

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO



APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL CRECIMIENTO
Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS,
Y LA PERCEPCIÓN DE SUS MADRES USUARIAS EN EL CENTRO
DE SALUD DE TUMÁN, LAMBAYEQUE

Tesis para optar el grado de Magíster en Gerencia Social

Autoras:

Diana Elizabeth Albinez Pérez

Luisa Isabel García Ipanaqué

Laura Cecilia Avalo Castillo de Huamán

Asesor:

Luis Alex Alzamora de los Godos Urcia

Jurado:

Carlos Torres Hidalgo

Ender Narda Allain Santistevan

LIMA - PERÚ - 2018



RESUMEN EJECUTIVO

Este trabajo es una investigación cualitativa que identifica las características de atención del Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) en niños y niñas menores de cinco años, en el Centro de Salud de Tumán, provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque, e interpreta la percepción, valoración y expectativas de las madres usuarias que asisten a dicho establecimiento.

Las autoras obtuvieron información mediante la entrevista no estructurada, interactuando con grupos focales y realizando la observación directa. Las enfermeras del servicio y una muestra de madres participantes constituyeron la principal fuente de información para el estudio. Los resultados han permitido poner en evidencia que el Programa en el establecimiento de salud de tipo I-3 de Tumán se viene implementando sin considerar los estándares de la Norma Técnica del CRED, emitida por el MINSA el 2010, en relación con frecuencia, tiempo, recursos y calidad de los controles. Las madres participantes perciben el servicio como deficiente.

La información obtenida ha permitido proponer estrategias de intervención centradas en una mejor aplicación del Programa. En tanto, y como parte de nuestro aporte a la Gerencia Social, los hallazgos, conclusiones y estrategias planteadas serán presentados a las autoridades sanitarias locales para que evalúen y mejoren la implementación de su servicio.

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis a nuestras personas amadas, especialmente a nuestros padres, a nuestros compañeros de vida, hijos e hijas, por despertar en nosotras el amor incondicional y por constituir la medida de lo que debemos ofrecer y esperar como servicio a los demás.

Al personal de enfermería cuya vocación de servicio, se renueva y fortalece cada día.

Luisa, Diana y Laura

AGRADECIMIENTO

Gracias a la Maestría de Gerencia Social de la PUCP especialmente a Marcela y al excelente equipo de profesores. Agradecemos también a nuestro asesor Luis, a Ender, a Carlos, Eleodoro y Bertha, por sus cálidos recibimientos y dedicación al trabajo.

Un agradecimiento infinito a las personas que nos alentaron a seguir adelante, que nos devolvieron la esperanza para culminar el trabajo iniciado y aportar a la mejor calidad de vida de la infancia.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN EJECUTIVO	ii
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I	14
SURGIMIENTO DE LA IDEA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	14
1.2. INTERÉS DE LA GERENCIA SOCIAL EN LA INVESTIGACIÓN.....	17
1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	19
CAPÍTULO II	20
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	20
2.1. OBJETIVOS.....	20
2.1.1 Objetivo general	20
2.1.2 Objetivos específicos	20
CAPÍTULO III	21
MARCO TEÓRICO	21
3.1. POLÍTICA GENERAL DE SALUD	22
3.1.1. Declaración del Milenio	24
3.2. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD.....	25
3.2.1. Política Nacional de Comunicación para la Salud	25
3.2.2. Lineamientos de políticas de salud 1995-2000	26
3.2.3. Lineamientos de políticas de salud 2002-2012	27
3.2.4. Política Nacional de Promoción de la Salud	28
3.2.5. Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2011	30
3.2.6. Política Nacional de Calidad en Salud	30
3.3. MODELOS DE ATENCIÓN Y GESTIÓN.....	31
3.3.1. Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)	31
3.3.2. Modelo de Atención Integral de Salud con Familia y Comunidad ..	34
3.4. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD Y LOS PROGRAMAS SOCIALES.....	38
3.4.1. La salud en cifras a nivel mundial	38
3.4.2. La salud en el Perú	40
3.5. MARCO NORMATIVO	43
3.5.1. Base Legal (SC13) de la estrategia de atención integral del niño ..	44

3.5.2. Norma Técnica de salud para el CRED.....	45
3.6.1. Salud y atención.....	54
3.6.2. Crecimiento y desarrollo del niño.....	55
3.6.3. Factores críticos de éxito de los Programas de salud.....	56
3.6.4. Factores que influyen en el desempeño del personal.....	57
3.6.6. Establecimientos de salud.....	59
3.7. INVESTIGACIONES SIMILARES DE LOS PROGRAMAS DE SALUD INFANTIL.....	61
ESTRATEGIA METODOLÓGICA	64
4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	64
4.2. CATEGORÍAS ANALÍTICAS.....	64
ESTRATEGIAS DE SELECCIÓN DE INFORMANTES Y MUESTRA.....	66
4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	67
4.3.1. Dificultades encontradas en el desarrollo del trabajo de campo ...	69
4.4. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	70
4.5. VALIDEZ DE LA INFORMACIÓN.....	71
4.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	72
CAPÍTULO V	73
MARCO CONTEXTUAL	73
5.1. GENERALIDADES.....	73
5.2. DESCRIPCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y POBLACIÓN BENEFICIARIA.....	74
CAPÍTULO VI	76
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS HALLAZGOS	76
Informe de resultados del CRED - Periodo 2012.....	76
6.1.1. Conocimiento del contenido de la Norma Técnica CRED (SC1 ₁)....	95
6.1.2. Capacitación en la aplicación de la Norma Técnica CRED (SC1 ₂)..	97
6.1.3. Uso adecuado de los recursos según lo establecido por la Norma Técnica del CRED (SC1 ₃).....	99
6.1.4. Articulación con otros agentes sociales (SC1 ₄).....	102
6.2. DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD (C2).....	103
6.2.1. Factores que influyen en el desempeño del personal (SC2 ₁).....	103
6.2.2. Autovaloración del desempeño del personal (SC2 ₂).....	106
6.3. ESTRATEGIAS Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN (C3).....	107

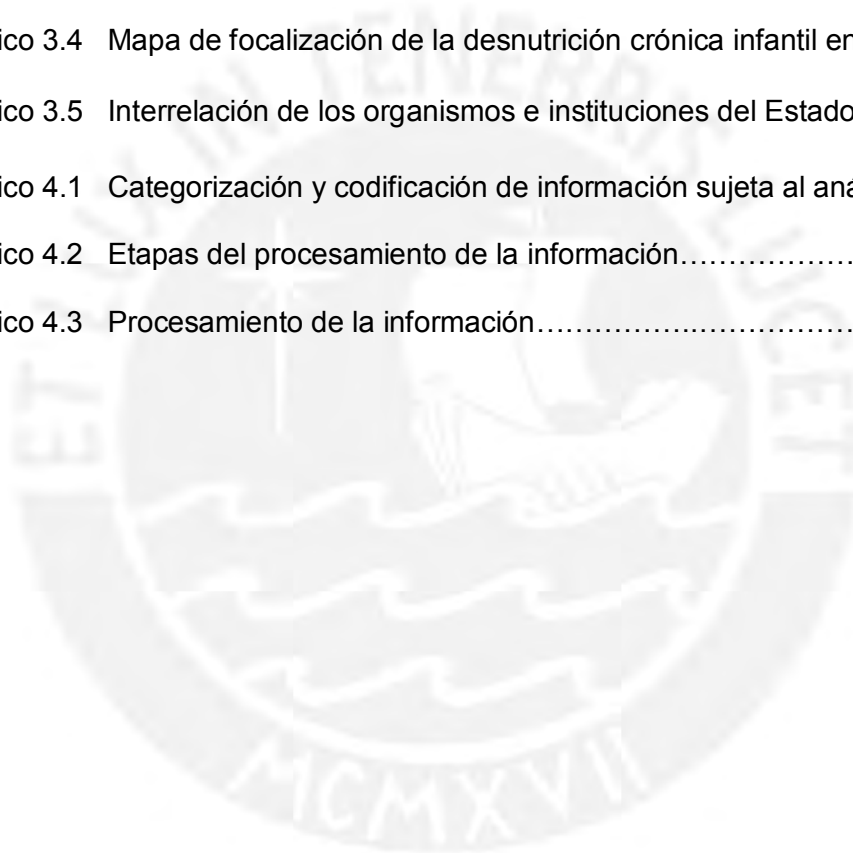
6.3.1. Nivel Educativo de las madres beneficiarias (SC3 ₁).....	109
6.3.2. Manejo de la Información en el CRED (SC3 ₂).....	109
6.4. PERCEPCION DE LAS MADRES ASISTENTES (C4).....	114
CAPÍTULO VII	117
CONCLUSIONES	117
CAPÍTULO VIII	121
PROPUESTA DE MEJORA	121
I. INTRODUCCIÓN	121
II. JUSTIFICACIÓN	122
III. OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS	122
▪ Objetivo general.....	122
▪ Objetivos específicos	122
RESULTADOS ESPERADOS	122
IV. INDICADOR DE MEDICIÓN:	124
V. RESPONSABLES	124
VI. ORGANIZACIÓN DE LA PROPUESTA	124
VII. DESCRIPCIÓN DE LAS PROPUESTAS DE MEJORA	125
VIII. ESQUEMA DE LA PROPUESTA DE MEJORA	133
IX. PROPUESTA DE GERENCIA SOCIAL	135
X. REVISIÓN DE LA PROPUESTA DE MEJORA	137
BIBLIOGRAFÍA	138
ANEXOS	146

ÍNDICE DE TABLAS

Núm.	TÍTULO	Pág.
3.1	Objetivos de Desarrollo del Milenio	24
3.2	Lineamientos generales de la política de salud. Periodo 2002- 2012	28
3.3	Categorías de los Establecimientos de Salud	33
3.4	Requerimiento mínimo de personal para establecimientos categoría I-3	34
3.5	Programas de Atención Integral de Salud por Etapas de vida	37
3.6	Condiciones de vida y salud, población urbana y rural	41
3.7	Periodicidad de controles CRED de los niños menores de cinco años	46
3.8	Instrumentos de soporte a las actividades del CRED	48
3.9	Resumen de Estándares según clasificación	60
4.1	Técnicas e instrumentos de recolección de información	68
4.2	Consideraciones para aplicar instrumentos de recojo de información	69
6.1	Niños controlados en CRED del Centro de Salud Tumán (CST) a 2012	78
6.2	Niños atendidos en CRED del Centro de Salud Tumán a 2012	79
6.3	Atenciones CRED del Centro de Salud Tumán a 2012	80
6.4	Control CRED del Centro de Salud Tumán a 2012	81
6.5	Descarte de anemia menores de 5 años Centro de Salud Tumán a2012	82
6.6	Descarte de parasitosis: niños menores de 5 años del (CST) a 2012	83
6.7	Suplementación con hierro en menores de 3 años del (CST) a 2012	84
6.8	Suplementación con vitamina A:menores de 5años del (CST) a 2012	85
6.9	Lactancia materna exclusiva en el Centro de Salud Tumán a 2012	86
6.10	Evaluación del estado nutricional menores de 5 años del (CST) a 2012	87
6.11	Evaluación del desarrollo de los menores de 5 años del (CST) a 2012	88
6.12	Estimulación temprana en el programa CRED del (CST) a 2012	89
6.13	Actividades extramurales del Centro de Salud Tumán a 2012	91
6.14	Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años (CST) a 2012	93
6.15	Enfermedades Diarreicas Agudas en menores de 5 años (CST) a 2012	94
6.16	Anemia en niños menores de 5 años del (CST) a 2012	95
6.17	Conocimiento del personal de salud sobre la Norma Técnica	96
6.18	Plan de capacitación anual del personal CRED	97
6.19	Procedimientos incumplidos según la Norma Técnica de CRED	99
6.20	Los medios utilizados en una estrategia de comunicación	108
6.21	Nivel educativo de las madres beneficiarias (SC3 ₁)	109
6.22	Procedimientos que no se cumplen en la atención CRED	114
8.1	Asignación de Metas	123
8.2	Indicador de medición	124
8.3	Actores responsables de la implementación de la propuesta de mejora	124
8.4	Esquema de la propuesta de mejora	133

