9682

Ind 1 Productividad = 3.9 pacientes por hora

El indicador de productividad viene determinado por el Ministerio de Salud Pública y establece un estándar de 4 consultas médico por hora.

Indicador de productividad supuesto para el año 2008, sin considerar el ingreso de nuevos profesionales médicos de apoyo, para este análisis se mantiene el valor total de horas trabajadas para el año 2007:

Forma de Cálculo:

Ind 1 Productividad = # de consultas / Total de horas trabajadas

Ind 1 Productividad = 45811/9682

Ind 1 Productividad = 4.8 pacientes por hora

Indicador de productividad supuesto para el año 2009, sin considerar el ingreso de nuevos profesionales médicos de apoyo, para este análisis se mantiene el valor total de horas trabajadas para el año 2007:

Forma de Cálculo:

Ind 1 Productividad = # de consultas / Total de horas trabajadas

Ind 1 Productividad = 69740/9682

Ind 1 Productividad = 7.2 pacientes por hora

El indicador de productividad viene determinado por el Ministerio de Salud Pública y establece un estándar de 4 consultas médico por hora.

Lo que concluye, la imposibilidad en la realidad para entregar 7 consultas por hora médica trabajada, en virtud de que se estaría hablando de 56 fichas por jornada laboral de ocho horas, a lo que tendría que agregarse el tiempo de preparación del paciente, por parte del personal de enfermería.

A continuación se proyecta el mismo indicador, para el año 2008, una vez que se oficializó la contratación de 3 profesionales médicos adicionales, de carga horaria de 8h, en el entorno real.

Forma de Cálculo:

Indicador de Productividad año 2008:

Ind 1 Productividad = # de consultas / Total de horas trabajadas

Ind 1 Productividad = 45811/13158

Ind 1 Productividad = 3.5 pacientes por hora

El indicador de productividad viene determinado por el Ministerio de Salud Pública y establece un estándar de 4 consultas médico por hora.

EL cálculo siguiente, corresponde al año 2009, para el cual se aprobó, la incorporación de dos nuevos recursos médicos de apoyo para esta Unidad Operativa.

Forma de Cálculo:

Indicador de Productividad año 2009:

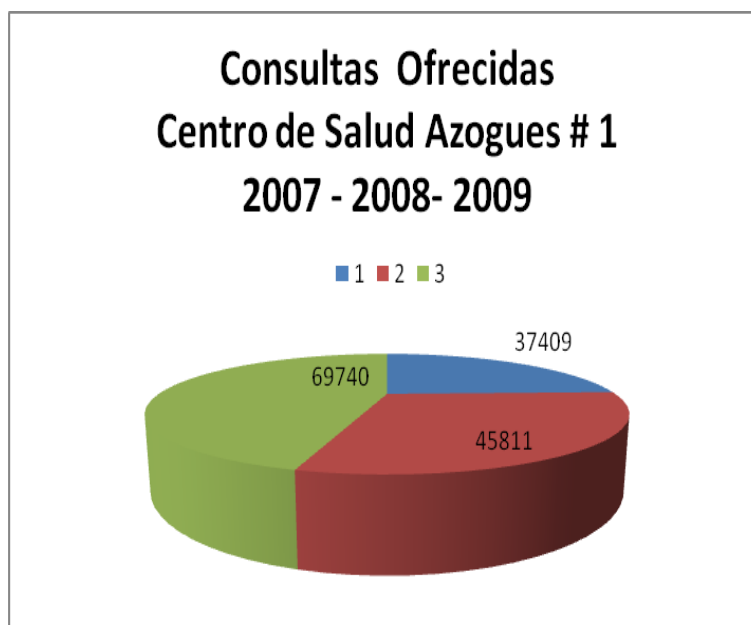
Ind 1 Productividad = # de consultas / Total de horas trabajadas

Ind 1 Productividad = 69740/15721

Ind 1 Productividad = 4.4 pacientes por hora

El indicador de productividad viene determinado por el Ministerio de Salud Pública y establece un estándar de 4 consultas médico por hora.

Gráfico 5: Consultas Ofrecidas Centro de Salud Azogues N°1 2007, 2008 y 2009



Fuente Departamento Estadística Área 1 Azogues

En el año 2009 se entregaron 32331 consultas más que en el año 2008, haciendo uso de la misma infraestructura pero con la incorporación de 5 profesionales médicos para que laboren jornadas de ocho horas diarias.

2.4.5 Análisis Comparativo de plantillas laborales durante el año 2008, 2009 y 2010.

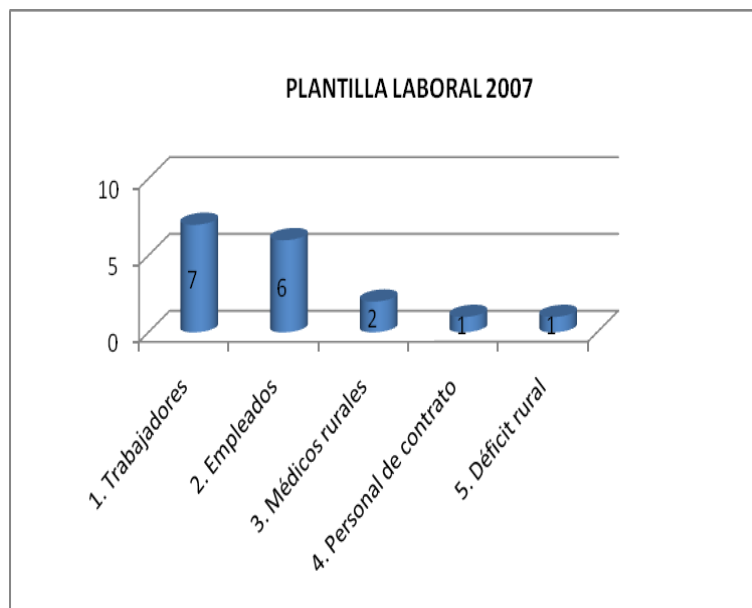
A consecuencia de la política de gratuidad implantada, necesariamente el Ministerio de Salud Pública tuvo que patrocinarla con un incremento en la contratación de personal, de manera que las expectativas del gobierno sean alcanzadas en términos de eficacia, por tanto la proporcionalidad se encuentra proyectada a continuación y muestra las variaciones en la plantilla laboral durante los años: 2007, 2008 y 2009.

Es necesario se analice el gráfico, que proyecta el punto 4 que hace referencia a personal de contrato, a partir de la declaratoria de la política de gratuidad de tres contratos por servicios ocasionales celebrados durante el 2007, en el 2008 se legalizaron 30 contratos adicionales y en el año 2009 se mantuvo la plantilla de

personal contratado por requerimientos institucionales y se incorporó a tres profesionales por emergencia decretada por la influenza AH1N1.

1. Trabajadores
2. Empleados
3. Médicos rurales
4. Personal de contrato
5. Déficit rural

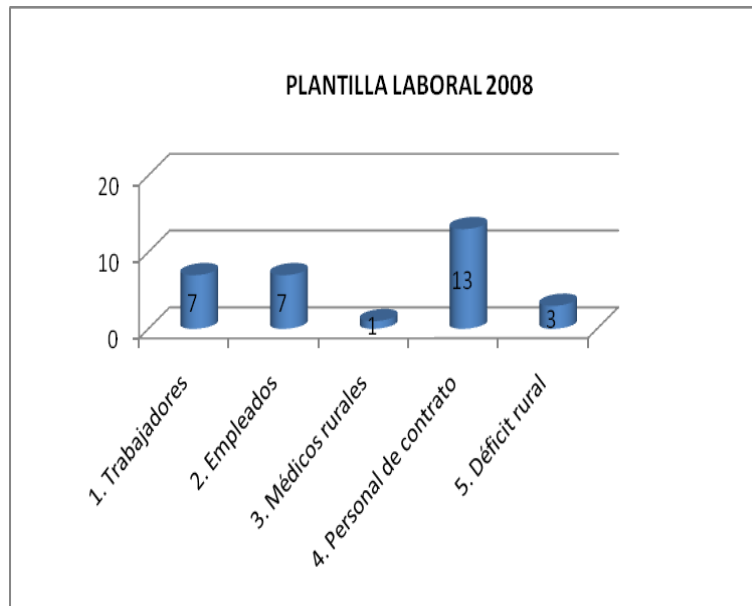
Gráfico 6: Plantilla Laboral 2007



Fuente. Oficina RRHH Área 1 Azogues

Para el año 2007, el número de personal contratado bajo modalidad de servicios ocasionales, fue una persona, y el rubro para cubrir con el salarios para ese año fue de \$15000.

Gráfico 7: Plantilla Laboral 2008



Fuente. Oficina RRHH Área 1 Azogues

Durante el año 2008, período de inicio de la gratuidad en los servicios de salud, el escenario cambió en virtud del incremento en la plantilla laboral expuesta en el gráfico 7, el número de personas de contrato por servicios ocasionales se incrementa a 13 y la partida presupuestaria para salarios se incrementa a \$162500 para ese año.

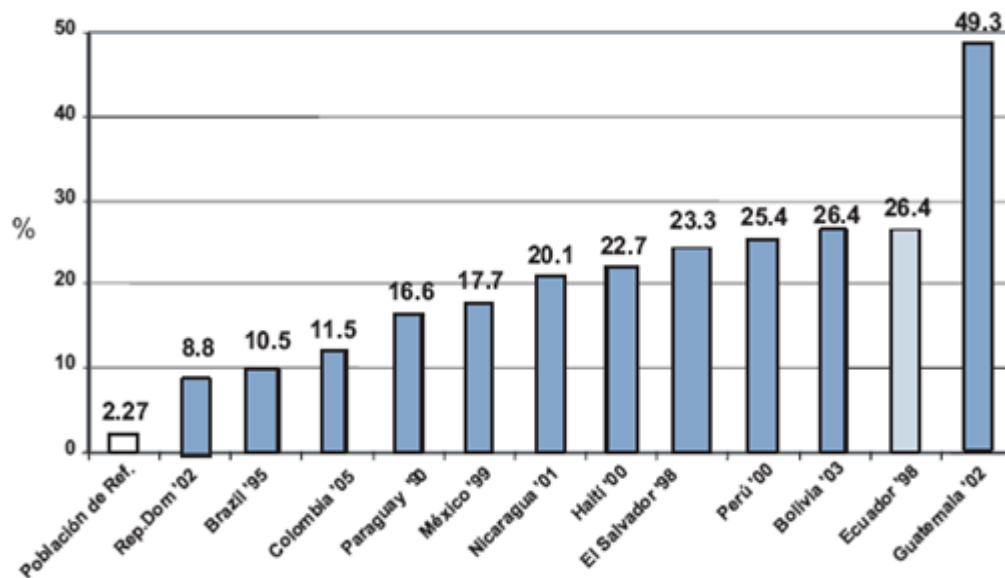
CAPÍTULO 3:

MARCO DE REFERENCIA

La encuesta más reciente con la que se cuenta, es la Encuesta de Condiciones de Vida de 1998, en la cual se incluyó mediciones antropométricas demostrando que uno de cuatro niños menores de cinco años padece desnutrición crónica, definida como retardo en el crecimiento lineal (Larrea et al, 2001). La prevalencia actual de baja talla para la edad en niños menores de 5 años es del 26.4% esta representa un descenso en comparación con la prevalencia en el año de 1986 que fue del 34.0%. Sin embargo y a pesar de tener una disminución en la prevalencia de baja talla para la edad, el Ecuador aún está entre las más altas en América Latina (Cuadro 3.1). (1).

CUADRO 3.1

**Prevalencia de baja talla para la edad (<-2 DE)
en niños menores de 5 años en América Latina y El Caribe**



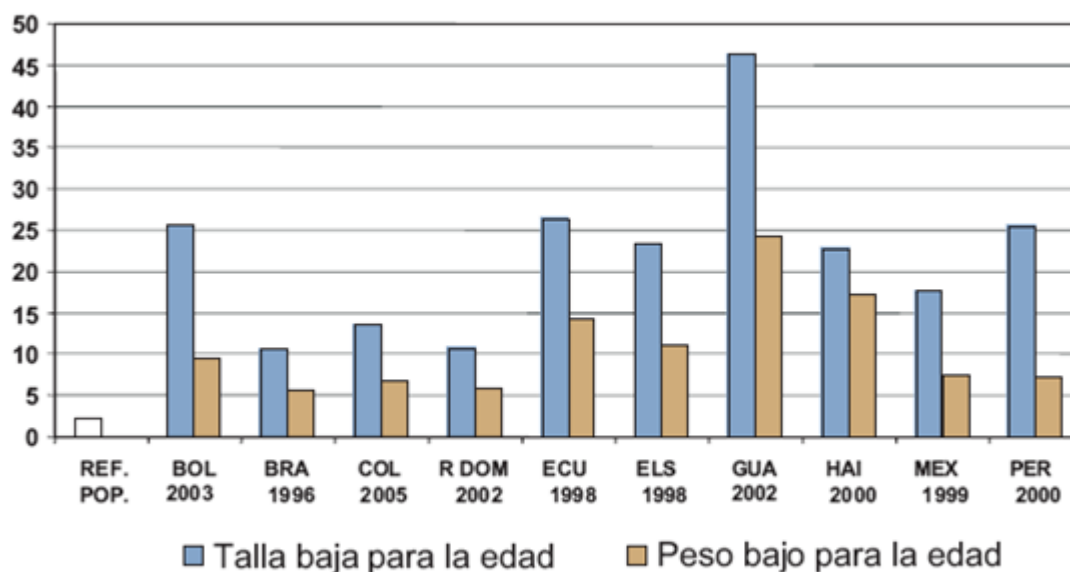
Fuente: Datos representativos a nivel nacional de Encuestas de Demografía y Salud o de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades.