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.1	Programas sociales del MINSA y unidad de análisis.....	15
Gráfico 1.2	Justificación del problema de investigación.....	17
Gráfico 3.1	Lineamientos de la Política de salud 1995-2000.....	26
Gráfico 3.2	Diseño del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)	35
Gráfico 3.3	Componentes del MAIS basado en familia y comunidad.....	36
Gráfico 3.4	Mapa de focalización de la desnutrición crónica infantil en Perú....	43
Gráfico 3.5	Interrelación de los organismos e instituciones del Estado	54
Gráfico 4.1	Categorización y codificación de información sujeta al análisis.....	66
Gráfico 4.2	Etapas del procesamiento de la información.....	71
Gráfico 4.3	Procesamiento de la información.....	72



ABREVIATURAS

AOD	: Asistencia Oficial para el Desarrollo
APS	: Atención Primaria de Salud
CICR	: Cruz Roja Internacional
CEPAL	: Comisión Económica para América Latina y El Caribe
CRED	: Crecimiento y Desarrollo
ENDES	: Encuesta Demográfica de Salud
ESM	: Estadísticas Sanitarias Mundiales
ESN	: Estrategias Sanitarias Nacionales
ES-TBC	: Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis
FAO	: Fondo de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura
GERESA	: Gerencia Regional de Salud
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
MAIS	: Modelo de Atención Integral de Salud
MAIS-BFC	: Modelo de Atención Integral de Salud con Familias y Comunidad
MINSA	: Ministerio de Salud
NTS	: Norma Técnica de Salud
OCDE	: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
ODM	: Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS/OPS	: Org. Mundial de la salud. Org. Panamericana de la Salud
PAIS	: Programas de Atención Integral de Salud
PIN	: Programa Integral de Nutrición
PNC	: Plan Nacional Concertado
SNCDs	: Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud
TAMD	: Tasa Anual Media de Disminución
UNICEF	: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

INTRODUCCIÓN

Esta investigación es el resultado de un estudio cuyo objetivo consiste en identificar las condiciones en que se implementa el Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo en niños y niñas menores de cinco años, mejor conocido como CRED, en el Centro de Salud de Tumbán, de la provincia de Chiclayo, en el departamento de Lambayeque, para conocer la percepción y expectativa de las madres que asisten a dicho establecimiento de salud para realizar los controles de sus hijos e hijas.

En el marco de la Gerencia Social, el estudio permitió analizar al personal de salud y a las madres de familia como actores sociales del Programa, estableciendo su participación favorable o desfavorable, de un lado, en el proceso de implementación de la Norma Técnica de Salud, y de otro lado, en el logro de resultados del Programa en su conjunto. Los resultados del estudio contribuirán en la construcción de acciones articuladas, integradas e interactivas, y en la viabilidad social del Programa de Crecimiento y Desarrollo de los niños y niñas menores de cinco años.

El estudio es relevante por ser uno de los primeros en realizarse en el Centro de Salud del distrito de Tumbán, y porque aporta vías alternativas para las prácticas gerenciales del servicio social que brinda el Programa. Asimismo, la investigación contribuirá en la toma de decisiones, en la eventual réplica de posibles experiencias exitosas, y en la creación de procesos de aprendizaje organizacional a partir de los aciertos y errores generados en el proceso de implementación de la aludida Norma Técnica de Salud.

El estudio se basó en una investigación cualitativa que implicó observar e interactuar con los principales actores involucrados, a saber, los profesionales de la salud y las madres usuarias del programa CRED. Se utilizó una guía de observación directa que permitió describir la estructura del servicio y los componentes que lo determinan. También se aplicó una entrevista no estructurada al personal de salud, y se realizó un grupo focal con las madres usuarias para identificar cómo perciben y valoran las actividades del Programa CRED.

El análisis y evaluación del Programa tomó como referente la Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años.

La unidad de análisis la conformaron el profesional de salud a cargo de la ejecución del CRED en el establecimiento de salud de Tumán, y un grupo seleccionado de madres usuarias. El objetivo principal fue recolectar información de ambos grupos para describir las condiciones de implementación del CRED en el Centro de Salud de Tumán, identificar los componentes del Programa y entender las implicancias y limitaciones de implementación según lo estipulado en la norma técnica de referencia. Finalmente, se plantea acciones de mejora para que el Programa satisfaga sus propósitos sociales a través del manejo eficiente de recursos.

El informe de investigación se estructura en 7 capítulos. El Capítulo I expone el planteamiento de la idea, las preguntas de investigación y la importancia del estudio para la Gerencia Social. El Capítulo II da a conocer los objetivos.

El Capítulo III detalla las políticas del sector y las normas legales que sostienen diversos programas nacionales relacionados con la salud de niños y niñas en sus primeros 5 años de vida. Se presenta, además, estadísticas sanitarias y algunos conceptos básicos del estudio. El capítulo IV informa la estrategia metodológica, de orden cualitativo, pues se enfatiza la percepción de los actores sociales del Programa.

El Capítulo V contiene el marco contextual que ubica el establecimiento de salud en relación al territorio, el contexto socioeconómico, las características del servicio que presta, según su categoría, y también se describe los rasgos peculiares de la población, sus costumbres y dinámica socioeconómica.

El análisis e interpretación de los hallazgos se presenta en el Capítulo VI, siguiendo el orden de cuatro aspectos de interés: (a) implementación del Programa de control CRED; (b) desempeño del personal de salud; (c) estrategias de comunicación; (d) percepción de las madres participantes. El Capítulo VII presenta las conclusiones relacionadas con los objetivos del estudio. Finalmente, el capítulo VIII contiene la propuesta de mejora.

Las propuestas se harán llegar al responsable de la ejecución del control de CRED en el Centro de Salud de Tumán a fin de que adapte y optimice su labor, para mejorar la atención en el servicio, en concordancia con la normatividad vigente.



CAPÍTULO I

SURGIMIENTO DE LA IDEA DE INVESTIGACIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La Norma Técnica de Salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años según Resolución Ministerial N° 990-2010/MINSA, establece que los niños representan el capital humano de un país, porque el crecimiento y desarrollo saludable de todo niño y niña deben ser una de las prioridades de todas las naciones del mundo.

La actual Norma Técnica también refiere que las “investigaciones demuestran la importancia del desarrollo en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social. Si los niños y niñas de corta edad no reciben en esos años formativos la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y prolongadas” (Resolución Ministerial N° 990-2010/MINSA 2011: 9)

En el Perú existe la necesidad sentida de contar con información actualizada respecto a la demografía y estado de salud de los niños y niñas menores de 5 años, a fin de sustentar la formulación de los programas sociales que, desde el año 1986, según la ENDES¹, constituye uno de los principales esfuerzos del INEI².

De diversas fuentes se extraen serios cuestionamientos al sistema nacional de salud y pese a que el gobierno ha desarrollado una serie de estrategias y lineamientos políticos para la atención óptima de las poblaciones más vulnerables en salud y bienestar físico —a través del desarrollo de programas sociales de alcance nacional—, poco o nada se conoce sobre el impacto de estos programas en el progreso de la salud poblacional.

Los establecimientos de salud, principalmente rurales y de zonas urbano-marginales del país, no prestan, por diversos motivos, una atención de calidad.

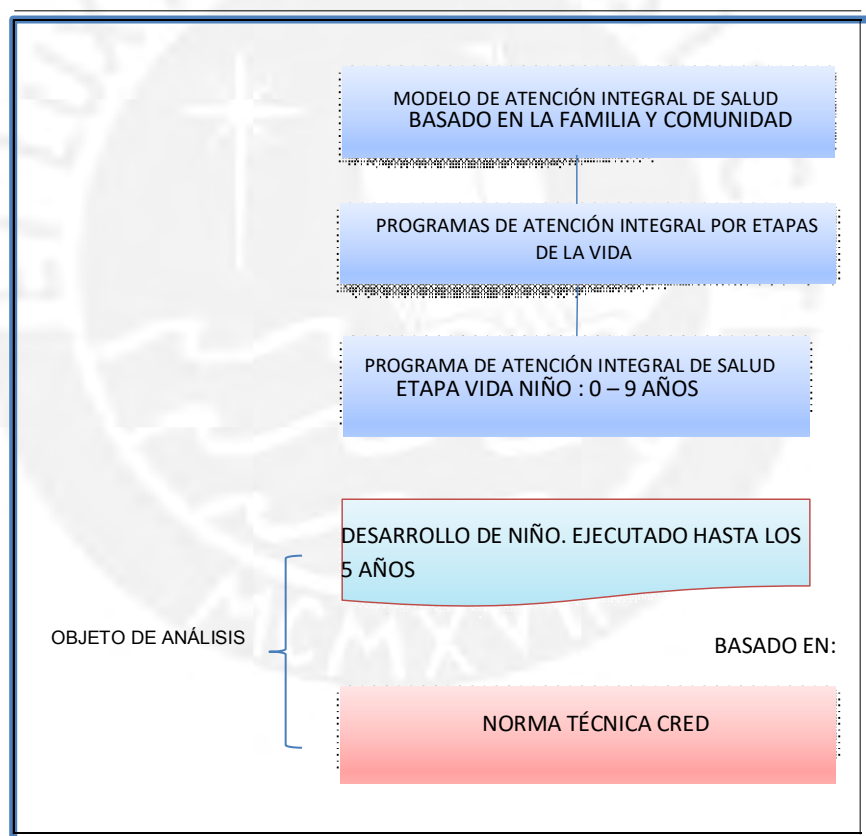
¹ Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

² Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú.

Se alcanza indicadores que podrían demostrar la eficacia de los programas en función del avance en el cumplimiento de las metas planteadas, sin embargo, no se ha prestado atención a la percepción del usuario, su valoración y satisfacción respecto del servicio recibido.

Este vacío da pie al presente estudio de caso, centrado en examinar la manera en que se viene aplicando uno de los programas sociales más representativos del Estado peruano, como es, el Programa de Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Niño, dentro del Modelo de Atención Integral de Salud, basado en la Familia y Comunidad, cuyas siglas son MAIS-BFC. El esquema de los programas se presenta en el Gráfico 1.1.

Gráfico 1.1: Esquema de programas de salud en el Perú, identificación de la Unidad de Análisis del Estudio



Fuente: Elaboración propia.

Según el modelo, la Etapa Vida Niño comprende desde el momento del nacimiento hasta los nueve años de edad del niño o niña. En esta investigación se asume lo planteado en uno de los principales componentes CRED, referido a los cinco primeros años de edad.

El Control de Crecimiento y Desarrollo —más específicamente el relacionado con los niños y niñas menores de cinco años— toma como referente de evaluación lo expuesto en la Norma Técnica del CRED (Ministerio de Salud 2010), cuyo contenido orienta la aplicación del Programa a nivel nacional, y por ende, en el Centro de Salud de Tumán su finalidad es contribuir al desarrollo integral y a la mejora de la salud y nutrición infantil.

En el proceso de investigación y conforme se fue profundizando en la comprensión de la naturaleza y propósito del Programa, se constató la existencia de una brecha muy marcada entre la realidad del servicio de salud y las declaraciones de los documentos oficiales nacionales y mundiales: Así nuestra Constitución Política refiere que: “La salud es un derecho universal”³, y la Declaración Universal de los Derechos Humanos dice : “Toda persona tiene todos los derechos y libertades, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”⁴.

Como resultado de conversaciones con los profesionales del Centro de Salud de Tumán, específicamente con las enfermeras, surgió el interés de las autoras por entender el entorno de quiénes día a día son responsables de la atención primaria de niños y niñas del distrito, y se originó la disposición por conocer cómo se viene implementando el Programa CRED a la luz de los procedimientos establecidos por la Norma Técnica vigente.

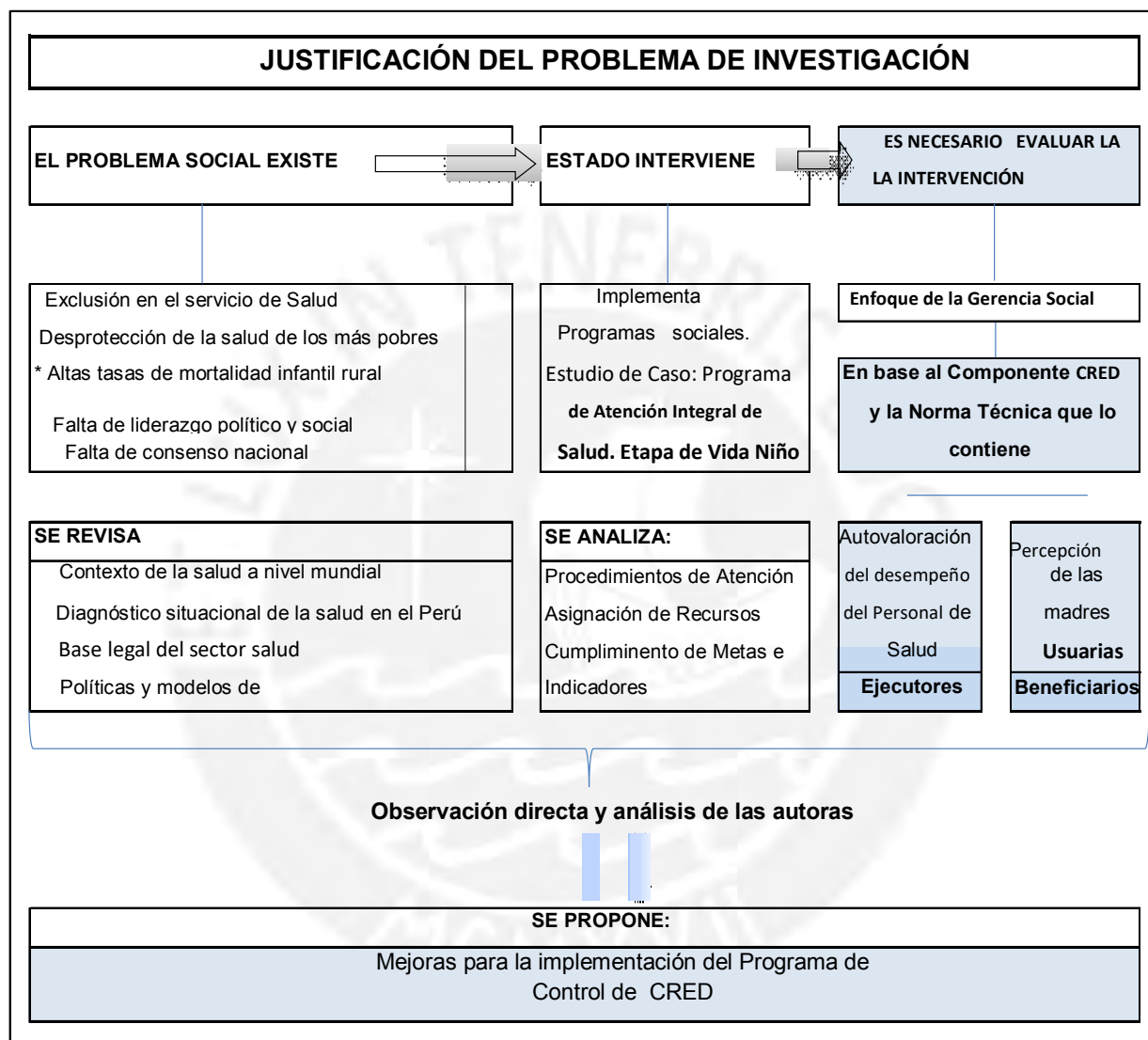
Luego de la investigación realizada se constató un bajo desempeño del personal de salud encargado del control CRED, exclusión de la norma técnica, escaso compromiso con los objetivos del programa, desconocimiento de los procedimientos de evaluación de los niños y niñas, escasa participación de las madres usuarias en la implementación del Programa. La población usuaria tampoco participa en las estrategias comunicacionales ni en las charlas educativas e informativas, viéndose afectada y limitada la implementación del Programa.

³ Constitución Política del Perú. 1993. Art.7° y 9°

⁴ Declaración Universal de los Derechos Humanos. 1948.: Asamblea General de las Naciones Unidas. Art. 2 Consulta: 14 de febrero de 2012 <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

El trabajo preliminar de elección del tema de investigación se resume en el Gráfico 1.2 en el que se indica el objeto principal de estudio, del que derivaron, luego, las preguntas que dirigieron la investigación.

Gráfico 1.2: Justificación del Problema de Investigación.



1.2. INTERÉS DE LA GERENCIA SOCIAL EN LA INVESTIGACIÓN

Un programa social deriva de la concepción y desarrollo de una serie de estrategias y procesos cuyo objetivo es alcanzar el bien común de un grupo social específico. Las experiencias, sin embargo, han demostrado que en su etapa de implementación los programas se alinean según las estructuras organizacionales y el medio sociopolítico que los enmarca.

Los cambios mencionados ameritan un manejo gerencial particular. De ahí la importancia de la intervención de los profesionales en Gerencia Social para entender y atender las causas multisectoriales de los problemas sociales. Manejo de la complejidad, concertación, articulación social y ética frente a los compromisos sociales, son algunas de las actitudes y valores que desarrolla un Gerente Social, buscando la equidad social y orientando los programas y proyectos sociales por las vías de la inclusión a fin de desarrollar individuos y comunidades.

Para Kliksberg⁵, la Gerencia Social “tiene que ver con optimizar el rendimiento de los esfuerzos del Estado y de los actores sociales”, incidiendo en que éstos deben enfrentar cotidianamente los desafíos que plantea el desarrollo social justo.

Esta investigación es de interés para la Gerencia Social, pues analiza la gestión de un programa de salud infantil que es parte importante para disminuir la desnutrición crónica y promocionar el desarrollo integral de los niños y niñas menores de cinco años. La Gerencia Social tiene como objeto de estudio las políticas públicas en sus niveles macro, meso y micro, en alguna de las fases del ciclo, o en alguno de los componentes del círculo de la política; produce conocimientos que facilitan la planificación y toma de decisiones, integra el desempeño eficiente de quienes la ejecutan y el compromiso personal e institucional, construyendo esfuerzos conjuntos que aportan estrategias y articulan acciones de fomento del desarrollo integral de niñas, niños y familias.

La generación de alianzas con otras instituciones y con la comunidad organizada, y promover la participación activa de la población en la implementación de tales políticas, garantiza los resultados satisfactorios aportando a la tarea y reto de superación de la pobreza en nuestro país.

⁵ Kliksberg, Bernardo. Hacia una Gerencia social eficiente: Algunas cuestiones claves. Consulta: 30 de Marzo de 2016 http://www.ifejant.org.pe/Aulavirtual/aulavirtual2/uploaddata/18/Unidad1/Tema1/HACIA_UNA_GERENCIA_SOCIAL_EFICIENTE_-_KLIKSBERG.pdf

1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Pregunta general: ¿Cómo se viene implementando el Programa de Control CRED en el Centro de Salud Tumán, teniendo como referencia la Norma Técnica vigente?

Preguntas específicas:

- ¿De qué forma se está cumpliendo los objetivos del Programa de control CRED en el Centro de Salud de Tumán?
- ¿Cuáles son los aspectos que vienen influenciando en el desempeño y compromiso del personal de salud que realiza el control del programa CRED en el Centro de Salud de Tumán?
- ¿Qué tipo de información reciben las madres usuarias del Programa de Control CRED, respecto al crecimiento y desarrollo de sus hijos e hijas menores de cinco años?
- ¿Cuál es el grado de conocimiento de los profesionales de salud sobre el contenido integral de la norma técnica de Crecimiento y Desarrollo?

CAPÍTULO II

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo general

Identificar las condiciones en que se viene implementando el Programa de Control CRED en el Centro de Salud de Tumán.

2.1.2 Objetivos específicos

- Conocer cómo se viene cumpliendo la norma técnica del CRED en el Centro de Salud de Tumán.
- Identificar y analizar los aspectos que influyen en el desempeño del personal de salud del Programa de Control CRED.
- Conocer la percepción de las madres participantes acerca del proceso de implementación del Programa de Control CRED.
- Proponer acciones de mejora que permitan optimizar las debilidades y afianzar las fortalezas en el proceso de implementación del Programa de Control CRED.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

En el Perú coexisten la pobreza, la exclusión y la vigencia de culturas ancestrales que intervienen en la concepción del bienestar, en la identificación de las causas de las enfermedades y en las formas de restituirla. Si bien no hay muchos hábitos saludables producto de la escasez de bienes y servicios —lo cual es un reto a enfrentar en el campo social, y de la salud en particular—, existen prácticas científicas respecto al uso plantas, y también una concepción integral de la sanación, interrelacionando lo emocional, físico y familiar, generando nuevas oportunidades en la prevención y atención del crecimiento y desarrollo de la primera infancia.

En el marco teórico se precisa la política del sector salud en prevención y promoción de la salud, y en los programas y modelos de atención impulsados para garantizar la salud integral de las niñas y niños menores de cinco años.

Se describe, además, la actual realidad sanitaria infantil, que es producto de la gestión y desarrollo de las políticas propias y de la ejecución de programas sociales. Asimismo, se registra el marco normativo que sostiene los programas nacionales de salud pública relacionados con la infancia, desarrollados por los distintos gobiernos en el lapso de la última década. El capítulo también incluye conceptos básicos pertinentes para el estudio, relacionándolos con los intereses de la Gerencia Social.

Finalmente, se presenta experiencias de trabajos similares en salud infantil y calidad de atención, incluyéndolas en el análisis de resultados y en las propuestas que planteamos.

La teoría que respalda la investigación —sobre todo en el análisis y perspectivas de mejora que proponemos—, se sustenta, por un lado, en el enfoque de desarrollo humano, que asume la atención de la infancia como la mejor inversión para el desarrollo, y de otro lado, en el enfoque de interculturalidad, indispensable para promover la participación de los usuarios involucrando su cosmovisión y modos de organización en los procesos de recuperación de la salud integral, principalmente de los niños y niñas menores de cinco años.

El enfoque intercultural de la salud, expuesto en la tesis de antropología de Arredondo, “Dualidad simbólica de plantas y animales en la práctica médica del curandero-paciente en Huancayo para optar el grado de Magister en Antropología, alude la importancia del factor cultural enfatizando las condiciones del contexto socioeconómico:

“[...] el rol del curandero como ente equilibrador de situaciones opuestas, cuya eficacia la encontramos en el uso de los recursos, poder del lenguaje y la terapéutica en las contingencias de salud y enfermedad. En base a las notas de campo del archivo del proyecto Perú-Cornell cuyo objetivo fundamental fue mejorar el bienestar de la población de Vicos señala que luego de muchos años llegó a la conclusión que en el proyecto no se percataron del poder simbólico del *hampeq*, que devino en curandero, curioso, que invade y penetra en los esfuerzos de la medicina moderna, acepta que el enemigo principal de la medicina científica no es la ideología de la enfermedad; sino la pobreza...el limitado acceso a la información, salud pobre, postergación socio-económica y aislamiento lingüístico; que limitan el desarrollo [...]” (Arredondo 2006: 40)

3.1. POLÍTICA GENERAL DE SALUD

Si bien décadas atrás el tema de la salud se relacionaba con la atención a un daño en el estado físico de las personas y la atención recaía única y exclusivamente en el personal especializado y en las instituciones representativas, en 1974, tras la publicación del *Informe Lalonde por* el gobierno canadiense, se propone tratar el tema de la salud desde una perspectiva social, que prioriza la prevención antes que la atención (Lalonde 1974: 66-67).