El retardo en el crecimiento lineal aumenta con la edad. En el grupo total de los niños menores de cinco años la prevalencia es de 26.4%, mientras que en el grupo etario de 48 a 60 meses alcanza el 35.9%, lo cual significa que más de una tercera parte de la población de niños ecuatorianos no alcanzan su talla esperada a los 5 años (Cuadro. 3.2). (1)

(1) Encuesta de Condiciones de Vida, 1998 (Larrea ed. al., 2001)

CUADRO 3.2

Prevalencia de baja talla y peso para la edad (<-2 DE) en niños menores de 5 años en América Latina y El Caribe



Fuente: Datos representativos a nivel nacional de diversas fuentes

La prevalencia de desnutrición aguda (bajo peso para la talla), aunque aumentó del 1.7% en el año de 1986 al 2.3% en el año de 1998, se mantiene dentro de lo esperado en una población distribuida normalmente. Sin embargo, el patrón de desnutrición aguda específico por grupo de edad demuestra que entre lactantes y niños pequeños de 6 a 24 meses de edad, alcanza el 5%, es decir, el doble de lo que considera como normal (Cuadro 3.3). (1)

(1) Encuesta de Condiciones de Vida, 1998 (Larrea ed. al., 2001)

CUADRO 3.3

Prevalencia de desnutrición según edad en meses, Ecuador

Grupo de edad (meses)	Baja talla (talla para la edad <-2 DE)	Bajo peso (peso para la edad <-2 DE)	Desnutrición aguda (peso para la talla <-2 DE)
<6 (%)	8.1	1.6	0.3
6-11.9 (%)	11.8	19.0	5.0
12-23.9 (%)	22.2	18.4	5.2
24-35.9 (%)	30	18.4	1.6
36-47.9 (%)	32.9	12.7	0.5
48-60 (%)	35.9	11.9	1.4
Total (%)	26.4	14.3	2.4

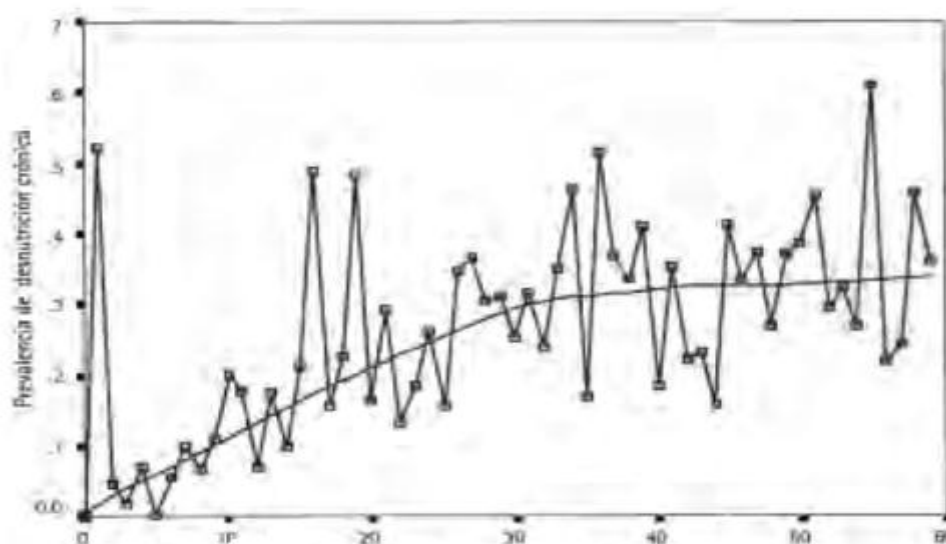
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 1998 (Larrea et al., 2001)

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 1998 (Larrea ed. al., 2001)

El mayor riesgo de retardo de talla para la edad se da en los primeros 24 meses de vida y continúa aumentando en forma menos pronunciada hasta los 36 meses (figura 3.4). Entre la población indígena este patrón es levemente diferente, la tasa de deficiencia continúa en aumento constante a lo largo de los primeros 36 meses de vida antes de nivelarse (figura 3.5).

FIGURA 3.4

Prevalencia de baja talla para la edad (<-2 DE), en niños Ecuatorianos menores de 5 años, según edad en meses



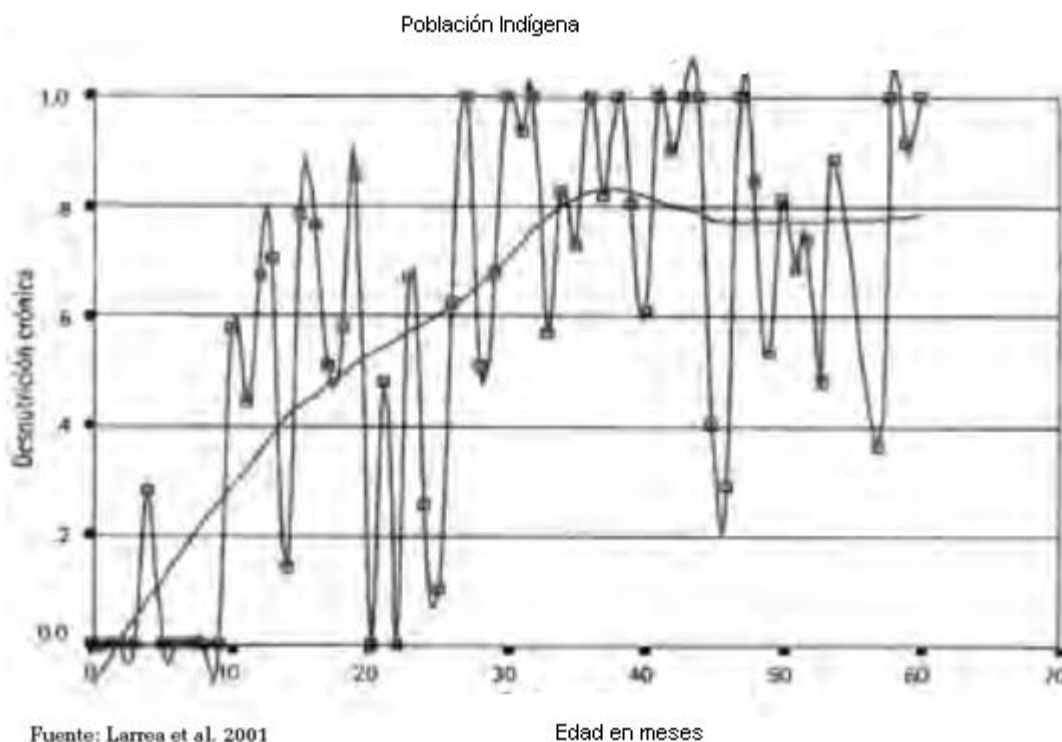
Fuente: Larrea et al. 2001

Edad en meses

En resumen, el periodo de más alto riesgo de insuficiente ganancia de peso y de talla corresponde a los primeros 2 años de vida, especialmente desde el nacimiento hasta los 12 meses para el peso y los primeros 24 meses para la talla. La deficiencia de peso tiende a estabilizarse a partir del segundo año mientras que el retraso de la talla tiende a ser irreversible y se mantiene después de segundo año, sugiriendo un efecto de largo plazo de la calidad de la alimentación complementaria y su interacción con las infecciones frecuentes de la niñez (Luther et al., 1989). (2)

FIGURA 3.5

Prevalencia para la edad (<-2 DE) en niños Ecuatorianos indígenas menores de 5 años, según edad en meses



3.1 DEFICIENCIA DE MICRONUTRIENTES

Micronutrientes, son las sustancias o nutrientes que están presentes en los alimentos y son indispensables para los diferentes procesos bioquímicos y metabólicos de los organismos vivos. Los micronutrientes no proporcionan energía pero son necesarios en cantidades adecuadas para garantizar que todas las células del cuerpo funcionen adecuadamente.

En las personas mayores como en los niños la demanda de vitaminas y micronutrientes es superior a aquella demandada por un adulto activo esto corresponde a que en niños y ancianos se reduce la capacidad de absorción de ciertas sustancias, esto debe entenderse como la disminución de la capacidad de separarlas de los alimentos y asimilarlas. El metabolismo celular es más lento que en el adulto requiere de una mayor estimulación de los procesos metabólicos, para lo cual es necesaria la disponibilidad de vitaminas.

La prevalencia de anemia entre lactantes y niños pequeños en el Ecuador es extremadamente alta, como ocurre en otros países de América Latina. Una encuesta nacional en las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública, demostró que la prevalencia de anemia entre niños menores de un año de edad (hemoglobina < 11 g/dl corregida por altura) alcanzó el 72% (Rodríguez et al., 1997), tal prevalencia es semejante a la encontrada en la única encuesta de nutrición nacionalmente representativa realizada en el Ecuador (Freire et al, 1988). La prevalencia total en niños y niñas menores de 5 años alcanza a 22%, pero los menores de 3 años muestran prevalencias muy altas.

La deficiencia de vitamina A también es considerada como un problema en el Ecuador. Un estudio de 1,232 niños entre los 12 y 59 meses de edad en las cinco provincias más pobres del país, demostró que el 18% de los niños de áreas rurales y el 13% de niños en áreas urbanas tenía un nivel de retinol sérico menor de 20ug/dl (Rodríguez et al.1996). Sobre la base de estos resultados, se ha estimado que 201,600 niños menores de cinco años de edad sufrieron de deficiencia subclínica de vitamina A en 1996 (Mora y Mora, 1998); sin embargo, el estudio de 1996 no cubrió todo el país.

La deficiencia de vitamina A afecta el sistema inmunológico y es causante de un millón de muertes al año, es la causa principal de ceguera prevenible en niños y aumenta el riesgo de enfermedad y muerte por infecciones graves. En las mujeres embarazadas la deficiencia de Vitamina A causa ceguera nocturna y puede aumentar el riesgo de mortalidad materna, es un problema de salud pública en países de bajos ingresos.

La deficiencia de hierro es el problema de salud más extendido en el mundo, afectando el desarrollo mental normal de un 40-60% de los niños. En los países más afectados, puede ser la causa de la pérdida de la productividad de hasta el 2% del PIB.

La deficiencia de ácido fólico es causante de 200.000 defectos de nacimiento graves por año en los países en desarrollo. La deficiencia de zinc suele asociarse con los niños severamente desnutridos o con aquellos que padecen diarreas crónicas o problemas respiratorios. Estudios realizados a personas que recibieron suplementos de zinc demostraron una disminución de los índices de infecciones, especialmente una reducción de los índices de infecciones respiratorias. Se reduce, también, el índice de casos de diarrea en los niños que reciben suplementos de zinc. (3)

Con estos antecedentes y haciendo énfasis en que la desnutrición en los primeros períodos de la vida retarda el desarrollo físico y limita el desarrollo intelectual de los individuos, convirtiéndose en una de las causas de disminución de la capacidad productiva, provocando un subdesarrollo biológico en el ser humano. Aunque posteriormente se mejore la alimentación y nutrición, los daños causados son irreversibles convirtiéndose en limitantes o discapacidades que afectan toda la vida.

3.2 ECUADOR (TALLA BAJA)

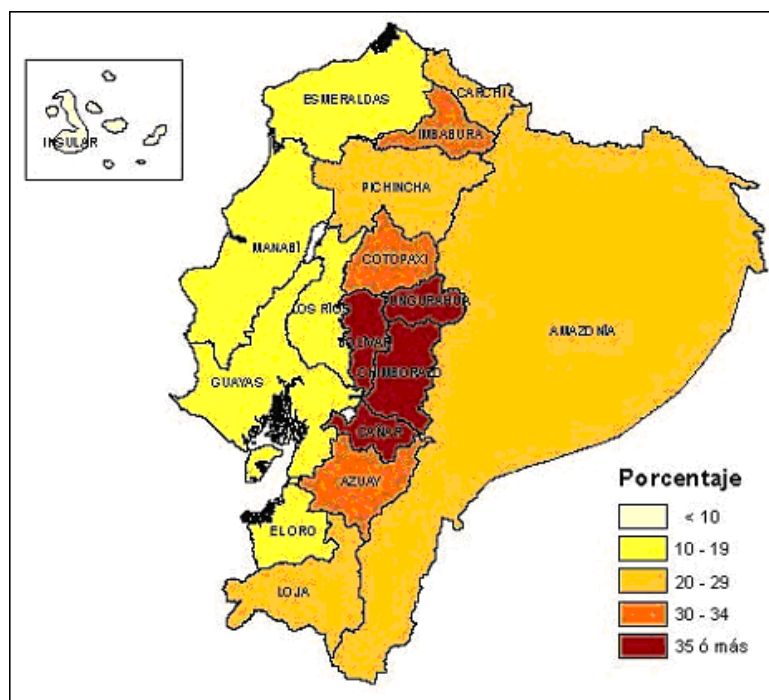
En el Ecuador la desnutrición crónica a nivel nacional es de 23.2%, lo que indica que por cada 100 niños menores de cinco años, existen 23 niños que están sufriendo condiciones adversas en su crecimiento, condiciones que generalmente están asociadas a una situación precaria social y económica. Dentro de este grupo, el 5.9 por ciento cae por debajo de -3.0 Desviación Estándar, en la población de referencia. Este grupo está clasificado con desnutrición crónica severa.

La desnutrición crónica en el área rural es del (30.7%) es decir el 81% más alta que en la urbana que es del (17.0%) y el indicador de la región Sierra (32.0%) es casi el doble que el de la Costa (15.7%) (Cuadro 3.6). La Amazonía presenta un 22.7% de talla baja, mientras que en la Región Insular presenta un 5.8%. Todos los dominios en la Costa tienen niveles menores de talla baja que los dominios de la Sierra. Un hallazgo sorprendente es que el porcentaje en Quito (30.2%) es mayor que el porcentaje del resto urbano de la Sierra (19.3%). Considerando las provincias, las que tienen valores

(3) Fuente: Alianza Mundial contra la desnutrición OMS

más altos son Tungurahua, Bolívar, Cañar y Chimborazo, en las cuales cerca del 40% de los niños(as) están clasificados con desnutrición crónica (Cuadro 3.6). Hay cuatro provincias en donde más de 10% están clasificados con desnutrición crónica severa: Cotopaxi, Bolívar, Cañar, Azuay y Chimborazo. Cabe mencionar que en el dominio Sierra rural, el 12.1% está clasificado con desnutrición crónica severa.

Cuadro 3.6
Desnutrición crónica (talla para edad), por provincia
(Niños(as) de 0 a 59 meses de edad)



C. Calderón y A. Molina. Mapa de la Desnutrición Crónica. MCDS, 2010

El porcentaje con baja talla para edad aumenta con la edad del niño (Cuadro 3.8). Ascende del 3.1% entre los niños(as) menores de 6 meses a 28.5% entre los que tienen 12 a 23 meses y se mantiene aproximadamente en este nivel entre los 24 y 59 meses de edad. El problema de la desnutrición crónica es mayor entre los niños(as) que no fueron pesados al nacer (34.0%) y los de bajo peso al nacer (32.1%), el cual es consistente con los datos según clasificación de la madre y el tamaño del niño al nacer.

CUADRO3.7

Indicadores antropométricos de desnutrición, según lugar de residencia.

Niños(as) de 0 a 59 meses de edad

Ecuador: ENDEMAIN 2004

Lugar de residencia	Porcentaje con desnutrición crónica (Talla para edad)		Porcentaje con desnutrición global (Peso para edad)		Porcentaje con desnutrición aguda (Peso para talla)		No. de casos
	Severa	Total	Severa	Total	Severa	Total	
	(<3.0 DE) ¹	(<2.0 DE) ²	(<3.0 DE) ¹	(<2.0 DE) ²	(<3.0 DE) ¹	(<2.0 DE) ²	
Total	5.9	23.2	1.3	9.4	0.4	1.7	5,089
Área							
Urbana	3.1	17.0	0.7	7.8	0.3	1.7	2,476
Rural	9.4	30.7	1.9	11.3	0.6	1.6	2,613
Región y Dominio							
Sierra	8.6	32.0	1.0	10.4	0.3	1.3	2,651
Quito	5.4	30.2	0.5	8.5	0.0	1.0	337
Resto Urbano	3.5	19.3	0.3	6.9	0.1	1.6	738
Rural	12.1	38.3	1.5	12.7	0.5	1.3	1,576
Costa	3.4	15.7	1.1	8.4	0.5	1.8	2,004
Guayaquil	0.9	11.9	0.5	7.0	0.7	1.4	435
Resto Urbano	4.3	14.9	1.1	8.8	0.1	2.4	762
Rural	4.9	20.1	1.7	9.2	0.8	1.5	807
Amazonía	7.4	22.7	3.8	10.3	0.0	3.3	358
Insular	2.3	5.8	0.0	11.6	0.0	1.2	76
Provincia							
Carchi	9.0	28.7	2.5	5.7	0.0	0.4	205
Imbabura	7.3	33.7	0.0	8.3	0.0	0.5	167
Pichincha	5.3	28.0	0.3	7.9	0.0	0.8	634
Cotopaxi	14.2	33.8	2.1	15.3	0.4	3.2	233
Tungurahua	8.5	41.0	2.1	9.6	0.5	0.5	154
Bolívar	14.1	39.9	0.6	17.7	1.9	4.5	247
Chimborazo	11.1	39.7	2.0	15.5	0.4	1.6	226
Cañar	13.0	39.8	2.1	12.3	0.4	1.8	245
Azuay	11.2	31.3	0.6	8.9	0.0	0.9	283
Loja	8.2	28.9	2.0	14.8	1.6	2.3	257
Esmeraldas	5.8	15.9	2.0	9.8	0.6	2.6	302
Manabí	3.3	15.9	1.0	9.2	0.3	1.8	332
Los Ríos	3.3	19.8	1.1	8.7	0.0	1.9	318
Guayas	3.0	15.1	1.2	7.9	0.7	1.8	811
El Oro	5.2	14.1	0.3	7.9	0.4	0.7	241

¹ Porcentaje con puntaje-z menos que 3.0 desviaciones estándar (DE) por debajo de la media para la población de referencia (NCHS/CDC/OMS).