En el marco de las Naciones Unidas surgen varios organismos especializados en temas de salud, como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de Naciones Unidas para la Alimentación y Nutrición, la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para los países de las Américas la OMS está representada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Justamente estos organismos internacionales fueron acogiendo las nociones de “promoción” y “prevención” de la salud más allá del periodo de curación propiamente de una dolencia o afección.

Estos conceptos se consolidaron en la Declaración de Alma-Ata, en 1978, en que por primera vez se conceptualizó la Atención Primaria en Salud, con el compromiso de los 134 Gobiernos participantes.

De la declaración de Alma Ata, surge la Estrategia Mundial "Salud para todos", en el año 2000, a través de la cual se busca aunar esfuerzos para garantizar que la salud sea un derecho humano universal⁶.

Halfdan Mahler (1981), representante de la Organización Mundial de la Salud, presentó un breve pero intenso análisis sobre los avances en la estrategia mundial "Salud para todos". Él subrayó la importancia de entender la real dimensión de dicha estrategia y la imperante necesidad de cambio. A continuación, resume parte de su intervención⁷:

[...] "La salud para todos" significa que la salud ha de ponerse al alcance de cada individuo en un país determinado. "La salud para todos" obliga a suprimir los obstáculos que se oponen a la salud (malnutrición, ignorancia, agua no potable y viviendas no higiénicas), así como a resolver problemas puramente médicos, como la falta de médicos, de camas de hospital, de medicamentos y de vacunas.

[...] "La salud para todos" (...) exige el despliegue de esfuerzos en la agricultura, la industria, la enseñanza, la vivienda y las comunicaciones, tanto como en la medicina y en la salud pública. La asistencia médica no puede, por sí sola, llevar la salud a una población hambrienta que vive en tugurios. Una población sujeta a esas condiciones necesita un modo de vida totalmente distinto y nuevas oportunidades de alcanzar un nivel más elevado.

[...] Cuando un gobierno adopta "la salud para todos", se compromete a fomentar el progreso de todos los ciudadanos en un amplio frente de desarrollo y está resuelto a estimular a cada ciudadano para conseguir una mejor calidad de vida. (Revista Cubana de Salud Pública. Versión On Line – v35 –nº4 La Habana oct.-dic.2009).

"Salud para todos" es la Atención Primaria de Salud y su desarrollo requiere de consenso con un concepto multisectorial, implica impulsar la intervención de toda la comunidad y agenciarse de las herramientas tecnológicas apropiadas, condiciones esenciales para cualquier programa de salud y para toda infraestructura sanitaria que se promueva. Si bien todas las políticas y lineamientos acontecidos hasta ese momento sirvieron de base para que diferentes países estandarizaran sus planes de acción en beneficio de la salud

⁶ Realizada en 1978 en Alma-Ata, antigua URSS.

⁷ Halfdan, M.(oct.-dic. 2009). The meaning of " Health for all in the year 2000" *Rev Cubana Salud Pública*. Consulta 14 de Febrero 2012 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400002

pública, existe un documento aún más relevante que marcó un hito en el milenio, pues, además de reiterar los principios y propósitos anteriormente declarados, reúne una serie de valores para la gestión de las relaciones internacionales.

No en vano se considera que “la Declaración del Milenio es la promesa colectiva más importante que se ha hecho hasta ahora a los grupos más vulnerables del mundo”⁸.

3.1.1. Declaración del Milenio

El 13 de diciembre del año 2000, la Asamblea General de las Naciones Unidas promulgó la Declaración del Milenio, un documento en que 189 Estados Miembros —de los cuales 147 eran representados por jefes de Estado—, ratificaron su compromiso de proteger, entre otras cosas, los derechos de las poblaciones más vulnerables, plasmado en 8 objetivos de desarrollo.

El factor salud está presente en 3 de los 8 Objetivos del Milenio (ODM): Reducir la mortalidad infantil (ODM 4); Mejorar la salud materna (ODM 5), y Combatir el VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades (ODM 6) (Salud de la Madre, niño y adolescente, 2012. *Organización Mundial de la Salud*). Cada objetivo ha establecido sus propias metas, las cuales precisan los indicadores sanitarios que miden los avances de su cumplimiento, teniendo como indicadores sanitarios los descritos a continuación:

Tabla 3.1 Objetivos de Desarrollo del Milenio

ODM 4: Reducir la mortalidad infantil		
Meta de Salud		Indicadores Sanitarios
Meta 5:	Reducir en dos terceras partes entre 1990 y 2015 la mortalidad de los niños menores de 5 años.	13. Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años
		14. Tasa de mortalidad infantil
		15. Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión

Fuente: La salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Asamblea de las Naciones Unidas

⁸Naciones Unidas 2010 Declaración del Milenio General Assembly: Documento Naciones Unidas, distribuido el 12 de febrero de 2010. Consulta 28 de Febrero 2012 http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A%20/64/665

Según la Declaración del Milenio los compromisos defienden los valores fundamentales de toda persona: libertad, igualdad, solidaridad, tolerancia y responsabilidad común.

El 2005, la Organización Mundial de la Salud elaboró un informe acerca de los avances de los Objetivos del Milenio (ODM), y señala que si bien la declaración del Milenio no cubre todos los aspectos que atañen a la salud de las personas, sí sirve como indicador de evaluación de muchas acciones, entre ellas, las relacionadas con la salud de los niños pequeños.

En este contexto, el Perú al igual que muchos otros estados, puso en marcha una serie de estrategias para mejorar el sistema de salud pública en el país. Asumió su papel rector, formulando, reglamentando y gestionando dicho sistema, orientado a crear las condiciones necesarias para que todos los agentes involucrados puedan desempeñar su labor.

3.2. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD

El Perú no ha estado ajeno a los cambios a favor de la prevención y promoción de la salud, por ello a través del Ministerio de Salud (MINSA) ha desarrollado diversas tácticas que mejore la calidad de vida de los ciudadanos. A partir de la década del noventa, el sector Salud en nuestro país comienza su reestructuración a fin de garantizar un servicio de salud eficiente y eficaz. Tuvo como principales estrategias: ampliar la cobertura de atención, mejorar la calidad del servicio a través de la excelencia en el recurso humano, y establecer objetivos comunes entre las entidades públicas y privadas prestadoras de salud.

3.2.1. Política Nacional de Comunicación para la Salud

En 1994, el MINSA publicó la Política Nacional de Comunicación para la Salud, un documento con orientación clara y precisa que integra y norma el trabajo de diversos agentes involucrados, en concordancia con la Política Nacional de Salud y con los Planes Nacionales de Desarrollo del País.

3.2.2. Lineamientos de políticas de salud 1995-2000

El principal objetivo de las políticas de salud en el lapso 1995-2000 fue consolidar el sector salud, haciéndolo equitativo, eficiente y de calidad, y para ello se dio especial importancia a la **atención primaria de la salud**.

Los objetivos de la APS ampliaron la cobertura en centros y puestos de salud, además de equipar y fortalecer algunos programas sociales como el área de la salud materno-infantil y el de enfermedades de transmisión. Los esfuerzos se concentraron en reforzar cinco aspectos críticos del sector, según se muestra en el Gráfico 3.1.

Gráfico 3.1: Lineamientos de la Política de Salud / Periodo 1995-2000



Fuente: Adaptado de Lineamientos de la Política de salud. 1995.

En relación con la modernización del sector salud, el gobierno promueve un cambio en la cultura sanitaria, orientándola hacia el camino de la excelencia en calidad de atención y satisfacción de los usuarios, y de participación en las acciones de salud.

La modernización de la salud pública valora y potencia el recurso humano, impulsando los programas de capacitación, actualizando y mejorando permanentemente las condiciones de trabajo.

En el marco de la reestructuración del sector, destaca la labor de descentralización de la autoridad en salud.

El MINSA puso en marcha el proceso de transferencia de ciertas funciones del sector a 25 gobiernos subnacionales. Este proceso finalizó el año 2010 y permitió que los gobiernos subnacionales asuman la conducción de las políticas del sector salud en relación con las políticas nacionales, incluyendo la gestión de la Atención Primaria en Salud (APS).

Otro de los aspectos críticos del sector fue prevenir y controlar los principales problemas de salud de las personas, con especial énfasis en las enfermedades infectocontagiosas, epidemias, enfermedades prevenibles por medio de vacunas, de transmisión sexual, etc., sobre todo en aquellas que afectan en mayor intensidad a los grupos de poblaciones rurales, madres gestantes, madres lactantes y niños menores de cinco años. Finalmente, el sector salud promueve condiciones y hábitos saludables a través del deporte, recreación, educación, etc.; asume el compromiso de garantizar que las poblaciones reciban información oportuna relacionada con la salud, proveer de agua segura, manejo de desechos, conservación del medio ambiente. Surgen las primeras nociones de prevención de enfermedades ocupacionales.

3.2.3. Lineamientos de políticas de salud 2002-2012

Según el informe de la OMS, en el 2000 el Perú se ubicó en uno de las últimas posiciones a nivel de América Latina, y en cumplimiento general del sistema de salud ocupó el 129° lugar a nivel mundial, uno de los últimos lugares a nivel internacional y el lugar menos destacado a nivel de Latinoamérica. El Ministerio de Salud, en el año 2002 presentó diez lineamientos de política para el sector; cuyo periodo abarca del 2002-2012 (MINSA, 2002: 33-44):

Tabla 3.2: Lineamientos Generales de la Política de Salud: 2002-2012

PROBLEMAS PRIORITARIOS	LINEAMIENTOS GENERALES 2002-2012
Deficiente salud ambiental, alta prevalencia de enfermedades transmisibles y crecimiento de las no transmisibles.	1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
Elevada desnutrición infantil y materna.	
Elevada mortalidad infantil y materna.	
Reducida cobertura y aumento de la exclusión	2. Extensión y universalización del aseguramiento en salud (Seguro Integral de Salud).
Limitado acceso de los medicamentos	3. Suministro y uso racional de los medicamentos. Política andina de medicamentos.
Ausencia de política de recursos humanos	4. Política de gestión y desarrollo de los recursos humanos con respeto y dignidad.
Segmentación e irracionalidad en el sector salud	5. Creación del sistema coordinado y descentralizado de Salud.
	6. Nuevo modelo de atención integral de salud.
	7. Sistema de inteligencia sanitaria.
Desorden administrativo y ausencia de rectoría del Ministerio de Salud	8. Modernización del MINSAL y fortalecimiento de su rol de conducción social.
Financiamiento insuficiente e inequitativo	9. Financiamiento interno y externo orientado a los sectores más pobres de la sociedad.
Limitada promoción y participación ciudadana	10. Democratización de la salud.

Fuente: Adaptado de Lineamientos de la política de salud. (MINSAL, 2002: 33)

3.2.4. Política Nacional de Promoción de la Salud

Considerando que la salud se logra con mejores condiciones materiales de vida y con la información a la población se promovió la promoción de la salud como una de las estrategias más acertadas. Esta política fue dada el año 2005 y está orientada a lograr que la ciudadanía conciba la salud como un bien propio al que tiene derecho, y que ella no depende de la pericia de los galenos sino que es resultado de un plan social debidamente previsto y relacionado con las responsabilidades políticas del país. Se basa en cuatro enfoques:

- El primer enfoque está referido a la **equidad en salud**, refiere la necesidad de eliminar todo tipo de limitaciones y diferencias entre grupos para lograr su bienestar, es decir, todos deben tener las mismas oportunidades de mantener una buena salud.
- El segundo enfoque es el de **equidad de género**, tanto hombres como mujeres tienen derecho a ser atendidos por igual para prevenir y mejorar su salud, teniendo igual libertad de decidir sobre su cuerpo, sexualidad y vida.
- La **interculturalidad** es el tercer enfoque, permite entender que el Perú es, en esencia, una nación multicultural, y es necesario impulsar valores de solidaridad y respeto en los agentes involucrados en el sector, principalmente en los profesionales de la salud, quienes mantienen el contacto directo con los usuarios y deben entender la importancia de lograr un diálogo sincero que genere beneficio para todos.
- Finalmente, el último enfoque está enmarcado en la ciudadanía, participación y **empoderamiento social**, incentiva a la sociedad a tomar acción sobre el cuidado y prevención de su salud.

En este proceso intervienen factores de tipo social, cultural y político; respecto al enfoque de interculturalidad la revisión de los trabajos de salud que retoman el tema de las prácticas culturales permiten sustentar el enfoque en la siguiente idea de Joseph Bastien en Shamán contra enfermeros en los Andes Bolivianos — que expone el conflicto entre quienes practican la medicina moderna y la andino-aymara, y resalta el poder figurado de los curanderos—:

“Este autor confronta entre el diagnóstico folklórico y el moderno científico en la que el primero da importancia a la historia personal del paciente, donde ha estado, que hizo, su ocupación, traumas, sueños donde el diagnóstico y tratamiento es cuestión de grupo(parientes),vecinos, en torno al paciente, en la que expresan sus opiniones y sugerencias, a diferencia de la segunda en la que es una situación de uno a uno, donde los pacientes escuchan y obedecen pasivamente, sólo respondiendo a la iniciativa del médico, se limitan a la sintomatología, no debaten con sus pacientes la naturaleza de la patología para tomar decisiones comparadas”. (Bastien, J. 1988 Shaman contra enfermero en los Andes Bolivianos. Allpanchis. CUSCO – PERU. Vol. 20 No 31:164).

3.2.5. Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2011

En el año 2007 se diseñó una nueva agenda de salud expuesta en el Plan Nacional Concertado de Salud. Este plan es un instrumento de gestión para mejorar la salud de las personas; identifica y clasifica los problemas del sector en tres grandes grupos:

- Problemas sanitarios,
- Problemas de funcionamiento del sector y,
- Problemas relacionados a los determinantes de la salud.

A los enfoques anteriores, el Plan añade el enfoque de Comunicación en Salud, que propone en brindar educación en salud a toda la población y garantizar oportunamente la difusión de la información acerca de los aspectos relacionados con la prevención y atención de problemas de salud en todos los programas, empezando por los dirigidos a los primeros cinco años de vida.

Dentro del Plan Nacional Concertado se incluyen 11 lineamientos de política de Salud para el periodo 2007-2020, de los cuales, para fines de este estudio, destaca el primero: Atención Integral de Salud a la Mujer y el Niño, priorizando estrategias de promoción y prevención que señalan la atención del niño desde su etapa de concepción a través de evaluaciones prenatales a fin de detectar enfermedades, atención de los recién nacidos y controles periódicos en sus primeros años de vida.

Una de las acciones importantes de este Plan es el control del crecimiento y desarrollo CRED. Las otras acciones también se relacionan con nuestro tema de estudio, como la inmunización en niños y gestantes, el control prenatal, la atención del parto y puerperio, entre otras.

3.2.6. Política Nacional de Calidad en Salud

El año 2009, la Dirección General de Salud de las Personas, del Ministerio de Salud, a través de un escrito competente, presentó la Política Nacional de Calidad de Salud.

Esta política de calidad se hacía cada vez más necesaria por la ausencia de logros en la excelencia del servicio de salud que se venía manejando años atrás y que pese a los esfuerzos del MINSA no eran satisfactorios y redundaban obviamente en los resultados alarmantes de salud infantil, como la desnutrición, anemia y mortalidad.

En los últimos años el tema de calidad de atención de salud ha cobrado más importancia. Según el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud⁹, existen 12 políticas que apuntan a objetivos claros de calidad. Sin embargo, se percibe falta de decisión y compromiso por parte de las autoridades sanitarias para monitorear que se cumplan los parámetros de calidad establecidos para la atención de salud.

3.3. MODELOS DE ATENCIÓN Y GESTIÓN

3.3.1. Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

En el 2003, el Ministerio de Salud mediante la Resolución Ministerial N° 729-2003 aprobó el documento técnico “La Salud Integral Compromiso de Todos: El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)”.

El MAIS se define como el conjunto de políticas, procesos e instrumentos que desarrollados de manera eficiente garantizan la atención de la salud no solo de una persona sino de su familia y su comunidad en general.

Bajo este modelo de integralidad se comprende la salud infantil, su relación con el ambiente social, así como las características de calidad que debe tener la atención del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de cinco años.

El MAIS prioriza y consolida las estrategias de prevención, promoción, disminución de riesgos y cuidado de la salud, especialmente de la población más vulnerable como son los niños, mujeres, discapacitados y adultos

⁹ Ministerio de Salud 2009. Política Nacional de Calidad de la Salud de las personas. RM N° 727-2009/MINSA. Lima – Perú

mayores, atendiendo las necesidades elementales de su salud, vista desde el entorno familiar y social.

Para conseguir su propósito, el Ministerio de Salud establece un grupo de **Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN)** que se institucionalizan mediante la RM N° 771-2004/MINSA. A saber, son 15 estrategias alineadas en relación con las políticas de Estado y los compromisos internacionales que como país se asumieron hace unos años atrás.

“Las estrategias sanitarias que se adoptaron fueron.

1. ESN de Inmunizaciones.
2. ESN de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y otras.
3. ESN de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA.
4. ESN de Prevención y Control de Tuberculosis.
5. ESN de Salud Sexual y Reproductiva.
6. ESN de Enfermedades No Transmisibles.
7. ESN de Salud Mental y Cultura de Paz.
8. ESN de Alimentación y Nutrición Saludable.
9. ESN de Accidentes de Tránsito.
10. ESN de Pueblos Indígenas.
11. ESN de Salud Bucal.
12. ESN de Médico de Familia.
13. ESN de Salud Ocular y Prevención de Ceguera.
14. ESN de Zoonosis.
15. ESN de Atención a Personas Afectadas por Contaminación con metales Pesados y Otras Sustancias Químicas.” (ESN/MINSA 2004)

En este modelo de MAIS la calidad de los servicios de salud se evidencia en una atención integral, se reconoce a las personas como seres sociales con dificultades reales, con prácticas culturales diversas, con derechos a respetar y deberes comunales. Hablar de calidad de la atención es considerar el factor humano.

El modelo impulsa la formación y capacitación constante de todos los profesionales, técnicos y demás, a fin de que mejoren las percepciones de la atención.

La pobreza es uno de los factores que limita el cumplimiento de la atención integral de salud, por lo que una de las principales tareas de los agentes políticos involucrados es impulsar programas sociales eficientes y desarrollar servicios de mejor calidad.

Es objetivo de estos programas apoyar a las poblaciones de más alto riesgo: infancia, mujeres y tercera edad, todos ellos importantes como sujetos y agentes de desarrollo.

En busca de una atención integral de salud, el MINSA categorizó los establecimientos de salud a nivel nacional, definiendo los alcances y responsabilidades de cada uno de ellos, según la infraestructura y recursos que disponen. La autoridad sanitaria ha establecido 3 niveles de atención, agrupados en 8 categorías de establecimientos de salud¹⁰, según se muestra en la Tabla 3.3. La atención del crecimiento y desarrollo a los niños y niñas menores de cinco años se dan también en los demás establecimientos de salud. Cabe mencionar la relación de interdependencia, referencia y contrareferencia normada entre todos los demás niveles. Por ello, los resultados que se den a conocer en esta investigación sirven potencialmente a los diferentes establecimientos de salud.

Tabla 3.3: Categorías de los Establecimientos de Salud

CATEGORIAS DEL SECTOR SALUD	MINISTERIO DE SALUD
I – 1	Puesto de Salud
I – 2	Puesto de Salud con Médico
I – 3	Centro de Salud sin Internamiento
I – 4	Centro de Salud con Internamiento
II – 1	Hospital I
II – 2	Hospital II
III – 1	Hospital III
III - 2	Instituto especializado

Las otras instituciones se adaptarán a las Categorías propuestas y a su nivel de Resolución.

Fuente: Clasificación de Establecimientos. MINSA. NTS N° 021-MINSA / DGSP-V.02 “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.

La unidad de análisis de esta investigación pertenece a un establecimiento de salud de categoría I-3, conocido como **Centro de Salud sin**

¹⁰ Norma técnica de salud N° 21 “Categorías de establecimientos del sector salud”. 2011. RM 546-2001/MINSA.

Internamiento. Para esta categoría, el documento técnico señala lo siguiente: Todo establecimiento de categoría I-3 debe avalar la satisfacción de necesidades de salud del ciudadano dentro de su área de jurisdicción. Atiende de manera ambulatoria a través de un servicio médico integral y, además, realiza labores de promoción y prevención de la salud.

Asimismo, menciona que debe contar como mínimo con el recurso humano detallado en la Tabla 3.4, cuyo número debe ser asumido según las necesidades de la población (NTS N°21- MINSA, 2011:15).

Tabla 3.4: Requerimiento Mínimo de Personal para un Establecimiento de Categoría I-3

RECURSO HUMANO MÍNIMO DE LA CATEGORÍA I-3
Médico cirujano o médico familiar
Enfermera
Obstetra
Técnico auxiliar de enfermería
Odontólogo
Técnico de laboratorio
Técnico de farmacia
Técnico o auxiliar de estadística

Fuente: Elaboración propia. Adaptado de la N. T. N° 0021- MINSA / DGSP V.01 Categorización de los establecimientos del sector salud.

3.3.2. Modelo de Atención Integral de Salud con Familia y Comunidad

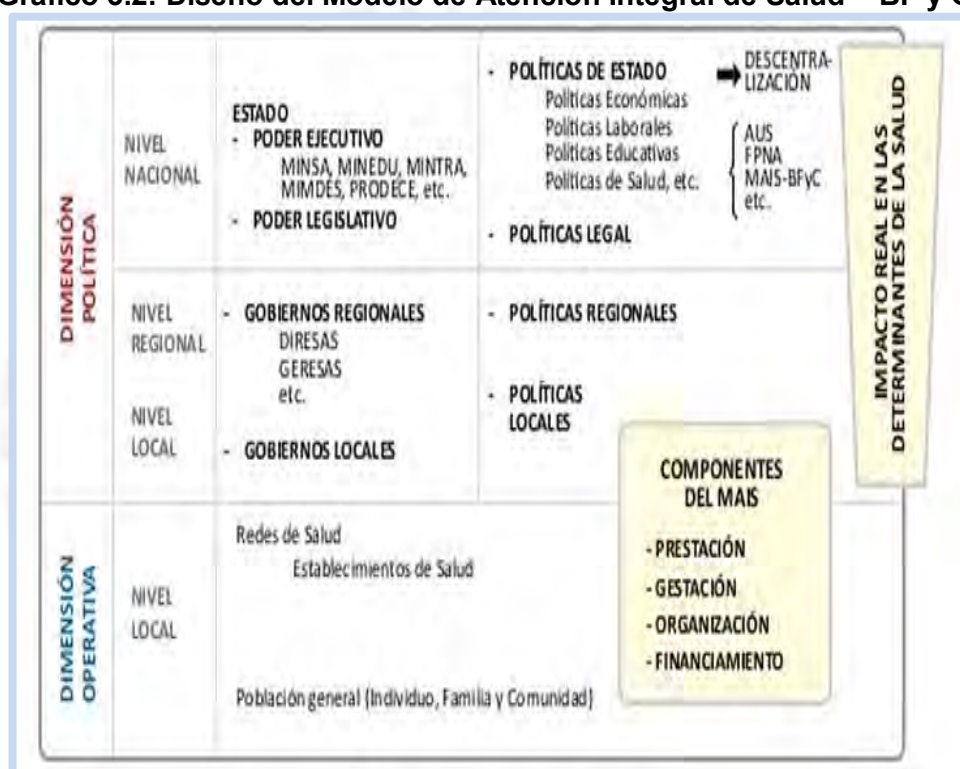
Desde el 2011, y en reciprocidad con los lineamientos de gestión del sector, se inicia la modernización del MAIS, que pasa a nombrarse MAIS–BFC es decir Modelo de Atención Integral en Salud Basado en la Familia y Comunidad. (RM N°464-2011/MINSA). A partir de aquí el modelo se interpreta según las siguientes delimitaciones:

- Los **espacios objetivos**. Determina que las personas, la familia y la comunidad son los tres principales focos de atención.
- Las **situaciones objetivas**. Son las necesidades de atención de salud y surge aquí la variante más significativa del modelo: la atención y el trato a los determinantes de la salud.
- Las **dimensiones de abordaje**. Abarcan dos dimensiones:

- La **dimensión de gobierno**, vinculada con las gestiones públicas de los programas sociales y el manejo político de las autoridades nacionales, regionales y locales.
- La **dimensión operativa**, concretada en las organizaciones público-privadas del sector y de los establecimientos de salud.