² Porcentaje con puntaje-z menos que 2.0 desviaciones estándar (DE) por debajo de la media para la población de referencia.

CUADRO 3.8

Indicadores antropométricos de desnutrición, según características del hijo(a).
Niños(as) de 0 a 59 meses de edad
Ecuador: ENDEMAIN 2004

Características del niño(a)	Porcentaje con desnutrición crónica (Talla para edad)		Porcentaje con desnutrición global (Peso para edad)		Porcentaje con desnutrición aguda (Peso para talla)		No. de casos
	Severa	Total	Severa	Total	Severa	Total	
	(<-3.0 DE) ¹	(<-2.0 DE) ²	(<-3.0 DE) ¹	(<-2.0 DE) ²	(<-3.0 DE) ¹	(<-2.0 DE) ²	
Total	5.9	23.2	1.3	9.4	0.4	1.7	5,089
Edad							
0-5 meses	0.1	3.1	0.1	0.7	0.4	2.1	464
6-11	2.1	9.4	1.1	7.1	0.7	3.1	493
12-23	7.5	28.5	2.9	13.3	1.2	4.5	983
24-35	6.5	24.7	2.0	12.4	0.1	0.9	1,079
36-47	8.0	27.5	0.5	9.9	0.0	0.0	1,023
48-59	6.2	28.2	0.2	7.0	0.1	0.5	1,047
Sexo							
Hombre	5.7	24.0	1.3	8.9	0.4	1.7	2,665
Mujer	6.2	22.3	1.2	9.9	0.4	1.6	2,424
Peso al nacer							
No especificado	10.9	34.0	1.8	13.4	0.6	1.7	1,332
Menos de 5.5 libras	8.2	32.1	2.7	15.9	0.3	2.0	601
5.5 libras o más	3.6	17.5	0.7	6.6	0.3	1.6	3,156
Prematuro							
Sí	3.8	27.6	2.0	14.0	0.0	1.1	206
No	6.0	23.0	1.2	9.2	0.4	1.7	4,861
Tamaño del niño(a)							
Muy pequeño	12.8	42.7	4.7	19.8	0.1	1.6	474
Pequeño	8.9	30.4	1.1	13.3	0.2	1.8	958
Mediano o grande	4.3	18.9	0.9	7.1	0.5	1.7	3,636
Intervalo previo							
< 24 meses	9.2	29.2	1.9	13.9	0.6	2.1	909
24-47	7.8	28.1	1.4	12.0	0.4	1.2	1,425
48 ó más	2.9	17.3	0.6	6.3	0.2	1.2	1,223
Primer nacimiento	4.3	19.2	1.2	6.9	0.4	2.2	1,465
Orden de nacimiento							
1	4.3	19.2	1.2	6.9	0.4	2.2	1,465
2-3	5.1	21.6	0.8	9.3	0.3	1.4	2,279
4-6	8.0	27.8	1.9	11.3	0.5	1.3	1,062
7 ó más	14.0	41.9	2.9	16.8	0.7	1.9	283

¹ Porcentaje con puntaje-z menos que 3.0 desviaciones estándar (DE) por debajo de la media para la población de referencia (NCHS/CDC/OMS).

² Porcentaje con puntaje-z menos que 2.0 desviaciones estándar (DE) por debajo de la media para la población de referencia.

Con relación al nivel de instrucción de la madre, se puede mencionar que la desnutrición de los niños(as) cuyas madres no tienen educación formal es tres veces mayor (38.1%) que la estimada para los niños(as) de madres con instrucción superior y más de dos veces que la estimada para niños(as) de madres con instrucción secundaria (Cuadro 3.9). La desnutrición crónica está muy relacionada con el nivel económico del hogar. El porcentaje para el quintil económico bajo (30.0%) es mayor que para el quintil intermedio (17.3%) y mucho más que del quintil alto (11.4%) (Cuadro 3.10). El porcentaje para hijos(as) de madres indígenas (46.7%) es mucho mayor que para los

otros grupos étnicos, los cuales varían entre 14.0 y 21.2 por ciento. Esto es consistente con el porcentaje alto para el dominio Sierra rural y para las provincias de la Sierra que tienen altos porcentajes. Cabe destacar el particularmente alto porcentaje de hijos(as) de madres indígenas clasificados con desnutrición crónica severa (16.9%).

CUADRO 3.9

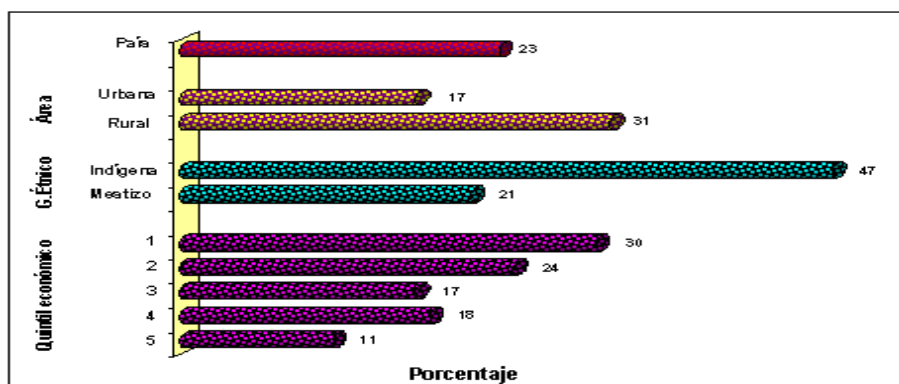
Indicadores antropométricos de desnutrición, según características de la madre.
Niños(as) de 0 a 59 meses de edad
Ecuador: ENDEMAIN 2004

Características de la madre	Porcentaje con desnutrición crónica (Talla para edad)		Porcentaje con desnutrición global (Peso para edad)		Porcentaje con desnutrición aguda (Peso para talla)		No. de casos
	Severa	Total	Severa	Total	Severa	Total	
	(<-3.0 DE) ¹	(<-2.0 DE) ²	(<-3.0 DE) ¹	(<-2.0 DE) ²	(<-3.0 DE) ¹	(<-2.0 DE) ²	
Total	5.9	23.2	1.3	9.4	0.4	1.7	5,089
Nivel de instrucción							
Ninguno	13.2	38.1	1.8	18.8	1.6	2.0	198
Primario	8.7	30.0	2.0	11.6	0.5	1.8	2,510
Secundario	3.0	16.7	0.4	7.1	0.3	1.4	1,861
Superior	1.9	11.7	0.7	5.0	0.0	2.0	520
Grupo étnico							
Indígena	16.9	46.7	3.5	15.3	0.4	2.8	624
Mestizo	4.9	21.2	1.0	8.7	0.3	1.6	3,891
Blanco	4.8	18.8	1.0	6.3	0.9	1.5	303
Otro	2.0	14.0	0.7	11.6	0.8	1.1	271
Quintil económico							
1 (más pobre)	8.9	30.0	2.3	12.4	0.5	2.0	1,846
2	7.0	24.5	1.0	9.1	0.5	1.8	1,271
3 (intermedio)	3.3	17.3	0.6	7.4	0.4	1.2	917
4	2.3	18.8	0.1	7.4	0.0	0.6	638
5 (más rico)	2.0	11.4	0.7	5.2	0.1	3.0	417

¹ Porcentaje con puntaje-z menos que 3.0 desviaciones estándar (DE) por debajo de la media para la población de referencia (NCHS/CDC/OMS).

² Porcentaje con puntaje-z menos que 2.0 desviaciones estándar (DE) por debajo de la media para la población de referencia.

Figura 3.6
Desnutrición crónica (talla para edad) en menores de 5 años,
según características seleccionadas



3.2.1 Desnutrición global (Bajo peso)

Los resultados muestran que en el Ecuador, el 9.4% de los niños(as) menores de cinco años presentan bajo peso para su edad y el 1.3% está clasificado como desnutrición global severa.

3.2.2. Desnutrición aguda

En el país, el porcentaje con bajo peso para la talla asciende del 2.1% entre niños(as) de 0 a 5 meses a 4.5% entre los que tienen 12 a 23 meses, pero desciende a 0.5% entre los de 48 a 59 meses de edad.

3. 3. COMPARACIÓN CON OTROS PAÍSES DE LA REGIÓN

El Cuadro 3.10 muestra que el Ecuador tiene valores en los tres indicadores antropométricos semejantes a otros países de la región. La baja talla para la edad para Ecuador (23.2%) es un poco menor que el valor de las últimas encuestas en Perú y Bolivia, 25.4 y 26.5%, respectivamente, pero mayor que Colombia (13.5%) y El Salvador (18.9%). Todos los países tienen menos que 2.3% con bajo peso para la talla, lo cual indica que no hay mayor problema de desnutrición aguda.

CUADRO 3.10

Indicadores antropométricos de desnutrición
en países seleccionados de América Latina.
Niños de 0-59 meses de edad

Indicadores	Ecuador 2004	Perú 2000	Bolivia 2003	Colombia 2000	El Salvador 2002/03 ¹
Baja talla-para-edad ²	23.2	25.4	26.5	13.5	18.9
Baja peso-para-edad ²	9.4	7.1	7.5	6.7	10.3
Baja peso-para-talla ²	1.7	0.9	1.3	0.8	1.4

¹ - Niños de 3 a 59 meses de edad.

² Porcentaje con puntaje-z menos que 2.0 desviaciones estandar (DE) por debajo de la media para la población de referencia.

3.4 Alimentación Complementaria:

La nutrición adecuada durante la infancia y niñez temprana es fundamental para el desarrollo del potencial humano completo de cada niño. Es bien reconocido que el periodo entre el nacimiento y los dos años de edad es una “ventana de tiempo crítica” para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimos. En estudios longitudinales se ha comprobado consistentemente que esta es la edad pico en la que ocurren fallas de crecimiento, deficiencias de ciertos micronutrientes y enfermedades comunes de la niñez como la diarrea. Después que un niño alcanza los dos años de edad, es muy difícil revertir la falla de crecimiento ocurrida anteriormente (Martorell y col. 1994). Las consecuencias inmediatas de la desnutrición durante estos años formativos incluyen una morbi - mortalidad pronunciada y un desarrollo mental y motor retrasado. A largo plazo, las deficiencias nutricionales están ligadas a impedimentos en el rendimiento intelectual, la capacidad de trabajo, la salud reproductiva y la salud general durante la adolescencia y la edad adulta. Como consecuencia, el ciclo de desnutrición continúa, ya que la niña desnutrida al crecer tiene mayores posibilidades de dar a luz a un niño desnutrido de bajo peso al nacer. Las prácticas deficientes de lactancia materna y alimentación complementaria, junto con un índice elevado de enfermedades infecciosas, son las causas principales de desnutrición en los primeros dos años de vida. Por esta razón, es esencial asegurar que las personas encargadas del cuidado y salud de los niños reciban orientación apropiada en cuanto a la alimentación óptima de lactantes y niños pequeños.

La alimentación complementaria se define como el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna. El rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria está habitualmente entre los 6 y 24 meses de edad, si bien la lactancia materna puede continuar hasta después de los dos años. Una revisión de las guías alimenticias promovidas por varias organizaciones nacionales e internacionales demostró que existen inconsistencias en las recomendaciones específicas para la alimentación de lactantes y niños pequeños (Dewey, en prensa). Algunas guías se basan en tradiciones y especulaciones más que en bases científicas, o son mucho más específicas de lo necesario en cuanto a temas como el orden de introducción de alimentos y las cantidades específicas de alimentos que debe recibir el lactante. Para evitar confusión, es necesario contar con unas guías unánimes que puedan ser adaptadas a las prácticas alimenticias y condiciones locales.

3.4.1 Principios de Orientación:

1. Duración de la lactancia materna exclusiva y edad de introducción de los alimentos complementarios. Practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, introducir los alimentos complementarios a partir de los 6 meses de edad (180 días) y continuar con la lactancia materna.
2. Mantenimiento de la lactancia materna. Continuar con la lactancia materna frecuente y a demanda hasta los dos años de edad o más.
3. Alimentación perceptiva. Existe un reconocimiento creciente de que la alimentación complementaria óptima está relacionada no sólo con el qué se come, sino también con el cómo, cuándo, dónde y quién alimenta al niño (Peltó y col., 2002). Ciertos estudios de comportamiento han revelado que el estilo de “dejar hacer” durante la alimentación predomina en algunas poblaciones (Engle y Zeitlin, 1996; Bentley y col, 1991; Bentley y col., 1992), donde raramente se observa que el niño sea animado a comer y si se observa es sólo cuando los niños se rehúsan a comer o están enfermos. Existe la hipótesis de que un estilo más activo de

alimentación puede mejorar la ingesta nutricional. Sin embargo, hasta el momento, las pruebas sobre el impacto de los comportamientos de alimentación en la ingesta dietética y salud infantil son escasas. En una población urbana de Gana, Ruel y col. (1999) encontraron que una escala de “prácticas de cuidado” (que incluía patrones de lactancia materna, tiempo de introducción de la alimentación complementaria, calidad de alimentos, y dos comportamientos de “alimentación activa”) estaba positivamente asociada al estado antropométrico del niño en madres con escolaridad mínima o nula. Varios estudios de intervención que incluyeron comportamientos de alimentación como parte de las prácticas recomendadas han reportado efectos positivos en el crecimiento infantil (Sternin y col., 1997; Creed de Kanashiro y col., 2002), pero es imposible separar la influencia de la alimentación perceptiva de aquella relacionada a los otros cambios ocurridos en las prácticas de lactancia materna y los tipos de alimentos complementarios ofrecidos. En cuanto exista más información proveniente de estudios controlados, se podrá determinar con precisión los tipos de comportamientos alimenticios que tienen más influencia sobre la salud y el desarrollo infantil.

4. Preparación y almacenamiento seguros de los alimentos complementarios. El cuidado con las prácticas de higiene durante la preparación de los alimentos es crítico para la prevención de enfermedades gastrointestinales. La incidencia más elevada de enfermedades diarreicas ocurre durante la segunda mitad del primer año de vida, puesto que la ingesta de alimentos complementarios aumenta (Martínez y col., 1992) la contaminación microbiológica de los alimentos es una de las causas principales de la diarrea infantil y se puede prevenir aplicando estas prácticas:

- a) Lavar las manos de las personas a cargo de los niños y de los mismos niños antes de preparar alimentos y de comerlos.
- b) Guardar los alimentos de forma segura y servirlos inmediatamente después de su preparación.
- c) Utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos.
- d) Utilizar tazas y tazones limpios al alimentar a los niños.
- e) Evitar el uso de biberones, dado que es difícil mantenerlos limpios.

En una zona peri-urbana del Perú el 35% de las tetinas de biberones analizadas resultaron positivas para E. coli, un indicador de contaminación fecal y el 31% de los tés servidos en biberones estuvo contaminado con E. coli comparado con sólo el 2% de los tés servidos en tazas (Black y col., 1989).