A manera de resumen, se presenta el gráfico 3.2, en que se muestra el rol desempeñado por cada uno de los actores en su ámbito de ejecución.

Gráfico 3.2: Diseño del Modelo de Atención Integral de Salud – BF y C



Fuente: MAIS-BFC. MINSA. 2011

La estructura de este modelo consta de cuatro componentes: organización, gestión, financiamiento y provisión.

Organización. Componente que agrupa todas las actividades relacionadas con el ordenamiento de la oferta sanitaria según el modelo de Atención Integral de Salud, a fin de cubrir las necesidades de salud de las personas.

Gestión. Son los procesos gerenciales que brindan el soporte a todos los niveles de la aplicación del modelo.

Financiamiento. Proceso que otorga el recurso financiero y hace viable los primeros componentes. De esta gestión depende que se logren los resultados sanitarios esperados, toda vez que su distribución sea eficiente, equitativa y con amplio espíritu solidario, articulando mecanismos de transferencia oportunos y eficaces.

Provisión. Consolida todo lo anterior, a través de los programas sociales y proyectos de salud incorporando también la opinión de la propia persona, su familia y la comunidad en general.

El resumen de estos componentes se muestra en el Gráfico 3.3.

Gráfico 3.3: Componentes del Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y la Comunidad MAIS-BFC



Fuente: MAIS-BFC. MINSA. 2011

Dentro del componente de Provisión existen dos tipos de programas sociales que han impulsado el modelo MAIS-BFC:

Programas de Atención Integral de Salud por Etapas de la Vida (PAIS):

Son los programas que impulsa el MAIS a través de cuidados esenciales y adecuados a las etapas de vida de las personas. Su grupo objetivo está

diferenciado justamente por cada una de esas etapas de vida. Además, ha subdividido las etapas en rangos de edades cuyas necesidades sanitarias pueden tener ciertas características que las asemejen, considerando que éstas, por lo general, cambian a través del tiempo en razón de factores como la edad y el contexto sociocultural.

Tabla 3.5: Programas de Atención Integral de Salud por Etapas de la Vida (PAIS)

PROGRAMA	GRUPO DE ATENCIÓN - BENEFICIARIO
Programa de Atención Integral de Salud del Niño	Personas desde la concepción hasta los 9 años. Se divide en los siguientes subgrupos:
	* Niño por nacer: desde la concepción hasta antes del nacimiento
	* Recién nacido: desde el nacimiento hasta los 28 años
	* Niño menor de 1 año: desde los 29 días hasta los 11 meses y 29 días
	* Niños de 1-4 años: desde el año hasta los 4 años, 11 meses y 29 días
Prog. de Atención Integral del adolescente	Personas desde los 10 años hasta los 19 años. Se divide en los siguientes subgrupos:
	* Adolescentes de primera fase: entre los 10-14 años. Inicio de cambios puberales.
Programa de Atención Integral de Salud del Adulto	* Adolescentes de segunda fase: entre los 15-19 años. Desarrollo psicosocial típico adolescente
	Personas entre 20 a 64. Se divide en los siguientes subgrupos:
	* Adulto joven: entre los 20-24 años, más próximo al adolescente que a otros adultos
Programa de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor	* Adulto intermedio: 25-54 años, económicamente independientes y socialmente responsables.
	*Adulto pre-mayor: mayor de 55/64 años, se alcanza la madurez de la vida.
	Población de 65 años o más. Se divide en los siguientes subgrupos:
Programa de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor	* Adulto Mayor autovalente o independiente: capaces de realizar las actividades básicas de su vida diaria y las actividades funcionales requeridas para su autocuidado
	* Adulto Mayor frágil: los que tienen algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológica asociada con un aumento de la susceptibilidad a discapacitadores.
	* Adulto Mayor dependiente o postrado: tienen una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, con una restricción o ausencia física/funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria.

Fuente: Adaptado de Documento Técnico MAIS. 2009

Lineamientos técnicos para la generación de comunidades y entornos saludables:

El MAIS-BFC, ha propuesto ciertos lineamientos técnicos a fin de lograr Comunidades y Entornos Saludables, y disminuir los determinantes de los daños y afecciones a la salud de las personas. Su importancia es esencial pues permite mejorar la calidad de vida de las personas mediante la

promoción de estilos de vida saludables y del bienestar de las personas a fin de construir una sociedad digna. Estos lineamientos basan su enfoque en las tareas de Promoción de la Salud, otorgando a las personas las herramientas necesarias para que puedan mejorar su salud y mantener el control de la misma, tomando decisiones acertadas que les permita vivir una vida saludable.

3.4. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD Y LOS PROGRAMAS SOCIALES

En los párrafos precedentes se ha relatado un sinnúmero de políticas y modelos de atención en cuanto a salud pública, sin embargo, es necesario conocer cuál es la situación real en que se encuentra el sector, para conocer si las labores que se vienen realizando cumplen con los objetivos trazados.

Al tratarse de un programa social, la evaluación resulta fundamental, sobre todo en el plano de las políticas públicas, ya que el principal objetivo de los gobiernos es articular mecanismos para una retribución óptima de sus recursos con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y compensar las inequidades sociales.

Por ello, es necesario revisar la estadística sanitaria, especialmente la referida a niños menores de 5 años, así como los aspectos socioeconómicos y culturales que afectan su situación de salud.

3.4.1. La salud en cifras a nivel mundial

A nivel mundial, según información de la OMS¹¹, en 1990, la tasa de mortalidad de menores de cinco años fue de 90 por cada 1000 nacidos vivos. En este mismo documento se señaló que la mortalidad en menores de cinco años descendía, pero no a la velocidad necesaria para lograr alcanzar el ODM.

La autoridad sanitaria informa, además, que la desnutrición es responsable del 45% de dichas muertes. Así la UNICEF en el 2010 informa que

¹¹ OMS 2010. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Consulta 15 de Marzo 2016 http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2010/es/

aproximadamente 200 millones de niños menores de 5 años a nivel mundial tienen desnutrición crónica (Informe Anual UNICEF 2010:16)

En este mismo informe la UNICEF delimita los aspectos que influyen en la desnutrición infantil: ingesta insuficiente de alimentos; atención inadecuada; presencia de enfermedades infecciosas; falta de acceso a los alimentos; atención sanitaria inadecuada; uso de sistemas de agua y saneamiento insalubres; las prácticas deficientes de cuidado y alimentación al niño. Sin olvidar las causas básicas constituidas por los factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad y el escaso nivel de escolaridad (Informe Anual UNICEF 2010:16 - 17)¹².

En las conclusiones del informe sanitario 2010 de OMS, se lee:

“Los países más ricos tienen tasas de mortalidad en menores de cinco años mucho más bajas que los países más pobres; en 2008, la mediana de la tasa de mortalidad en menores de cinco años era de 109 defunciones por cada 1000 nacidos vivos en los países de ingresos bajos, frente a 5 defunciones por 1000 en los países de ingresos altos, una cifra más de 20 veces inferior.

Las tasas de mortalidad en menores de cinco años han caído desde 1990 en todos los grupos de ingresos nacionales; la disminución es más rápida en los países de ingresos altos y medianos que en los de ingresos bajos.

La mediana de la mortalidad en menores de cinco años descendió casi un 50% entre 1990 y 2008 en los países de ingresos medianos-bajos, pero sólo un 31% en los de ingresos bajos”. (OMS 2010: 47)

También se asocian estrechamente las altas índices de mortalidad en menores de 5 años con la ausencia de nivel educativo primario entre las mujeres, según la OMS. En consecuencia, aquellos países con más altas índices de educación primaria en las mujeres tienen bajos índices de mortalidad infantil en menores de 5 años.

Otras causas asociadas a los altos índices de mortalidad en niños menores de 5 años son la falta de agua apta para el consumo humano, las condiciones inadecuadas en el saneamiento y las malas prácticas de

¹² UNICEF 2010. Informe Anual. Consulta 15 de Marzo 2016
https://www.unicef.org/devpro/files/UNICEF_Annual_Report_2010_SP_061711.pdf

higiene. La UNICEF estima que 1,2 millones de niñas y niños menores de cinco años mueren por enfermedades diarreicas. En países con ingresos bajos y en la zona rural el 28% de la población usa servicios de saneamiento mejorados y el 56% hace uso de fuentes de agua potable adecuadas.

En cambio, en países con ingresos bajos y zona urbana el 50% de la población usa servicios de saneamiento mejorados y el 85% de las personas usa de fuentes de agua potable adecuadas.

El factor “pobreza” es la causa de fondo del problema de salud.

Se calcula que los índices de pobreza han disminuido a la mitad y aproximadamente 700 millones de personas menos vivían en el 2010 en situaciones de pobreza extrema.

3.4.2. La salud en el Perú

Se presenta la información de la salud del niño menor de cinco años en el Perú y Lambayeque, así como aspectos socioeconómicos y culturales que afectan la salud de esta población.

Según datos del INEI publicados en el informe técnico del 2012, los niños menores de cinco años de edad, representaban el 12% de la población, es decir 3 546 840 niños. La tasa de mortalidad infantil en este periodo fue de 17 por 1000 nacidos vivos, existe una gran disparidad entre las áreas urbanas y rurales: 14 muertes de niños menores de un año por 1000 nacidos vivos en zona urbana, y 22 por 1000 nacidos vivos en zona rural. La misma publicación refiere que la tasa de desnutrición crónica al 2012, a nivel nacional, fue de 18,1% en menores de cinco años de edad, situación que demuestra una tendencia a disminuir si observamos datos del año 2009 (23,8%).

La desnutrición crónica perjudicó a la mayor cantidad de niñas y niños de la zona rural (31,9%), es decir, 21,4 puntos porcentuales más que en la zona urbana (10,5%), según patrón de la OMS.

En cuanto a la anemia por deficiencia de hierro en niños menores de cinco años, según el informe del INEI 2012, sigue siendo el principal problema nutricional, afecta al 32,9% de niñas y niños menores de cinco años de edad, cantidad menor a la recogida en el año 2009 (37,2 %), pero con un preocupante incremento de dos puntos porcentuales en relación a 2011.

Según el espacio geográfico, la anemia fue la enfermedad más frecuente entre niñas y niños que viven en la zona rural, con un 40%. Si observamos a nivel departamental, Puno presentó el más alto índice, 61,5%, seguido por Loreto, 49,5%, Huancavelica, 43,9 %, y Pasco, 43,4%. En este grupo las niñas y niños de 6 a 18 meses de edad, son el grupo etáreo más vulnerable. La Tabla 3.6 presenta las condiciones sociodemográficas de la población peruana.

Tabla 3.6: Condiciones de vida y salud, población urbana y rural.

Condiciones de vida y salud, población urbana y rural, Perú, 2010			
Indicador	POBLACIÓN		
	Nacional	Urbana	Rural
Pobreza (%)	31.3	19.1	54.2
Pobreza extrema (%)	9.6	2.5	23.3
Servicio de alcantarillado por red pública	64.8	83.2	44.7
Servicio de agua por red pública (%)	76.8	89.2	40.4
Atención institucional del parto (%)	81.0	93.7	58.4
Mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)	17.0	14.0	22.0
Mortalidad de la niñez (por 1.000 nacidos vivos)	23.0	17.0	33.0
Bajo peso al nacer (%)	8.0 ¹	7.0	10.4
Desnutrición crónica (%)	23.2	14.1	38.8
Anemia en niños menores de 5 años (%)	37.7	33.0	45.7

Fuente: MINSA –OPS Referencias Salud en las Américas (4,6). 2010 2012

En su informe técnico del 2007 al 2012, el INEI, informa que en el año 2012 el 25.8% de la población total del país era pobre, lo que equivale, en cifras absolutas, a 7 millones 775 mil habitantes. Sin embargo, la diferencia entre las áreas urbanas y rurales es aún bastante grande. La pobreza total en el

área urbana es de 16.6%; en el área rural de 53%. Las tasas de pobreza extrema en zona urbana es de 1.4%; en la zona rural, 19.7%.

A nivel del sector salud la asignación presupuestal ha incrementado a 11.3%, representa 8,673 402 069 nuevos soles, mientras que el gasto corriente per cápita en el 2012 fue de 592,50 nuevos soles.

La Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo (NTS MINSA 2011:10)¹³ no ha determinado la proporción de niños y niñas en el Perú con retardo en el crecimiento y desarrollo psicomotor, social y emocional a consecuencia de la mala situación nutricional y la inadecuada atención que se sufre en el embarazo, el parto y en los primeros años de vida. Sin embargo, los datos hallados de desnutrición crónica y anemia pueden ser considerados predictivos de las deficiencias en el desarrollo que presentarán estos niños.

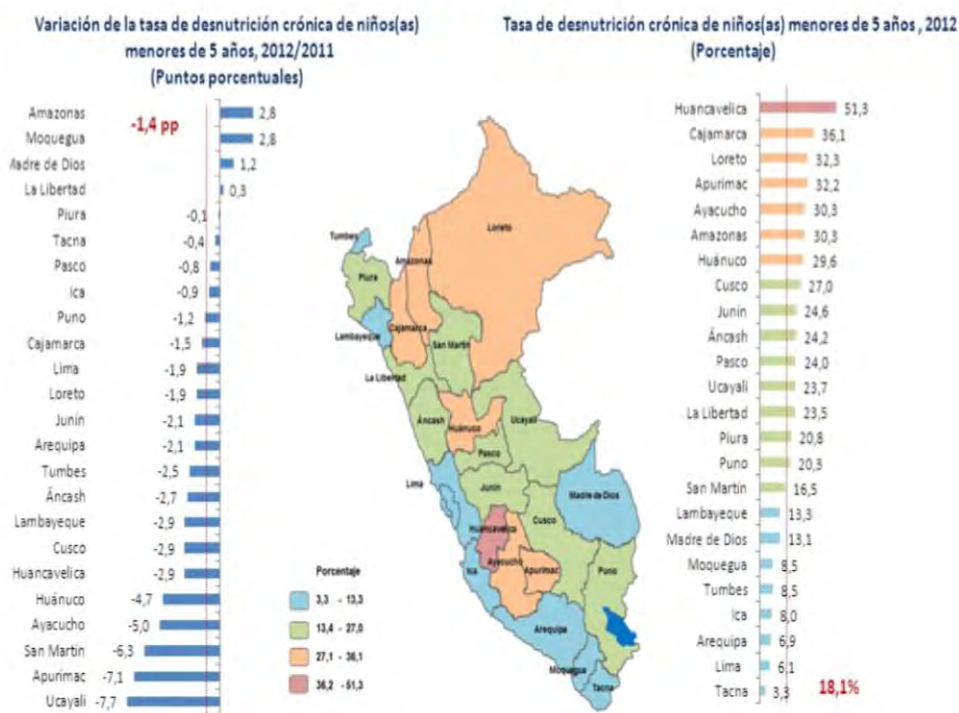
Las estadísticas nacionales también permiten tener un panorama de las condiciones reales de vida y salud de los peruanos para el espacio temporal en que se desarrolla la investigación.

Las estadísticas del departamento de Lambayeque (ENDES 2012:276) señalan que la tasa de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición crónica fue de 13.3% en el año 2012. En el Gráfico 3.4 se muestran las cifras detalladas por departamentos, referentes a los porcentajes de desnutrición crónica de los niños y niñas menores de 5 años. Allí se puede observar la situación de Lambayeque en relación con los demás departamentos.

Gráfico 3.4: Mapa de Focalización de la Desnutrición Crónica en Niñas y Niños Menores de Cinco Años

¹³ MINSA 2011 R.M N°990-2010/MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y Niño menor de cinco años. Lima, 20 de Diciembre de 2010. Consulta 28 de Marzo 2012.
ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/01InformacionInst/archivolegaldigital/Directiva2017/RM_N_537-2017-MINSA.pdf

Desnutrición crónica de niños(as) menores de 5 años Patrón de referencia OMS, 2011 - 2012



OMS: Organización Mundial de la Salud
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES.

Entre los años 2012/2011, sólo los departamentos de Amazonas, Moquegua, Madre de Dios y La Libertad registran aumento en la tasa de desnutrición crónica en menores de 5 años. En el 2012, Huancavelica presenta la más alta tasa en desnutrición crónica en este grupo de menores.

Fuente: Resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES, 2012.

La ENDES también refiere que la anemia por deficiencia de hierro afectó al 24.1% de niños menores de 5 años en esta región, presentándose altas tasas en este grupo (ENDES 2012: 265).

El grupo de menores de 36 meses con vacunas básicas completas según su edad, fue de 31%. y los que cumplieron con todos sus controles de crecimiento y desarrollo de acuerdo con su edad, no alcanzaron un número óptimo, y los que recibieron suplemento de hierro fue de 17% (GERESA Lambayeque 2012: s/p).

3.5. MARCO NORMATIVO

3.5.1. Base Legal (SC13) de la estrategia de atención integral del niño

Ley N° 26842 “Ley General de Salud”. Instituye que la salud es condición necesaria del desarrollo humano y un medio básico e imprescindible para conseguir no sólo el bienestar del individuo sino también colectivo.

Ley N° 27657 “Ley del Ministerio de Salud”. Esta ley establece que el ente rector del sector salud es el Ministerio de Salud quien regula y fomenta la intervención del Sistema Nacional de Salud para lograr el desarrollo óptimo de la persona.

Ley N° 27337 “Código del niño y el adolescente”. Esta norma hace énfasis en que todos los niños, niñas y adolescentes sin excepción son iguales ante la ley y tienen los mismos derechos; así mismo ésta ley en su art. 12 hace referencia al desarrollo infantil, donde pone de manifiesto la importancia de dar prioridad a los primeros tres años de vida, ya que es un periodo de mayor desarrollo cerebral.

D.S. N° 003-2002 PROMUDEH. Este decreto establece la aprobación del “Plan Nacional de acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010”. (PNAIA); aquí se formula y ejecuta los Planes Nacionales de Acción por la Infancia y la Adolescencia, con el objetivo de instaurar contextos adecuados para su desarrollo humano sostenible. El mencionado Plan es una norma y contiene herramientas valiosas para todos los organismos públicos o privados que implementan políticas regionales y locales referidas a la población menor de 18 años.

El PNAIA establece las estrategias de las diferentes instituciones, no solo del Estado sino también de la Sociedad Civil, con la finalidad de garantizar los derechos de las niñas, niños y adolescentes, como acción prioritaria en la agenda del Estado Peruano.

D.S. N° 009-2006-SA. Aprobó el reglamento de alimentación y nutrición infantil. El objetivo del reglamento es alcanzar una alimentación eficaz para los niños y niñas menores de veinticuatro meses, a través de la promoción y total resguardo a la lactancia materna; promociona también adecuada y

convenientemente la alimentación complementaria muy necesaria para reducir la desnutrición crónica en el país.

3.5.2. Norma Técnica de salud para el CRED.

El objetivo principal, según la RM N°990-2010/MINSA de la Norma Técnica de Salud es ayudar a optimizar el desarrollo integral de la población infantil menor de cinco años mediante una valoración oportuna, adecuada y periódica del crecimiento y desarrollo, fomentando así la identificación rápida de riesgos, alteraciones o trastornos del crecimiento y desarrollo, y poder dar atención inmediata, fomentando prácticas correctas de cuidado y crianza infantil familiar y comunitaria. La Norma Técnica tiene como objetivos (NTS MINSA 2011: 13)¹⁴:

- Establecer disposiciones técnicas para la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo de niños y niñas menores de cinco años.
- Identificar de manera oportuna situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo para atención efectiva.
- Incentivar la participación activa de la familia y cuidadores en las intervenciones y lograr así un desarrollo normal.
- Monitorear y evaluar el impacto de las intervenciones realizadas por el equipo de salud en el crecimiento y desarrollo de las niñas y niños.

La Norma Técnica incluye gran cantidad de disposiciones tanto generales como específicas, de las que se ha extraído y resumido aquellas que son de especial interés para los objetivos de la presente investigación.

Durante el control de CRED se realizan varios actos orientados a identificar rápidamente riesgos o circunstancias determinantes, con la finalidad de ejecutar acciones preventivas y fomentar prácticas apropiadas referidas al cuidado infantil. Así, el profesional médico hace uso de herramientas como la entrevista, el examen clínico, la observación, anamnesis, instrumentos

¹⁴ IDEM

para evaluar desarrollo y crecimiento físico. Esta información debe consignarse en la historia clínica del niño o niña.

El monitoreo del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, según la NTS para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y niño menor de cinco años (2010), se hace de forma integral, individual, periódica, oportuna y secuencial, a saber:

- Es individual, ya que todo niño es único, y no existe otro con similares características.
- Es integral, pues observa y evalúa todos los elementos del crecimiento y desarrollo infantil: nutrición, psicoafectividad y salud.
- Es oportuna, debido a que la evaluación del crecimiento y desarrollo debe hacerse en el tiempo indicado correspondiente para su edad.
- Es periódico, porque se realiza en base a un calendario determinado teniendo en cuenta la edad de la niña o niño.
- Es secuencial, pues cada evaluación debe tener relación con el control anterior, permitiendo analizar el avance del crecimiento y desarrollo.

La Norma Sanitaria también estipula el número de controles que debe tener cada niño desde su nacimiento hasta los 5 primeros años de vida. La Tabla 3.7 recoge la periodicidad del CRED (Norma Técnica CRED MINSA 2010: 18).

Tabla 3.7: Periodicidad de controles CRED de los niños menores de cinco años

Esquema de Periodicidad de Controles de la niña y niño menor de cinco años		
Edad	Concentración	Periodicidad
Recién nacido	2	7 y 15 días de vida.
De 01 a 11 meses	11	1m,2m,3m,4m,5m,6m,7m,8m y 9m, 10m y 11m
De 12 a 23 meses	6	12m,14m,16m, 18m, 20m, 22 meses
De 24 a 59 meses	12 (4 por año)	24m,27m,30m,33m,36m,39m,42m,45m,49m ,51m,54m y 57 meses.