Aunque en muchos entornos existen barreras significativas para el cumplimiento de las recomendaciones descritas (incluyendo la falta de agua potable y lugares para la preparación y el almacenamiento seguros de alimentos así como la restricción de tiempo de las personas encargadas de los niños), las intervenciones educacionales bien planeadas pueden resultar en mejoras sustanciales en cuanto a seguridad de los alimentos (Monte y col., 1997). Además, el uso de alimentos fermentados puede reducir el riesgo de contaminación microbológica (Kimmons y col., 1999) y tiene la ventaja de mejorar el contenido nutricional (OMS, 1998).

5. Cantidad necesaria de alimentos complementarios. Si un niño consume más o menos leche materna que el promedio, la cantidad de energía necesaria proveniente de los alimentos complementarios variará. En la práctica, la persona encargada del niño o niña no podrá saber la cantidad exacta de leche materna que él o ella consume y tampoco podrá medir el contenido energético de los alimentos complementarios ofrecidos. Por lo tanto, la cantidad de alimentos ofrecidos debe ser basada en los principios de la alimentación perceptiva, asegurando que la densidad energética y la frecuencia de las comidas sean las adecuadas para cubrir las necesidades del niño o niña.

Comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna. La energía necesaria proveniente de los alimentos complementarios para niños con ingestas “promedio” de leche materna en países en vías de desarrollo es de aproximadamente 200 kcal al día para niños entre los 6 y 8 meses de edad, 300 kcal al día para niños entre los 9 y 11 meses, y 550 kcal al día para niños entre los 12 y 23 meses de edad. En países desarrollados se estima que las necesidades son algo diferentes (130, 310 y 580 kcal al día para niños entre los 6 y 8, 9 y 11 y 12 y 23 meses, respectivamente) debido a las diferencias en la ingesta de leche materna.

Es importante no ser muy prescriptivo en cuanto a las cantidades de alimentos complementarios que deben ser consumidos, pues las necesidades de cada niño varían debido a las diferencias en la ingesta de leche materna y la variabilidad de la tasa de crecimiento. Más aun, los niños en proceso de recuperación de enfermedades o que viven en ambientes donde el desgaste de energía es mayor, pueden requerir de más energía que la aportada por las cantidades promedio.

6. Consistencia de los alimentos. El desarrollo neuromuscular de los niños determina la edad mínima según la cual puede comer ciertos tipos de alimentos (OMS/UNICEF, 1998). Los alimentos semisólidos o purés son necesarios al comienzo, hasta que aparezca la habilidad de mordisquear (movimientos de la mandíbula hacia arriba y abajo) o masticar (uso de los dientes). Las habilidades descritas representan las aptitudes normales de niños sanos a diferentes edades. Cuando se ofrece alimentos de consistencia inapropiada, es posible que el niño no logre consumir una cantidad significativa, o que demore tanto en comer que su ingesta de alimentos se vea comprometido. Los resultados de varios estudios (Dewey y Brown, 2002) demuestran que a los 12 meses, la mayoría de los niños ya puede consumir los alimentos familiares de consistencia sólida, aunque muchos aún reciben alimentos semisólidos (presumiblemente porque pueden consumirlos más eficientemente y por ende, significa una demanda más baja del tiempo requerido para alimentarlos). Algunas pruebas sugieren que existe una “ventana crítica” de tiempo para introducir alimentos sólidos “grumosos”: si estos no se introducen antes de los 10 meses de edad, es posible que aumente el riesgo de dificultades durante la alimentación en el futuro (Northstone y col., 2001). Por ello, aunque dar alimentos semisólidos ahorre tiempo, para provecho del desarrollo infantil se recomienda aumentar la consistencia de los alimentos gradualmente de acuerdo con la edad del niño.

Los lactantes pueden comer papillas, purés y alimentos semisólidos a partir de los 6 meses de edad. A los 8 meses, la mayoría de niños también pueden consumir alimentos que se pueden comer con los dedos (meriendas que pueden servirse los niños por si solos). A los 12 meses, la mayoría de los niños puede comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia (teniendo en cuenta su necesidad de alimentos densos en nutrientes. Deben evitarse los alimentos que

puedan causar que los niños se atoren o atraganten (es decir, alimentos cuya forma y/o consistencia implica el riesgo de que pudieran bloquear la tráquea, por ejemplo nueces, uvas, zanahorias crudas, etc.).

7. Frecuencia de alimentos y densidad energética. Aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo. El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos locales y las cantidades normalmente consumidas durante cada comida. Para el niño amamantado promedio de 6 a 8 meses de edad, se debe proporcionar 2 a 3 comidas al día, de los 9 a 11 meses y 12 a 24 meses de edad el niño debe recibir 3-4 comidas al día además de refrigerios nutritivos (como una fruta, un pedazo de pan o una porción de nueces) ofrecidas 1 o 2 veces al día, según lo desee el niño. Los refrigerios se definen como alimentos consumidos entre comidas, siendo generalmente alimentos que los niños consumen por sí mismos y que son convenientes y fáciles de preparar. Si la densidad energética o la cantidad de alimentos en cada comida es baja, o el niño ya no es amamantado, es posible que se requiera de comidas más frecuentes.

8. Contenido nutricional de alimentos complementarios. Contenido de micronutrientes. Debido al rápido crecimiento y desarrollo de los niños durante los primeros dos años de vida, la necesidad nutricional por unidad de peso corporal de lactantes y niños pequeños es alta. La leche materna puede contribuir de manera sustancial a la ingesta total de nutrientes en niños entre los 6 y 24 meses de edad, particularmente en cuanto a proteínas y muchas de las vitaminas. Sin embargo, el contenido de varios minerales como el hierro y el zinc, es relativamente bajo en la leche materna aun tomando en cuenta su biodisponibilidad. Por ejemplo, entre los 9 y 11 meses de edad la proporción de la Ingesta de Nutrientes Recomendada que deberían suministrar los alimentos complementarios es de 97% para el hierro, 86% para el zinc, 81% para el fósforo, 76% para el magnesio, 73% para el sodio, y 72% para el calcio. Dada la cantidad relativamente pequeña de alimentos complementarios que consume un niño o una niña entre los 6 y 24 meses, se necesitaría que la densidad nutricional (cantidad

de cada nutriente por 100 kcal de alimento) de los alimentos complementarios sea muy elevada.

En la mayoría de los países en vías de desarrollo, los alimentos complementarios no proveen suficiente hierro, zinc, o vitamina B6. Aun en los Estados Unidos, el hierro y el zinc son identificados como nutrientes problema en el primer año de vida, a pesar de la disponibilidad de productos fortificados con hierro. La reserva de ciertos nutrientes es limitada en algunas poblaciones, pero no en todas, dependiendo de la mezcla local de alimentos complementarios. Estos nutrientes incluyen riboflavina, niacina, tiamina, folato, calcio, vitamina A, y vitamina C.

Debido a que existe tanta variabilidad en la composición de las dietas de alimentos complementarios en las diferentes partes del mundo, no es factible determinar dietas mundiales que garanticen la ingesta adecuada de todos los nutrientes esenciales.

Los alimentos complementarios de origen vegetal no son suficientes por sí solos para cubrir los requerimientos de ciertos micronutrientes. Por ende, se recomienda incluir carne, aves, pescado o huevos en las dietas de alimentos complementarios lo más frecuentemente posible. Los productos lácteos son una buena fuente de algunos nutrientes como el calcio, pero no proveen suficiente hierro a menos que sean fortificados. En ambientes donde la higiene es pobre, la promoción de productos a base de leche líquida es riesgosa dado que estos productos pueden contaminarse fácilmente, especialmente cuando son proporcionados con biberón. La leche fresca de vaca, sin calentar, consumida antes de los 12 meses de edad también está asociada con pérdidas de sangre en las heces y un estado bajo de hierro (Ziegler y col., 1990; Griffin y Abrams, 2001). Por estas razones es más adecuado escoger productos lácteos como queso, yogurt y leche deshidratada (mezclada con otros alimentos, por ejemplo en purés o papillas) durante el primer año de vida.

En algunos países industrializados las reacciones alérgicas potenciales relacionadas al consumo de ciertos alimentos con un alto contenido de proteína durante el primer año de vida ha sido causa de preocupación (las alergias alimenticias parecen ser menos comunes en países en vías de desarrollo). Por ejemplo, la Academia Americana de Pediatría recomienda que los niños menores de un año con historia familiar de alergias o sensibilidades a alimentos no reciban

leche de vaca hasta cumplir el primer año, huevos hasta el segundo año, y maní, nueces y pescado hasta el tercer año de edad. Se piensa que el evitar alimentos con un potencial alergénico documentado puede demorar o hasta prevenir la dermatitis atópica y algunas alergias alimenticias en niños en alto riesgo. Sin embargo, no se han publicado estudios controlados que demuestren que las dietas restringidas después de los 6 meses de edad tengan un efecto preventivo frente a las alergias alimenticias (Halken y Host, 2001), y por esta razón un grupo internacional de expertos no recomendó dichas restricciones (OMS/IAACI, 2000). La recomendación de proveer frutas y verduras ricas en vitamina A está basada en los beneficios a la salud asociados con la prevención de la deficiencia de vitamina A y la probabilidad de que el consumo de dichos alimentos también ayude a cubrir los requisitos de muchas otras vitaminas.

Contenido de grasa: La grasa es importante en las dietas de los lactantes y niños pequeños pues provee ácidos grasos esenciales, facilita la absorción de vitaminas solubles en grasa, y mejora la densidad energética y las cualidades sensoriales de la dieta. La leche materna es generalmente una fuente abundante de grasa que la mayoría de los alimentos complementarios. Por ende, el total de ingesta de grasa usualmente desciende con la edad, dado que la contribución de la leche materna a la ingesta energética dietética total también desciende. Aún existe desacuerdo sobre la cantidad óptima de grasa en las dietas de los lactantes y niños pequeños. Sin embargo, se ha sugerido el rango de 30-45% de la energía total (Dewey y Brown, 2002; Bier y col., 1999) como un término medio razonable entre el riesgo de una ingesta muy baja (por ejemplo, un consumo inadecuado de ácidos grasos esenciales y baja densidad energética) y una ingesta excesiva (la cual se piensa puede aumentar la probabilidad de obesidad infantil y enfermedades cardiovasculares en el futuro. La energía total de la dieta es la suma de la energía proveniente de la leche materna y de los alimentos complementarios. Así, el porcentaje de energía en forma de grasa proveniente de los alimentos complementarios que se necesitaría para alcanzar el nivel de 30- 45% de la energía total a partir de grasas depende del consumo de leche materna y el contenido de grasa en la misma (Dewey y Brown, 2002). Por ejemplo, los niños menores de un año en países en vías de desarrollo que consumen una cantidad promedio de leche materna con una concentración de grasa promedio (38g/L),

necesitarían una proporción de energía a partir de grasas en los alimentos complementarios de 0 a 34% entre los 6 y 8 meses de edad, 5 a 38% entre los 9 y 11 meses y 17 a 42% entre los 12 y 23 meses.

Por ejemplo, la adición de una cucharadita de aceite vegetal a 100g de una papilla de maíz típica en África Occidental aumentaría la densidad energética del 0,28 al 0,73 kcal/g, pero reduciría la densidad de proteína del 8,9% al 3,3% , y la densidad de hierro del 0,5 al 0,2 mg/100 kcal (OMS/UNICEF,1998). Estos efectos podrían empeorar la desnutrición de micronutrientes en poblaciones vulnerables si es que no se toman otras medidas (como la fortificación, por ejemplo) para asegurar una ingesta adecuada de micronutrientes.

Bebidas con bajo valor nutritivo: El té y el café contienen compuestos que interfieren con la absorción de hierro (Allen y Ahluwalia, 1997), y por esta razón no son recomendados para niños pequeños. Las bebidas azucaradas como las sodas deben ser evitadas porque es poco lo que aportan además de energía y, por lo tanto, disminuyen el apetito de los niños por alimentos más nutritivos. El consumo excesivo de jugo también puede disminuir el apetito de los niños por otros alimentos y puede ocasionar heces sueltas. Por esta razón, se recomienda que no se consuma más de 240 ml de jugo de frutas al día. Los resultados de estudios realizados en los Estados Unidos han relacionado el consumo excesivo de jugo de frutas con el retraso en el crecimiento, así como con la baja estatura y la obesidad (Denison y col., 1997).

9. Uso de suplementos de vitaminas y minerales o productos fortificados para niños y madres. Los alimentos complementarios sin fortificar de origen predominantemente vegetal generalmente no proveen suficiente cantidad de ciertos nutrientes claves (especialmente hierro, zinc y calcio) para cubrir las ingestas recomendadas entre los 6 y 24 meses de edad. La inclusión de alimentos de fuente animal pueden llenar este vacío en algunos casos, pero esto aumenta el costo y por ende, puede ser impráctico para los grupos de bajos ingresos. Más aun, las cantidades de alimentos de fuente animal que pueden ser consumidos por niños menores de un año (esto es, entre los, 6 y 12 meses de edad) son generalmente insuficientes para cubrir las necesidades de hierro, calcio y a veces zinc (OMS/UNICEF, 1998).

La dificultad en cubrir los requerimientos de estos nutrientes durante la infancia no es única para países en vías de desarrollo. Las ingestas promedio de hierro en niños amamantados en países industrializados no alcanzarían las ingestas recomendadas si no estuviesen disponibles productos fortificados con hierro (OMS/UNICEF, 1998). Además, la mediana de la densidad de zinc en alimentos complementarios consumidos por niños amamantados en los Estados Unidos estuvo por debajo de la densidad deseada entre los 6 y 12 meses.

En países industrializados, los alimentos complementarios fortificados con hierro han sido ampliamente consumidos por décadas y en los últimos años, algunos productores han añadido zinc como un fortificante. Dichos productos no están disponibles para todos en los países en vías de desarrollo (con la excepción de programas sociales que alcanzan a sólo una pequeña porción de la población) a pesar de la atención cada vez mayor a esta estrategia para asegurar una nutrición infantil adecuada.

Una alternativa a la fortificación de alimentos es el uso de suplementos de vitaminas y minerales que son administrados directamente al menor de un año (es decir, como gotas medicinales) o mezclados con los alimentos complementarios (es decir como gránulos o pastas a base de grasa; Dewey y Brown, 2002). Se recomienda realizar una evaluación sobre las deficiencias de nutrientes para cada población específica (basada en los tipos de alimentos complementarios consumidos) y así poder decidir si es que se requerirá de fortificación con uno o más nutrientes.

Según lo descrito en el Principio #1, arriba, la desnutrición materna puede afectar la concentración de ciertos nutrientes en la leche materna (especialmente de vitaminas). Mejorar la dieta de la madre es la primera opción, pero cuando esto no es suficiente, el consumo de productos fortificados o suplementos de vitaminas y minerales durante la lactancia pueden ayudar a asegurar que el lactante tenga una ingesta adecuada de nutrientes y puede mejorar el estado nutricional de la madre.

10. La alimentación durante y después de la enfermedad. Aumentar la ingesta de líquidos durante las enfermedades incluyendo leche materna (lactancia más frecuente), y alentar al niño a comer alimentos suaves, variados, apetecedores y

que sean sus favoritos. Después de la enfermedad, dar alimentos con mayor frecuencia de lo normal y alentar al niño a que coma más. (4)

(4)

OMS/UNICEF, 1998).
(Martorell y col. 1994).
(Pelto y col., 2002).
(Engle y Zeitlin, 1996; Bentley y col, 1991; Bentley y col., 1992)
(Sterin y col., 1997; Creed de Kanashiro y col., 2002)
(Griffin y Abrams, 2001).

CAPÍTULO 4:

PROPUESTA DE ACCION

Las personas le dan vida al proceso. Nuestro personal hace que el proceso funcione; sin él no obtenemos nada. Necesitamos entender qué sienten acerca del proceso las personas que le dan vida a este.

¿Qué obstaculiza su camino?, ¿qué parte del proceso les agrada?, ¿qué les causa molestia? El proceso final tiene que ser un matrimonio homogéneo entre personas y metodologías, en el cual el equipo es esclavo de las personas no al contrario.

En ciertas ocasiones los funcionarios malinterpretan los procedimientos o no los conocen, descubren una manera mejor de hacer las cosas, les es difícil poner en práctica el método documentado, les falta entrenamiento, se les entrenó para realizar la actividad en forma diferente, en fin, no cuenta con las herramientas indispensables o no disponen del tiempo suficiente para realizar herramientas indispensables o no disponen del tiempo suficiente para realizar su trabajo. Quizá no comprenden por qué deben seguir los procedimientos y la única manera de comprender realmente lo que sucede en los procesos de la institución es a través de un seguimiento personal del flujo de trabajo, analizando y observando su desarrollo.

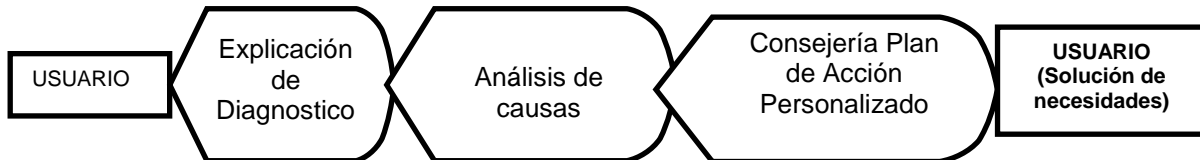
4.1 PROPUESTA PARA LA DEFINICIÓN DE LA POLÍTICA DE CALIDAD PARA EL CENTRO DE SALUD N° 1:

Todas las actividades desarrolladas por el Centro de Salud Azogues N°1 estarán enmarcadas dentro de los estándares de calidad definidos para cada servicio ofertado. Los resultados insatisfactorios serán sometidos a análisis y ajuste para evitar su reincidencia.

Lideraremos con entusiasmo, lealtad y responsabilidad un trabajo eficiente, honesto, lleno de calidez y humanidad con nuestros usuarios. Esa será nuestra cultura de servicio.

La institución se diferenciará en el medio por poseer un equipo de trabajo calificado y satisfecho que refleje permanentemente armonía familiar, laboral y personal, para poder transmitir y proporcionar satisfacción al usuario.

4.2 CADENA DE VALOR CONSEJERÍA NUTRICIONAL EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:



4.3 PROPUESTA:

Dentro del extenso campo de la comunicación humana, la relación interpersonal y el contacto cara a cara son las expresiones más importantes cuando se trata de relacionarnos eficazmente. La conversación es, en este sentido, el “género literario” (la forma de comunicarse) esencial de los seres humanos. Pero una consejería no es una conversación cualquiera. El personal de salud debe hablar convencido de que tiene una responsabilidad social y el usuario (gestante, madre, padre o cuidador) debe sentirlo así.

Se han diseñado los siguientes procedimientos con el propósito de contribuir cualitativamente al desempeño del personal de salud del Centro de Salud de Azogues N°1, para orientar a las familias sobre su bienestar nutricional.

La conversación deberá tener una secuencia que vaya desde la apertura hasta el cierre. En el medio habrá intercambio de “mutuo apoyo” que servirá para sostener la relación entre los participantes.

Como cualquier acto comunicativo, la consejería tiene una función relacional, que genera siempre un resultado en la medida en que modifica para bien o para mal, mi relación con el otro. Este resultado puede generar situaciones de colaboración o de resistencia.

En ese sentido, como todo acto comunicativo, tiene una secuencia de entrada y de cierre.

4.3.1 Diseño de Procedimientos Intramurales:

MSP – AREA 1- CSAN1	Norma Ref.: ISO 4.2.1 , 5.1.1, 6.2.2	Hoja 1: 6
Proceso: 1	Subproceso: 1	Fecha de Elaboración: 6/05/2011
Sala de Post consulta CAC	Procedimiento: 1	Revisión:00

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Secuencia de Consejería en Alimentación Complementaria
CODIGO DEL PROCEDIMIENTO	MSP- AREA1- 001
<p>1. Objetivo del Procedimiento: Establecer la metodología estandarizada para realizar la consejería nutricional en alimentación complementaria dirigida a madres de niñas y niños menores de cinco años.</p>	
<p>2. Aplicación: Aplica para todas las salas de Post – consulta del Centro de Salud Azogues N1</p>	
<p>3. Alcance: Personal de Enfermería que ejerce actividad educativa en salas de post -consulta del Centro de Salud de Azogues N1.</p>	
<p>4. Definiciones:</p> <p><u>Conceptos Básicos Propuestos por la Organización Mundial de la Salud:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Intercambio dialógico</u> La consejería es un proceso basado en el intercambio dialógico centrado en ayudar a otra persona a entender los factores determinantes de una situación y a involucrarse de modo emprendedor, libre y consciente para buscar una solución. • <u>Consejería con enfoque intercultural:</u> Es una conversación informal y flexible en la cual se discute no solamente un tema específico, sino el trasfondo cultural sobre el cual se discute. Esto requiere algunas condiciones concretas como confianza, privacidad, tiempo y familiaridad. • <u>Interculturalidad en salud:</u> Interculturalidad en salud es la relación de respeto 	

que se establece entre las personas de diversos contextos culturales y étnicos, respecto a la manera que cada uno tiene para entender el proceso de salud – enfermedad considerando sus conocimientos, creencias, interpretaciones y prácticas así como sus formas de fundamentarlas. A la vez implica asegurar que tal relación intercultural se establezca sin discriminación, ni estableciendo relaciones de poder o coerción, de ninguna de las partes.

- Consejería nutricional: Es un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería, y una gestante, madre, padre o cuidador. El propósito es analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella, basadas en los resultados de la evaluación nutricional y en el análisis de las prácticas, fortaleciendo aquellas que se identifican como positivas y corrigiendo las de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional. Mediante la consejería se trata de fortalecer el espacio natural en el cual se desarrolla la niña o el niño, la familia como espacio privado y la comunidad como lugar común. Las visitas domiciliarias deben ser consensuadas previamente para que la periodicidad y el momento sean oportunos, acordes con el ritmo y la disponibilidad de tiempo de las dos partes.

5. Referencias:

- Requerimiento de la OMS
- Programas de nutrición del MSP

6. Políticas:

- Los procedimientos descritos son de aplicabilidad obligatoria por el personal de enfermería y deberán ser registrados en la historia clínica como única prueba de la consejería realizada.

7. Productos:

- Disminución de porcentajes de niños con malnutrición
- Fortalecimiento del vínculo comunidad – Unidad Operativa
- Personal de salud cumpliendo funciones eficientes y eficaces de asesoría.

<p>8. Clientes: Personal de Enfermería del Centro de Salud N1</p>
<p>9. Indicadores:</p> $\frac{\text{Número de Consejerías con aplicación de procedimientos registrados}}{\text{Total de Consejerías}}$
<p>10. Formatos e Instructivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guías de Alimentación para niños menores de cinco años. • Manual Saber Alimentarse • Material educativo disponible
<p>11. Anexo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flujograma 1: Procedimientos Intramurales para realizar consejería en alimentación complementaria.
<p>12. Responsabilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Director de la Unidad Operativa y la profesional Jefe de Enfermería: Serán los encargados de supervisar el cumplimiento del procedimiento. • Personal de enfermería: Ejecución de procedimientos.
<p>13. Descripción de la operación del procedimiento:</p> <p>Secuencia establecida por la Organización Mundial de la Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento 1: Encuentro y explicaciones sobre la situación encontrada <p>Hay condiciones que limitan o determinan el saludo y la naturaleza del primer encuentro: el lugar, el momento, el tiempo transcurrido desde la última cita y, sobre todo, la relación que se mantiene con los usuarios. La actividad rutinaria que realiza el personal de salud puede crear hábitos repetitivos y una relación impersonal con el usuario. La apertura crea expectativas y sus efectos se van a sentir durante todo el encuentro.</p> <p>Durante el primer contacto con el usuario, el primer momento de la consejería es muy breve pero a medida que se profundiza en el caso y se empieza a hablar de la situación encontrada las secuencias serán cada vez más fáciles de manejar, lo cual dependerá de la calidad de la comunicación que se establezca. En este momento se debe explicar también por qué es importante que el niño crezca y se desarrolle adecuadamente, cuáles son las consecuencias en el</p>

corto y mediano plazo. La evaluación del crecimiento de la niña o niño es parte de la atención integral de los servicios de salud. El monitoreo del crecimiento, consiste en evaluar a la niña o niño de manera individual, periódica y secuencial utilizando las curvas de crecimiento. En caso de las niñas y niños menores de cinco años se utilizan los indicadores: Peso/Edad, Peso/Talla y Talla/Edad.

Si el estado nutricional es normal, debe darse el reconocimiento y motivarlos para continuar con el cuidado. Si se encuentran problemas, debe explicarse a la gestante, madre, padre o cuidadores lo que esto significa para la salud, el crecimiento y el desarrollo de la niña o niño.

En este primer momento es importante considerar lo siguiente:

Si la consejería se realiza en el domicilio, es recomendable que el personal de salud se presente adecuadamente, de ser necesario identificándose por su nombre, ocupación y preguntando por el nombre de la gestante, madre, padre o cuidadores y de su niña o niño.

Sea amable, tratar a la persona como ésta se sienta mejor. Se recomienda no usar diminutivos que expresen aparente paternalismo o subvaloración encubierta.

Los gestos, postura corporal y actitud de escucha demuestran el interés por la persona: mantener contacto visual, poner atención, evitar barreras físicas, asentir con la cabeza o sonreír, entre otros.

- **Procedimiento 2: Análisis de factores causales o riesgos**

El segundo momento es aquel en el que el personal de salud y la gestante, madre, padre o cuidadores analizan las posibles causas de los problemas encontrados o riesgos. Ayudarlos a encontrar estas causas o riesgos y explicarlas en su propio lenguaje.

Luego de haber explicado el desarrollo de la niña o niño, el personal de salud debe indagar y preguntar sobre los posibles factores que influyen en la situación encontrada: alimentación, salud, higiene, aspectos emocionales, sociales, económicos, etc.

En ese sentido, los aspectos relacionados a la alimentación de la niña y niño se evalúan y se deberán registrar en la Historia Clínica, cada vez que acuda al

establecimiento de salud para sus controles o en seguimiento respectivos.

Al momento de realizar las preguntas, el personal de salud debe tener en cuenta lo siguiente:

Las preguntas abiertas son muy útiles, usualmente comienzan con “¿Cómo? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué?”. Por ejemplo: “¿Cómo está usted alimentando a su bebé?”. Las preguntas cerradas usualmente son menos útiles, sin embargo, a veces es conveniente hacer uso de una pregunta cerrada para tener certeza de un hecho; por ejemplo: “¿Le está dando usted alguna “vitamina” (suplemento de hierro) otro alimento o bebida?”, si la madre dice “sí”, se puede continuar con una pregunta abierta para indagar algo más: “¿Cómo le está dando?” o “¿Cómo le está yendo con la “vitamina”?”

Escuchar cuidadosamente las respuestas y estar alerta a la información que puede ayudar a entender la situación e identificar los factores (alimentarios, sociales, culturales, entre otros) más importantes.

Si las respuestas no son claras, abordar la situación con otras palabras y preguntas más sencillas. Por ejemplo; si la madre de un niño que no ha ganado peso adecuadamente dice que le ofrece una porción “grande” de alimento, usted podría preguntar: “Cuando termina de comer su niño, ¿él quiere más comida o se queda satisfecho?”.

Es importante que, mientras el usuario responde el personal de salud no lo interrumpa, no opine, ni haga comentarios, motivándolo a preguntar cuantas veces sea necesario.

Muestre empatía (ponerse en posición del usuario y mirar las cosas desde su punto de vista) y evitar gestos o palabras que suenan como si el usuario estuviera siendo juzgado.

De la misma forma, es importante identificar el contexto social y cultural del usuario, respetando sus valores y patrones.

- **Procedimiento 3: Búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos**

El tercer procedimiento es aquel en el que el personal de salud y la gestante, madre, padre o cuidadores buscan alternativas de solución a los factores

identificados.

Recordar que, la decisión sobre cuáles alternativas son más convenientes debe ser tomada finalmente por ellos, pues son quienes conocen mejor sus recursos y posibilidades.

Los acuerdos negociados con la gestante, madre, padre y cuidadores, deben ser concretos y factibles de realizar hasta la próxima cita, por ejemplo: aumentar una comida diaria en la mañana, darle comidas espesas, etc.

- **Procedimiento 4: Registro de acuerdos tomados**

El personal de salud deberá registrar en la historia clínica, las decisiones o acuerdos (máximo tres) tomados con la gestante, madre, padre o cuidadores y anotarlas en una hoja de indicaciones para que se la lleve, motivándolos a ponerlas en práctica con el apoyo de su familia y de la comunidad.

- **Procedimiento 5: Cierre y seguimiento de acuerdos tomados**

El procedimiento quinto es el seguimiento a los acuerdos tomados. Este momento se realiza en las citas posteriores, puede ser intramural o extramural.

Es importante despedirse cálida y afectuosamente para crear un vínculo positivo que motive al usuario a regresar. Así mismo, el personal de salud debe asegurar el seguimiento a los acuerdos en los siguientes controles o visitas domiciliarias, para identificar las dificultades o avances en la mejora de prácticas realizadas en el hogar y reforzarlas.

La fecha acordada para el siguiente control dependerá del estado nutricional encontrado.

Si no se realiza el seguimiento a los acuerdos, se habrá perdido todo el esfuerzo y la oportunidad de promover prácticas alimentarias adecuadas y prevenir a tiempo cualquier problema identificado en el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.

Toda consejería nutricional deberá considerar los cinco procedimientos presentados anteriormente.

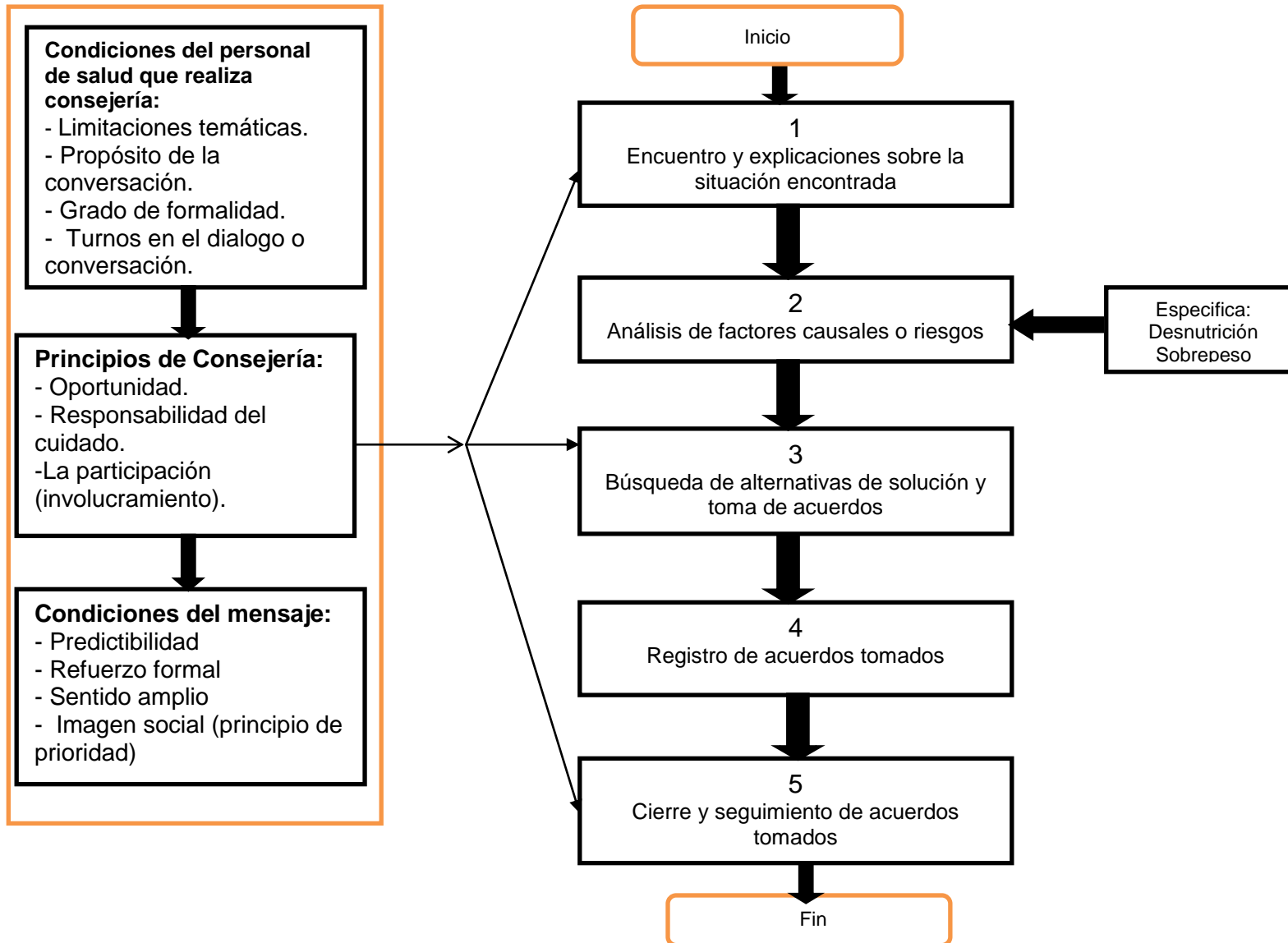
14.Registros:

- Memorándums de envío de propuesta para aprobación
- Historia Clínica

15.FIN DEL PROCEDIMIENTO

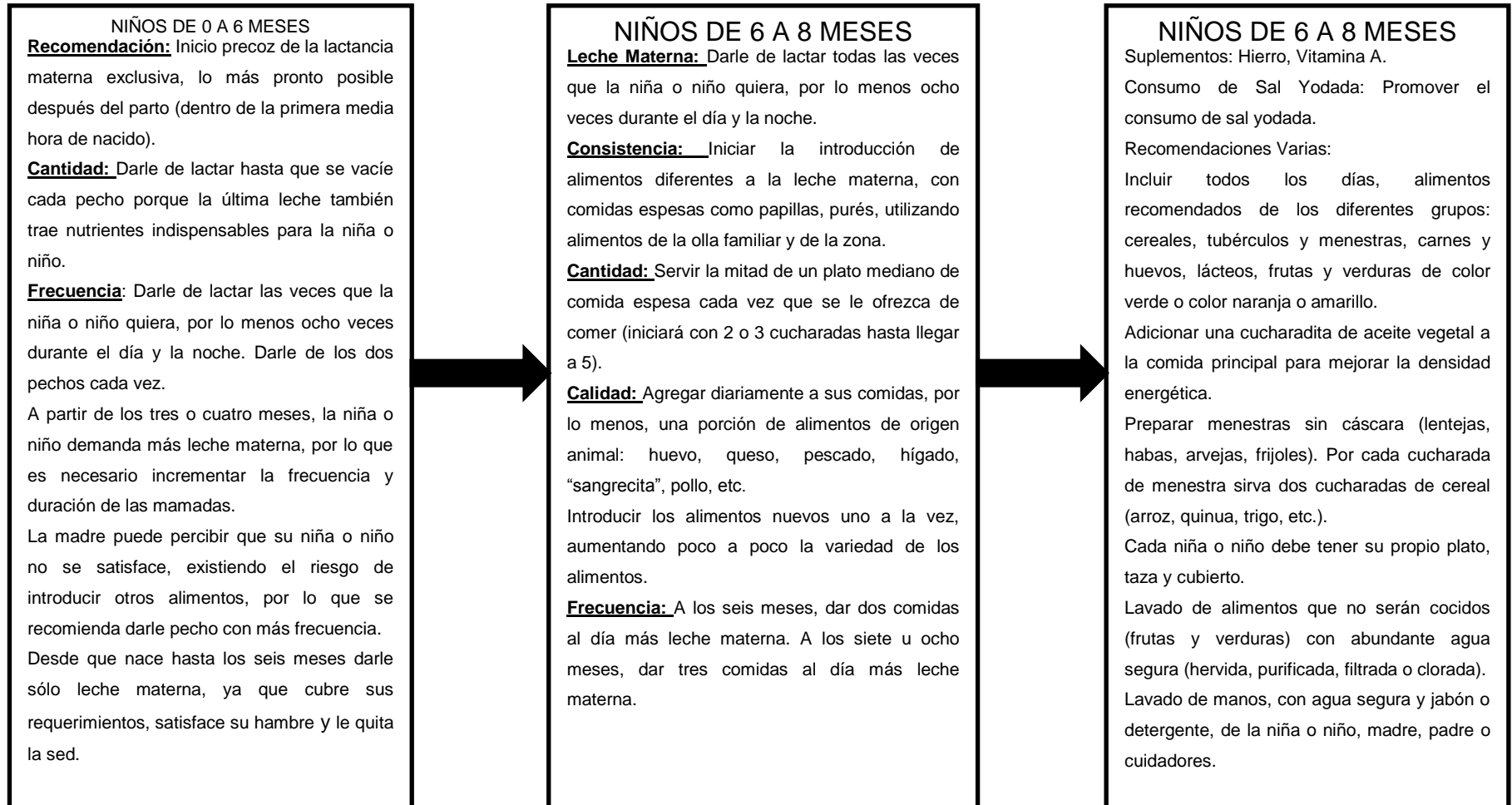
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre:			
Cargo:	Nutricionista	Director CSN1	Jefe de Área
Firma:			

Flujograma 1: Procedimientos Intramurales para consejería en alimentación complementaria



Flujograma 2: Recomendaciones Nutricionales por edad según OMS

GUIA DE ALIMENTACION NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS



GUIA DE ALIMENTACION NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS



NIÑOS DE 9 A 11 MESES

Leche Materna: Darle de lactar todas las veces que la niña o niño quiera, por lo menos seis veces durante el día y la noche.

Consistencia: Continúe dándole comidas espesas, pero ahora incluir preparaciones sólidas (picado o pequeños trocitos) y variadas utilizando alimentos de la olla familiar.

Cantidad: Servir casi completo el plato mediano (3/4) de comida picadita cada vez que se le ofrezca de comer (cinco a siete cucharadas).

Calidad: Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, hígado, "sangrecita", pollo, etc.

Introducir los alimentos nuevos uno a la vez, aumentando poco a poco la variedad de los alimentos.

Frecuencia: Dar tres comidas al día más un refrigerio.

Suplementos: Hierro, Vitamina A.

Consumo de Sal Yodada: Promover el consumo de sal yodada.

NIÑOS DE 9 A 11 MESES

Recomendaciones Varias:

- Incluir todos los días alimentos recomendados de los diferentes grupos: cereales, tubérculos y menestras, carnes y huevos, lácteos, frutas y verduras de color verde o color naranja o amarillo.
- Agregar una cucharadita de aceite vegetal en la comida principal para mejorar la densidad energética.
- Preparar menestras sin cáscara (lentejas, habas, arvejas, frijoles). Por cada cucharada de menestra sirva dos cucharadas de cereal (arroz, quinua, trigo, etc.).
- Uso de plato, taza y cubierto propio para la niña y niño.
- Lavado de alimentos que no serán cocidos (frutas y verduras) con abundante agua segura (hervida, purificada, filtrada o clorada).
- Lavado de manos, con agua segura a chorro y jabón o detergente: antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar a la niña o niño, después de ir al baño y después de cambiar el pañal.

NIÑOS DE 1 A 2 AÑOS

Leche Materna: Continuar dando de lactar las veces que la niña y niño quiera, después de las comidas.

Consistencia: Dar comidas sólidas y variadas incorporándose a la alimentación familiar.

Cantidad: Servir un plato mediano de comida (siete a diez cucharadas).

Calidad: Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, hígado, cuy, "sangrecita", pollo, etc.

Frecuencia: Dar tres comidas al día más dos refrigerios.

Suplementos: Hierro, Vitamina A.

Recomendaciones Varias:

- Incluir todos los días, alimento recomendados de los diferentes grupos: cereales, tubérculos y menestras, carnes y huevos, lácteos, frutas y verduras de color verde o color naranja o amarillo (una unidad).
- Agregar una cucharadita de aceite vegetal en la comida principal para mejorar la densidad energética.
- Preparar menestras (lentejas, habas, arvejas, frijoles).

GUIA DE ALIMENTACION NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

NIÑOS DE 1 A 2 AÑOS

Recomendaciones Varias:

- Agregar una cucharadita de aceite vegetal en la comida principal para mejorar la densidad energética.
- Preparar menestras (lentejas, habas, arvejas, frijoles).
- Por cada cucharada de menestra sirva dos cucharadas de cereal (arroz, quinua, trigo, etc.).
- Uso de plato, taza y cubierto propio para la niña y niño.
- Lavado de alimentos que no serán cocidos (frutas y verduras) con abundante agua segura (hervida, purificada, filtrada o clorada).
- Lavado de manos, con agua segura a chorro y jabón o detergente: antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar a la niña o niño, después de ir al baño y después de cambiar el pañal.
- Lavado de platos, cubiertos y otros utensilios que son empleados para comer, con agua segura.
- Consumo de agua hervida en taza.
- Disposición de las excretas de la niña o niño y mantener.

NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS

Consistencia: Darle comidas sólidas y variadas incorporándose a la alimentación familiar.

Cantidad: Darle un plato grande, de acuerdo con su edad, actividad física y estado nutricional.

Calidad: Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, cuy, hígado, "sangrecita", pollo, etc.

Frecuencia Dar tres comidas al día más dos refrigerios que incluyan lácteos.

Recomendaciones Varias:

- Incluir todos los días alimentos recomendados de los diferentes grupos: cereales, tubérculos y menestras, carnes y huevos, lácteos, frutas y vegetales de color verde o color naranja o amarillo.
- Preparar menestras (lentejas, habas, arvejas, frijoles) varias veces a la semana. Por cada cucharada de menestra sirva dos cucharadas de cereal (arroz, quinua, trigo, etc.).
- Es importante que el padre participe en el cuidado, control del crecimiento y desarrollo y fortalecimiento del vínculo afectivo con su hijo.

NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS

Recomendaciones Varias:

- Uso de sal yodada para preparar los alimentos.
- Uso de plato, taza y cubierto propio para la niña y niño.
- Lavado de alimentos que no serán cocidos (frutas y verduras) con abundante agua segura (hervida, purificada, filtrada o clorada).
- Lavado de manos, con agua segura a chorro y jabón o detergente: antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar a la niña o niño, después de ir al baño y después de cambiar el pañal.
- Lavar con agua segura los platos, cubiertos y otros utensilios para comer.
- Consumo de agua hervida en taza.
- Eliminar las excretas de la niña o niño fuera del hogar.
- Mantener los animales fuera del hogar.
- Consumo del suplemento de hierro.
- Importancia de las caricias, besos, abrazos, masajes, conversación, cantos, juegos y cuentos.

4.3.2 Diseño de Procedimientos Extramurales:

MSP – AREA 1- CSAN1	Norma Ref.: ISO 4.2.2, 8.5.4	Hoja 1: 3
Proceso: 1	Subproceso: 1	Fecha de Elaboración: 6/05/2011
Sala de Post consulta CAC	Procedimiento: 2	Revisión:00

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Conformación de Clubs de Madres
CODIGO DEL PROCEDIMIENTO	MSP- AREA1- 002
<p>1. Objetivo del Procedimiento: Iniciar procesos de capacitación y sensibilización nutricional permanentes, con metodología teórico – práctico con madres de niños menores de cinco años para mejorar la calidad de la dieta familiar.</p>	
<p>2. Aplicación: Aplica para el Centro de Salud Azogues N1 para la captación, formación y capacitación de usuarias que sean madres de niños menores de cinco años.</p>	
<p>3. Alcance: Madres de niños menores de cinco años identificadas por la Unidad Operativa.</p>	
<p>4. Definiciones: CAC= Capacitación en Alimentación Complementaria ROMS = Recomendaciones Organización Mundial de la Salud</p>	
<p>5. Referencias: Requerimiento de la Norma ISO 9001</p>	
<p>6. Políticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Será responsabilidad de la Coordinación de Enfermería la difusión de la creación de los clubs. • Los grupos se formarán en un número no superior a 20 participantes. • Se priorizará la inclusión de madres de niños con diagnostico nutricional diferente al normal. 	

<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de Política Nacional del Buen Vivir • Realizar un encuentro mensual con cada grupo conformado.
<p>7. Productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Madres sensibilizadas en educación nutricional y la mejora en selección de alimentos saludables. • Disminución de porcentajes de niños con malnutrición • Fortalecimiento del vínculo comunidad – Unidad Operativa
<p>8. Clientes: Madres de niños menores de cinco años</p>
<p>9. Indicadores:</p> $\frac{\text{Número de madres inscritas}}{\text{Total niños menores de cinco años asignados}}$
<p>10. Formatos e Instructivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento 1: Consejería en Alimentación Complementaria • Manual Saber Alimentarse • Recetario: Alimentación con enfoque intercultural
<p>11. Anexo: Flujograma 2 Conformación de Club de Madres</p>
<p>12. Responsabilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Director de Unidad Operativa: Capacitar a su personal a cargo respecto de la obligación en la aplicación del objetivo 2 y 3 del Plan Nacional del Buen Vivir. • Enfermera Coordinadora de Enfermería: Mantener reportes mensuales de trabajo de conformación de grupos de madres. • Enfermeras y Auxiliares de Enfermería: Identificar a las pacientes objetivo en consulta y visitas domiciliarias y socializar propuesta. • Nutricionista: Ejecutar Proyecto de Educación Nutricional.

13. Descripción de la operación del procedimiento:

- Procedimiento 1: Identificar a las madres de niños menores de cinco años, en la consulta y en las visitas domiciliarias y levantar línea base.
- Procedimiento 2: Planificar y organizar encuentro de sensibilización de la propuesta de educación nutricional a grupo identificado.
- Procedimiento 3: Definir fecha de capacitación mensual y realizar el taller nutricional en la secuencia establecida.
- Procedimiento 4: Con las madres que no dispongan del tiempo requerido para participar de los talleres de educación nutricional se dispondrá de los procedimientos correspondientes para que el personal realice trabajo práctico en las visitas domiciliarias.
- Procedimiento 5: Aplicar encuesta de captación de conocimientos concluido cada taller.
- Procedimiento 6: Medir impacto en hogares de las participantes.

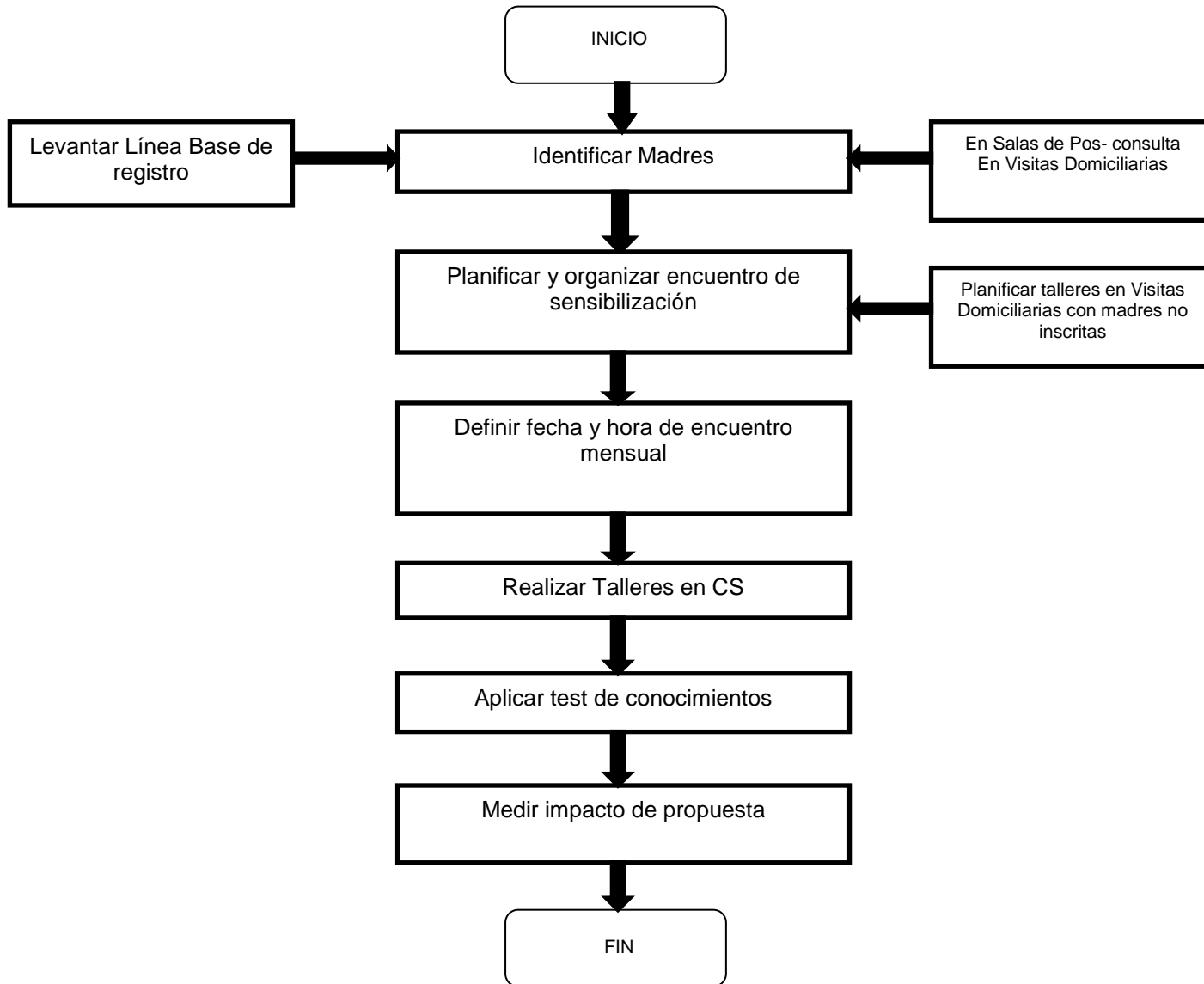
14. Registros:

- Memorándums de envío de propuesta para aprobación
- Listado de Asistentes
- Memorias Fotográficas por taller
- Encuestas

15. FIN DEL PROCEDIMIENTO

	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre:			
Cargo:	Nutricionista	DUO	Jefe de Área
Firma:			

Flujograma 3: Procedimientos Extramurales para consejería en alimentación complementaria



4.3.3 Diseño de programa de actualización permanente de conocimientos en alimentación y nutrición al personal de salud:

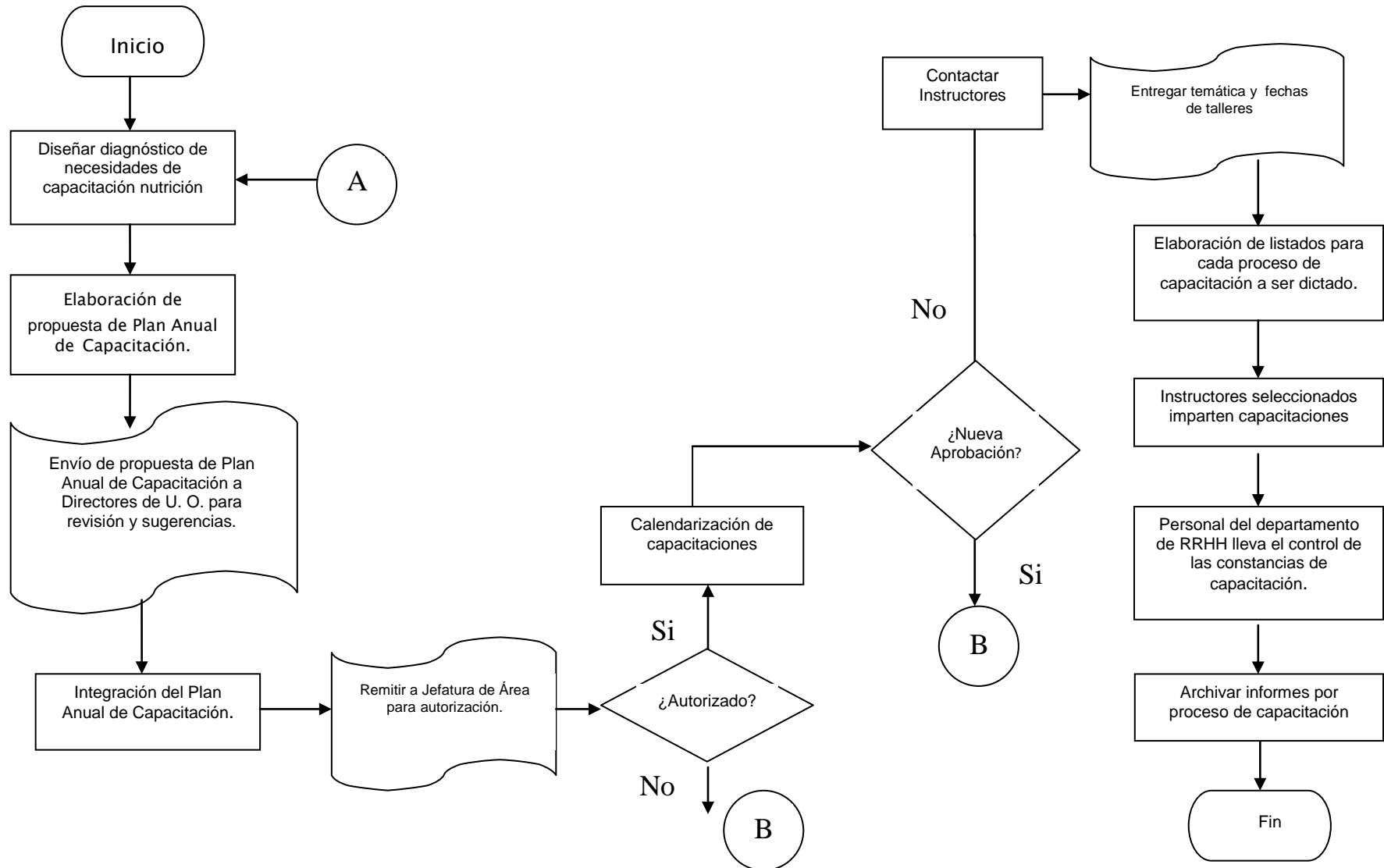
MSP – AREA 1- CSAN1	Norma Ref.: ISO 5.1.1 6.2.2	Hoja 1: 3
Proceso: 2	Subproceso: 2	Fecha de Elaboración: 6/05/2011
RRHH- PACAC	Procedimiento: 3	Revisión:00

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Capacitación del Personal en Alimentación Complementaria
CODIGO DEL PROCEDIMIENTO	MSP- AREA1- 003
1. Objetivo del Procedimiento: Proporcionar la capacitación necesaria al personal de enfermería del Centro de Salud N1, en temática de alimentación complementaria para desarrollar con efectividad su trabajo.	
2. Aplicación: Aplica para Dirección de recursos humanos para la formación y capacitación del personal, para todo el personal de enfermería que integran el Centro de Salud N1.	
3. Alcance: Todo el personal de enfermería que integran el Centro de Salud N1.	
4. Definiciones:	
<ul style="list-style-type: none"> • RRHH – PACAC= Recursos Humanos Plan Anual de Capacitación en Alimentación Complementaria. 	
5. Referencias: Requerimiento de la Norma ISO 9001 6.2.2	
6. Políticas: Los criterios para determinar la frecuencia y modificaciones al Programa de Capacitación son las siguientes:	
<ul style="list-style-type: none"> • Metas y objetivos organizacionales. • Necesidades específicas de los puestos. • Informes de auditorías internas cuyas acciones correctivas sean a través de la capacitación. • Introducción de nuevos servicios. • Acciones correctivas y preventivas. 	

<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de tecnología.
<p>7. Productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal con conocimientos actualizados en Alimentación Complementaria. • Constancias de Capacitación.
<p>8. Clientes: Personal de enfermería que integran el Centro de Salud N1.</p>
<p>9. Indicadores:</p> <p style="padding-left: 40px;">Número de Capacitación Impartidas</p> <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/> <p style="padding-left: 40px;">Número de Capacitaciones Programadas</p>
<p>10. Formatos e Instructivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan Anual de Capacitación en Alimentación Complementaria. • Listados de Asistencia
<p>11. Anexo: Diagrama de flujo del procedimiento: Capacitación de Personal</p>
<p>12. Responsabilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Director de Unidad Operativa: Dar seguimiento al programa anual de capacitación del su personal a cargo. • Director de Recursos Humanos: Aplicar y mantener actualizado el Plan de Detección de Necesidades de Capacitación. • Instructor: Preparar con anticipación los temas de capacitación, asegurarse de que quede claro sus temas impartidos. • Empleado que toma la capacitación: Asistir puntualmente a sus temas de capacitación cuando se le requiera.
<p>13. Descripción de la operación del procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseñar diagnóstico de necesidades de capacitación. • Elaboración de propuesta de Plan Anual de Capacitación. • Envío de propuesta de Plan Anual de Capacitación a Directores de U. O. para revisión y sugerencias. • Integración del Plan Anual de Capacitación. • Remitir a Jefatura de Área para autorización • Calendarización de capacitaciones • Contactar Instructores • Elaboración de listados para cada proceso de capacitación a ser dictado.

<ul style="list-style-type: none"> • Instructores seleccionados imparten capacitaciones • Personal del departamento de RRHH lleva el control de las constancias de capacitación. • Archivar informes por proceso de capacitación 			
14. Registros: <ul style="list-style-type: none"> • Memorándums de envío de propuesta para aprobación • Plan de Capacitación • Expedientes del personal capacitado 			
15. FIN DEL PROCEDIMIENTO			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre:			
Cargo:	Nutricionista	DUO	Jefe de Área
Firma:			

Flujograma 4: Proceso de Capacitación Anual de Personal de Enfermería en temática nutricional



4.4 BENEFICIOS:

- Una herramienta eficaz que permita su permanente consulta, la operatoria completa y desarrollada de un organismo o área determinada, agrupando en un solo cuerpo la normativa que rige su accionar.
- Una herramienta con que cuentan las organizaciones para facilitar el desarrollo de sus funciones operativas.
- Permite normalizar la ejecución de tareas estándar de consejería.
- Refleja la evolución administrativa de la organización y el nivel de racionalización alcanzado.

CAPÍTULO 5:

DISEÑO DE INDICADORES PARA REALIZAR LA MEDICION DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE CONSEJERIA NUTRICIONAL EN POST – CONSULTA

5.1 SISTEMA DE MONITOREO MEDIANTE INDICADORES

La medición de calidad en las instituciones de salud es un componente importante en el proceso de la modernización del sector y el fortalecimiento institucional.

De esta manera conocer cuál es la percepción de los usuarios y mejorar su satisfacción aumentará su motivación en la continuidad de los programas y de esta forma evitar el abandono y rechazo a los servicios que ofrece el Ministerio de Salud.

Una de las condiciones para mejorar la calidad de la consejería nutricional recibida es escuchar las quejas o sugerencias expresadas por el usuario o su familia.

El personal de salud debe considerar las circunstancias en que se produce la atención de los pacientes comprendiendo la complejidad de muchas situaciones, lo que permitirá a las instituciones de salud y a su personal tener una actitud de mayor aceptación, ofrecer condiciones de accesibilidad, un ambiente cálido y saludable con una atención de mayor calidad técnica y humana favoreciendo al usuario.

5.2 MEDICIÓN A TRAVÉS DE LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO:

La percepción del usuario sobre su satisfacción con la atención recibida y la comprensión de los acuerdos tomados, también permite evaluar la consejería. Para prevenir sesgos de información se recomienda que se realice la evaluación inmediatamente finalizada la sesión de consejería.

La opinión del usuario es un referente relativo, pues depende de su propia necesidad del servicio, de la relación de confianza, o no, que ha establecido con el servicio y con el personal, del instrumento que se use para medir esa opinión, del momento, del nivel educativo del usuario y de quien recoge la opinión en el instrumento, entre otros factores. Por ello, es que los resultados obtenidos, serán más sustanciales si es que esos riesgos de sesgos lograron ser controlados. Por ejemplo, tomar la información al terminar la sesión de consejería, probablemente evite los riesgos de poca fijación en la memoria del usuario, pero si quien hace la encuesta es alguien del establecimiento puede inhibir al usuario a decir lo que en realidad piensa, especialmente si está insatisfecho del servicio recibido.

Problema/ Necesidad de Salud Relevante	Objetivo	Indicador	Meta
Desconocimiento de la gravedad de la desnutrición en población menor de cinco años	Contribuir a disminuir la estadística actual de niños menores de cinco años con diagnóstico de desnutrición a través de consejería especializada	% de niños menores de cinco años con diagnóstico de desnutrición	Reducción de 2 puntos porcentuales por año.
Inadecuadas prácticas alimenticias de los niños menores de cinco años	Mejorar las practicas alimenticias de los niños menores de cinco años	# de Familias que mejorar su dieta con consumo de alimentos saludables	20% de las familias participantes en el primer trimestre de intervención
Dieta Familiar de mala calidad	Modificar hábitos alimenticios	# de Familias que incorporan alimentos con pertinencia cultural en la dieta familiar	20% de las familias participantes en el primer trimestre de intervención

5.3 DESCRIPCIÓN DE INDICADORES:

La siguiente descripción corresponde a la propuesta de diseño de indicadores que permita monitorear la percepción del usuario en su integralidad y a través de los cuales se pueda estimar el cumplimiento de procedimientos para mejorar la calidad de la consejería nutricional en las salas de post - consulta.

Objetivo (Ob1): Asegurar al cliente calidad en la prestación del servicio	
Indicador (Ind).	Fórmula de Cálculo
Ind 1.1. Eficacia Operativa	Tiempo de espera entre obtención del turno y atender consejería
Ind 1.2. Número de quejas presentadas de madres de niños menores de cinco años	<i>Número de quejas por mes</i>
Ind 1.3. Nivel de satisfacción del usuario respecto del servicio.	$\frac{\# \text{ de quejas por mes}}{\text{No. consultas totales}}$
Ind 1.4. Nivel de satisfacción del usuario respecto del servicio de consejería recibido	$\frac{\# \text{ de quejas por mala atención del personal}}{\text{No. contactos con el paciente}}$
Ind. 1.5 Productividad de la consulta	$\frac{\# \text{ de consultas por hora médica trabajada}}{\text{S tan dar MSP}}$

Objetivo (Ob2): Disminuir Tiempo de espera para la post - consulta	
Indicador (Ind).	Fórmula de Cálculo
Ind.2.1 Disponibilidad	$\frac{\text{No. trabajadores de salud}}{\text{Población asignada}}$
Ind.2.2 Disponibilidad	$\frac{\text{No. Enfermeras}}{\text{Población asignada}}$

Objetivo (Ob3): Formación del personal de salud en la importancia de la calidad en el servicio de post - consulta	
Indicador (Ind).	Fórmula de Cálculo
Ind 3.1. Porcentaje de personal de salud formado en la importancia de la calidad del servicio en post - consulta	$\frac{\text{No. personal de salud con formación en calidad servicio}}{\text{No. total personal de salud}} * 100$
Ind 3.2. Promedio de horas de formación de cada colaborador de enfermería.	$\frac{\text{No. total horas hombre de formación calidad de servicios}}{\text{No. total personal de salud}} * 100$

Objetivo (Ob4): Aumentar Cobertura del servicio en niños menores de cinco años	
Indicador (Ind).	Fórmula de Cálculo
Ind.4.1 Porcentaje de Cobertura del servicio en niños menores de cinco años	$\frac{\text{No. primerasconsultas}}{\text{Población asignada}} * 100$

Objetivo (Ob5): Mejoramiento Continuo	
Indicador (Ind).	Fórmula de Cálculo
Ind.5.1 Participación de los empleados	$\frac{\text{No. de sugerencias}}{\text{No. de empleados}}$
Ind.5.2 Productividad del personal operativo	$\frac{\text{Pr oducción neta}}{\text{Total de horas trabajo}}$

Ind.5.3 Profesionalización de las salas de post - consulta	<u>No. De Profesionales de Enfermería</u> <i>Total de Personal en salas de Post consulta</i>
--	---

5.4 DESCRIPCIÓN DE INDICADORES

Indicador 1: Eficacia Operativa

Definición	Tiempo en minutos que el paciente espera entre la obtención de un turno y la ejecución de la consulta.
Interpretación	Es una medida indirecta de la capacidad resolutive de la unidad de salud, esto quiere decir la disposición y gestión de recursos para la atención.
Método de Cálculo	Tiempo de espera entre obtención del turno y recepción de la atención
Fuente	Encuesta a usuarios.
Frecuencia de medición	Mensual

Indicador 2: Número de quejas presentadas por madres de niños menores de cinco años

Definición	La comunicación formal por parte del usuario de cualquier incidente que acontezca en la prestación del servicio con énfasis en las salas de post – consulta.
Interpretación	Es una medida que refleja el grado de satisfacción del usuario respecto del servicio de orientación recibido en el sistema de salud.
Método de Cálculo	Número de quejas
Fuente	Buzón de quejas, Jefatura de Área y RRHH
Frecuencia de medición	Mensual

Indicador 3: Nivel de satisfacción del usuario respecto del servicio

Definición	El incremento en la tasa de re-consulta en niños menores de cinco años se presenta con frecuencia como resultado de un buen servicio recibido y la solución del problema que generó la consulta.
Interpretación	Es una medida que manifiesta el grado de satisfacción de los usuarios respecto del servicio recibido.
Método de Cálculo	$\frac{\# \text{de quejas por mala atención del personal}}{\text{No. contactos con el paciente}}$
Fuente	Encuestas , Buzón de quejas
Frecuencia de medición	Semanal

Indicador 4: Productividad de la consulta

Definición	Número de fichas diagnosticas en la hora médica trabajada. Estándar del MSP 4 primeras consultas por hora.
Interpretación	Es la medida de eficacia del desempeño de los profesionales, que mide indirectamente el tiempo de duración de la consulta.
Método de Cálculo	$\frac{\# \text{de consultas por hora médica trabajada}}{\text{S tan dar MSP}}$
Fuente	Partes diarios
Frecuencia de medición	Mensual

Indicador 5: Disponibilidad de trabajadores de salud

Definición	Proporción de recursos de salud disponibles para abastecer la demanda del servicio.
Interpretación	Es una medida indirecta del incremento de los tiempos de espera en salas de pre y post consulta.

Método de Cálculo	$\frac{\text{No. trabajadores de salud}}{\text{Población asignada}}$
Fuente	Departamento de RRHH
Frecuencia de medición	Semestral

Indicador 6: Disponibilidad de profesionales de enfermería

Definición	Razón de recursos de enfermería capacitados y disponibles para orientar a la población asignada.
Interpretación	Es una medida para la determinación de requerimientos de profesionales para cubrir las necesidades de atención y orientación de la población.
Método de Cálculo	$\frac{\text{No. Enfermeras}}{\text{Población asignada}}$
Fuente	Departamento de RRHH
Frecuencia de medición	Semestral

Indicador 7: Total mensual de horas extras:

Definición	Proporción de horas extras requeridas para el cumplimiento de planificaciones.
Interpretación	Es una medida indirecta de la inadecuación en el horario vigente o ineficiencia de sus empleados.
Método de Cálculo	Total mensual de horas extras
Fuente	Departamento Financiero
Frecuencia de medición	Mensual

Indicador 8: Profesionalización de las Salas de Post- consulta

Definición	Refiere el número de profesionales de enfermería cumpliendo labor de consejería en jornadas laborales de 8h diarias.
Interpretación	Es una medida de profesionalización del área en estudio.
Método de Cálculo	# de Enfermeras en salas de post consulta/ Total de personal de las salas
Fuente	RRHH
Frecuencia de medición	Semestral

Indicador 9: Porcentaje de personal de salud formado en la importancia de la calidad del servicio en post – consulta para mejorar la consejería nutricional.

Definición	Representa el número de trabajadores de salud que han recibido formación sobre la importancia de la calidad del servicio en post – consulta para mejorar la consejería nutricional.
Interpretación	Es una medida indirecta de la satisfacción de los usuarios por el cumplimiento de sus requerimientos en la prestación del servicio.
Método de Cálculo	$\frac{\text{No. personal de salud con formación en calidad servicio}}{\text{No. total personal de salud}} * 100$
Fuente	Departamento de RRHH
Frecuencia de medición	Semestral

5.5 RELACIÓN ENTRE OBJETIVOS, PERSPECTIVAS E INDICADORES:

RELACIÓN ENTRE OBJETIVOS, PERSPECTIVAS E INDICADORES		
CENTRO DE SALUD N 1 AZOGUES		
Objetivos Estratégicos	Perspectiva	Indicador
Asegurar al cliente calidad en la prestación del servicio	Cliente	<i>Ind 1. Eficacia Operativa</i>
		<i>Ind .2. Número de quejas</i>
		<i>Ind.3. Nivel de satisfacción del usuario respecto del servicio.</i>
		<i>Ind .4. Nivel de satisfacción del usuario respecto del servicio.</i>
Aumentar cobertura de servicio en niños menores de cinco años	Cliente	<i>Ind.1 Porcentaje de Cobertura del servicio en niños menores de cinco años</i>
Formación del personal de salud en la importancia de la calidad del servicio en post - consulta	Aprendizaje y Desarrollo	<i>Ind 1. Porcentaje de personal de salud formado en la importancia de la calidad del servicio en post – consulta.</i>
		<i>Ind 2. Promedio de horas de formación de cada colaborador de enfermería</i>
Mejoramamiento Continuo	Procesos internos	<i>Ind.1 Participación de los empleados</i>
		<i>Ind.2 Productividad del personal operativo</i>

CONCLUSIONES:

- En primer lugar se dará respuesta a los objetivos específicos de la investigación y posteriormente al objetivo general de ésta.
- El realizar un diagnóstico de la situación real permite determinar causas y plantear soluciones acordes a la realidad de la institución investigada.
- Se diseñó procedimientos para consejería en alimentación complementaria con la finalidad de disponer de una metodología de trabajo estandarizada para todo el personal de enfermería del Centro de Salud de Azogues.
- A partir de la política de calidad se definió la cadena de valor correspondiente a la consejería en alimentación complementaria que durante el proceso de implementación podrá ser modificada.
- En la prestación de los servicios de salud es muy importante identificar aspectos que presenten deficiencias, ya que este tipo de servicio involucra la salud de los pacientes. Es por esto que es de suma importancia identificar áreas problemáticas.
- El mejoramiento de la calidad no depende exclusivamente de la voluntad y decisión de las personas; los recursos de todo orden juegan un papel fundamental. Esta mejoría se construye a base de la motivación y esfuerzo constante de todo el equipo humano. Para mejorar y mantener los servicios es necesario establecer un sistema de aseguramiento de la calidad, como etapa inicial en el proceso de avances hacia la calidad total.
- Aunque existe un mercado de servicios de salud privado creciente, en general el Ministerio de Salud sigue siendo el principal proveedor de los servicios a nivel nacional. A pesar de la voluntad política del gobierno actual y los grandes esfuerzos para aumentar la red de servicios de atención, existen aún barreras de tipo estructural que están relacionadas con la accesibilidad de tipo geográfica, económicas, organizacionales y culturales que impiden cumplir lo planteado en las políticas y que exista una verdadera equidad de la atención de los servicios de salud.
- Es necesario transformar los sistemas de salud, para satisfacer las necesidades de toda la población mediante la búsqueda de la equidad, la eficiencia y la calidad
- Con los procedimientos se experimentaría un cambio favorable en la conducción del desarrollo y estado nutricional de niños menores de cinco años.

- Se realiza el diseño de los procedimientos para disponer de un documento descriptivo y de sistematización normativa, teniendo también el carácter instructivo e informativo para el personal de salud, en el mismo se definen las directrices eficaces para el desarrollo efectivo de las actividades dentro de las salas de post consulta.

RECOMENDACIONES:

Se harán ciertas recomendaciones que tienen como fin sugerir áreas de mejora en el servicio de pos consulta del centro de salud Azogues.

- Todo trabajo debe ser divulgado para conocimiento y utilización del personal identificado. Para alcanzar este objetivo, es preciso consolidarlo y presentarlo adecuadamente para buscar la aprobación por la autoridad estatutaria, para que adquiera la fuerza necesaria y se aplique como corresponda, ya que existe la tendencia a resistir cualquier norma reguladora que limite la libertad de improvisar y de hacer lo que más le convenga a cada uno.
- Dar aplicabilidad a la propuesta descrita para asegurar que realmente sea útil en el Centro de Salud de Azogues, con la finalidad de que los procesos de atención sean más eficientes y sirvan de guía para el personal.
- Los procedimientos descritos deberán actualizarse cada vez que se requiera, en virtud de que en el proceso de gestión todo es susceptible de mejora.
- Con la utilización de los procedimientos se focalizaría en el mejoramiento de prácticas y el uso de recursos disponibles y en las interrelaciones entre el cuidado de la niña y el niño, y el crecimiento y desarrollo.
- Es necesario que el servicio se oriente a resolver los problemas del paciente y a agregarle valor al mismo como individuo.
- Convendría considerar la posibilidad de establecer políticas internas de estímulos al personal que presenten mejores resultados en indicadores de ayuda a pacientes con diagnóstico de malnutrición que evidencie el mejor cumplimiento de los planes de mejora.
- Se debería establecer y monitorizar estándares de calidad por la Jefatura del Área, para lograr la satisfacción de usuarios, entre los cuales se propone: tiempo de espera menor de 30 minutos, duración de la consulta no menor de 10 minutos y consejería entre 5 y 10min.

BIBLIOGRAFÍA:

- Organización Mundial de la Salud. (2006) *Curso de capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño*. Versión 1 – Brindando consejería sobre crecimiento y alimentación: Módulo D. Ginebra: OMS.
- OPS/OMS. (2003). *Principios de Orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. OPS/OMS. Washington. D.C.
- ENDEMAIN. Ecuador. (2004). *“Encuesta, Demografía y de Salud Materna e Infantil”*. Informe final. Quito. CEPAR.
- Freire W, Dirren H, Mora JO, Molina E. (1988). *Diagnóstico de la Situación Alimentaria, Nutricional y de Salud de la Población Ecuatoriana menor de cinco años*. DANS. Quito. CONADE/MSP.
- DANS (Diagnóstico de la Situación Alimentaria, Nutricional y de Salud de la Población Ecuatoriana menor de cinco años).
- MSP (2006), Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Nutrición. *Manual Saber Alimentarse*.
- UNICEF (2008), Ministerio de Salud del Perú. Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. *Guía de Consejería Nutricional*.
- Romo, Marcela, (2006). *Consejería Nutricional. Nuevas Estrategias para abordar cambio de conducta*. Sociedad Chilena de Pediatría. MINSAL, Unidad de Nutrición Chile.
- PMA (2007). Deficiencia de Micronutrientes en Ecuador. Disponible en: <http://ecuador.nutrinet.org/áreatematicas/vitaminasminerales/introducción/55-deficiencia-de-micronutrientes-en-ecuador>. Revisado 4 Octubre 2010.
- Albala C, Olivares S, Sánchez H, Bustos N, Moreno X, Bravo C, et al. (2004) *Consejerías en vida sana*. Manual de apoyo. Santiago: INTA, Ministerio de Salud, Vida Chile; Disponible en: <http://www.inta.cl/materialEducativo/>.

ANEXOS:

ENCUESTA DE APLICACIÓN PERSONAL DE ENFERMERÍA

Se solicita a usted de la manera más comedida, responder los siguientes interrogantes que permitirán tomar decisiones importantes.

1. Cuantas veces por día ofrece consejería nutricional a madres/cuidadoras de niños menores de cinco años.

Frecuencia:

- 1-3 veces
- 4-6 veces
- 7-9 veces
- 10-12 veces
- Más de 13 veces

2.Cuál es el motivo de la consejería

- Preventivo
- Morbilidad
- Vacunación

3.Cuál es el tiempo aproximado que dispone para esta actividad

- 1-5 min
- 6 – a 10 min
- Más de 10 min

4. ¿El material de apoyo para cumplir esta actividad es útil?

- Si
- No

ENCUESTA USUARIOS

De la manera más comedida, solicitamos a Usted responder las siguientes interrogantes con toda responsabilidad, con la finalidad de poder mejorar el servicio.

1. En cuanto a la atención que recibió del personal de la unidad como califica los siguientes aspectos: capacitación del personal de enfermería
 - Excelente
 - Buena
 - Regular

2. En cuanto a la atención que recibió del personal de salud como califica los siguientes aspectos: consejería nutricional:
 - Excelente
 - Buena
 - Regular
 - Mala

3. En cuanto a la atención que recibió del personal de enfermería como califica los siguientes aspectos: Explicación del trabajo en casa:
 - Excelente
 - Buena
 - Regular

4. En cuanto a la atención que recibió del personal de salud como califica los siguientes aspectos: resolución de la problemática nutricional
 - Excelente
 - Buena
 - Regular