Fuente: Norma técnica de CRED/MINSA 2011

La Norma Técnica CRED divide a los niños menores de cinco años en grupos de edades y controles para cada grupo, haciendo un total de 31 controles distribuidos de la siguiente manera:

- **Recién nacido o de 0 a 28 días:** recibirá 2 controles quincenales, respectivamente, a los 7 y 15 días de nacido.
- **De 01 a 11 meses o de 29 días a 11 meses:** los 11 controles se darán mensualmente, es decir al primero, segundo, tercero, cuarto, quinto, sexto, séptimo, octavo, noveno, décimo y decimoprimer meses de nacido.
- **De 12 a 23 meses o 1 año:** los 6 controles se brindarán cada dos meses, es decir, al mes: 12, 14, 16, 18, 20 y 22.
- **De 24 a 59 meses:** durante 3 años se recibirán 12 controles, realizados de manera trimestral, asegurando 4 controles por año, es decir, durante los meses 24, 27, 30, 33, 36, 39, 42, 45, 48, 51, 54 y 57.

Instrumentos a ser utilizados en el Control de Crecimiento y Desarrollo
(NTS MINSA 2011: 18)

- Registro diario de atención o Formato de Atención de acuerdo al sistema de aseguramiento que certifique el financiamiento (SIS u otro).
- Curvas de crecimiento P/E, T/E /PT y PC, instrumentos necesarios para evaluar el desarrollo. En el menor de 30 meses se utiliza el Test Abreviado Peruano (TAP), y en el niño de 3 a 4 años se usa el de Pauta breve.
- Una ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.
- Carné de Atención Integral del menor de 5 años.

Asimismo, la Norma Técnica ha implementado una serie de instrumentos adicionales, a fin de estandarizar las actividades murales y extramurales del CRED. Las autoras han elaborado la Tabla 3.8 que contiene, además de la descripción del instrumento, la indicación del anexo que lo contiene.

Tabla 3.8: Instrumentos de soporte a las actividades del CRED

N° ANEXO	INSTRUMENTO
Anexo N° 1	Formato de Historia Clínica de la niña y el niño (incluye): • Plan de atención. • Datos de filiación y antecedentes. • Evaluación del consumo de alimentos. • Formato de consulta.
Anexo N° 2	Carta de atención integral del menor de 5 años.
Anexo N° 3	Registro de seguimiento de la atención integral.
Anexo N° 4	Guía para la elaboración y monitoreo del plan de atención.
Anexo N° 5	Guía para el examen físico del niño, guía para la evaluación de los pares craneales, guía para la evaluación de los reflejos primarios en el recién nacido, Peso para Edad gestacional en recién nacidos, Test de Capurro.
Anexo N° 6	Pruebas para la detección de alteraciones visuales.
Anexo N° 7	Ficha de Tamizaje: violencia y maltrato infantil.
Anexo N° 8	Curvas de crecimiento, guía para la toma de medidas antropométricas, guía para la evaluación de la alimentación.
Anexo N° 9	Instrumento de evaluación del desarrollo de la niña o niño, guía para evaluación del desarrollo de aplicación del test de evaluación del desarrollo psicomotor del niño de 0 a 30 meses, guía para la evaluación del desarrollo de la niña y niños de 3 y 4 años y aplicación del test abreviado o pauta breve (PB), fluxograma de manejo de problemas del desarrollo.
Anexo N° 10	Pautas de estimulación del desarrollo en niñas y niños de 0 a 24 meses.
Anexo N° 11	Guía para brindar pautas de crianza y cuidado de niñas y niños menores de 5 años.
Anexo N° 12	Criterios de programación.
Anexo N° 13	Ambiente y equipamiento mínimo para realizar el control de crecimiento y desarrollo de la niña o niño menor de 5 años.
Anexo N° 14	Formato de informe mensual de actividades de atención integral de la niña y niño menor de 5 años.
Anexo N° 15	Guía para la atención colectiva en el proceso de control de crecimiento y desarrollo.

Fuente: Elaboración propia. Adaptado de la información contenida en la Norma Técnica del CRED.

Elaboración y monitoreo del plan de atención de salud individualizado

En el establecimiento de salud, el profesional responsable del control de CRED debe socializar con los padres o cuidadores la importancia del presente plan; el cual es individual para cada niña y niño. Aquí debe establecerse el número y frecuencia de los controles, la administración de micronutrientes, sesiones de estimulación temprana, consejería nutricional o de otra índole, aplicación de vacunas, identificación de algunas enfermedades prevalentes de la infancia; entre otras actividades realizadas, si fuera el caso.

Este plan permite orientar al profesional para la derivación oportuna de las familias de los niños y niñas en cualquier situación de riesgo hacia equipos de salud más especializados, programas de complementación nutricional o de registro de identidad. Asimismo, facilita la identificación y fortalecimiento de los factores protectores del desarrollo integral del niño y la niña.

La Norma Técnica (NTS MINSA 2011: 37- 45) incluye cuatro componentes: gestión, organización, provisión y financiamiento.

A) Componente de Gestión

Planeamiento, programación y asignación de recursos

El control de crecimiento y desarrollo a los niños y niñas debe estar incluido en el Plan Operativo Anual de la institución.

El Programa de control de CRED es una intervención presupuestal del Programa Articulado Nutricional, cuya finalidad es reducir la desnutrición crónica en niños y niñas menores de cinco años.

La población infantil estimada a atender por año, por cada subsector, en el MINSA, se establece teniendo en consideración su área territorial.

Supervisión, monitoreo y evaluación

El monitoreo del control de CRED, se debe realizar de forma continua con la finalidad de alinear y mejorar los procesos, sobre todo los más críticos. El monitoreo reconoce la calificación del desempeño y avance de las metas físicas, pero también de los diferentes procesos que garanticen la disponibilidad de los insumos y la adecuada ejecución presupuestal.

La supervisión involucra la asistencia técnica, definida como el proceso de enseñanza aprendizaje en que se interactúa con el recurso humano objeto de control, es decir el personal de salud. La supervisión por lo tanto permite mejorar el trabajo del personal de salud y por ende el mismo control de CRED.

La evaluación confronta los objetivos y metas establecidas con los resultados logrados. Al igual que el monitoreo, la evaluación se realiza siguiendo determinados indicadores.

Fortalecimiento de competencias del personal de salud

La Norma Técnica establece que para realizar el control de CRED el personal de enfermería requiere capacitarse y actualizarse permanentemente. El personal profesional y técnico debe recibir un tiempo mínimo de 40 horas lectivas anuales de capacitación.

Sistema de información

El proceso de recolección, procesamiento de datos y análisis de la información producto de las acciones del control de crecimiento y desarrollo se hacen teniendo en cuenta la normatividad vigente.

Investigación

La investigación operativa se refiere a buscar evidencia de la eficacia del control de crecimiento y desarrollo en la mejora de la salud, nutrición y calidad de vida de la niña y el niño; Y evaluar el impacto de las prácticas adecuadas de alimentación y nutrición en el niño menor de 3 años (lactancia materna y alimentación complementaria), el impacto de la estimulación temprana en el desarrollo el niño y el impacto de la consejería de la familia en la adquisición de habilidades adecuadas en los padres para el cuidado infantil.

B) Componente de Organización

Este componente se encarga básicamente de mantener previamente todo lo indispensable para realizar el control de Crecimiento y Desarrollo con calidad, teniendo lo mínimo indispensable establecido en la normativa.

Organización de la atención

El control de CRED se realiza en todos los establecimientos de salud, según su categoría, para lo cual debe existir un flujograma. Se deberá favorecer la

atención de más riesgo, reducirse los tiempos de espera de los padres, mejorar el uso de los recursos disponibles, entre otros.

Los instrumentos de registro de la atención se mencionan en Tabla 3.8

Otros aspectos vitales para organizar la atención están referidos a:

Ambiente y equipamiento adecuados, los cuales deberán estar acondicionados según la categoría del establecimiento de salud y contar con el material y equipo necesario de acuerdo a la norma vigente.

Equipo de personal de salud : de enfermería e interdisciplinario capacitado.

Referencia y contrarreferencia

Todo niño que tenga, o se le identifique, un trastorno físico o malformación congénita será referido, según la normativa vigente, de forma inmediata a un establecimiento de salud de mayor complejidad para su debida atención.. Se debe considerar que todo niño o niña debe tener al menos un control médico al año.

C) Componente de provisión

Este componente implica que el programa de control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años debe contar con una serie de recursos para que se realice las acciones establecidas. Los establecimientos de salud según su categoría deben realizar el control CRED pero si fuera necesario este control puede realizarse en un espacio de la comunidad, teniendo en cuenta las condiciones mínimas requeridas.

La Norma Técnica también establece que el tiempo mínimo requerido para cada control es de 45 minutos, tiempo que se ajustará a las necesidades y condiciones del niño o niña.

De acuerdo con el documento marco los pasos necesarios para realizar el control CRED, son los siguientes:

Captación

Este paso permite identificar al niño o niña en su primer contacto con el establecimiento de salud y lo más temprano después de su nacimiento para que pueda iniciar el control de CRED.

- *Cuando la atención del parto es institucional.* El centro de salud que atendió el nacimiento de la niña o niño debe comunicar al servicio o establecimiento de salud correspondiente para que se programe la primera visita domiciliaria a las 48 horas del egreso del niño y su primer control a los siete días de nacido.
- *Cuando la atención del parto no es institucional.* El personal hace la visita domiciliaria ni bien conoce el nacimiento; un agente comunitario, si fuera el caso, y el programa, en coordinación con los padres, realiza el primer control de la niña o niño a los 7 días de nacidos.
- Todos los niños y niñas que no han nacido en la zona correspondiente, o que no se les hizo seguimiento después de nacer, serán captados por los promotores de salud a través de visitas domiciliarias o a la comunidad.

De igual manera, con los promotores y autoridades de la comunidad, se debe elaborar y actualizar siempre una nómina de niños y niñas para captarlos. El proceso de captación también debe llevarse a cabo en espacios donde exista población objetivo cautiva, caso éste de otros programas: Cuna Más, instituciones educativas públicas o privadas, nidos, etc.

Para captar niños niñas menores de 5 años es de crucial importancia las visitas domiciliarias definidas como una de las estrategias básicas, pues:

La visita domiciliaria es la estrategia por excelencia que utiliza el personal de salud para efectivizar el seguimiento y fortalecimiento de las prácticas de crianza y cuidado de la niña y del niño. El acompañamiento a la familia para fortalecer las prácticas importantes (...). En general se realizarán visitas domiciliarias cuando no acudan a sus citas de manera puntual y cuando presenten deficiencias en su desarrollo crecimiento, suplementación con hierro y estén con riesgo social y de maltrato. (NTS MINSA 2010:43)

Otro elemento básico es la participación comunitaria, concibiendo la participación activa e involucramiento de las madres, de los padres y de las autoridades comunales en la vigilancia del control de CRED.

Admisión

Este proceso incluye desde la recepción del niño o niña cuando llega al establecimiento de salud, luego se procede a la determinación de su estado de afiliación, recolección de información importante y necesaria para el registro adecuado del niño.

Atención

La atención del niño se realiza de acuerdo a la normatividad vigente y sabiendo que el control CRED es parte necesario de la atención integral que recibe el niño o niña.

Seguimiento

Aquí se debe hacer uso de un sistema de citas teniendo en cuenta la edad del niño, sus características y en todo momento en total acuerdo con los padres del niño o niña.

Modalidades de atención

Atención individual: En este tipo de atención interactúa el provisor del servicio con los padres o responsables del cuidado de los niños y niñas, siguiendo el procedimiento estipulado en la norma técnica.

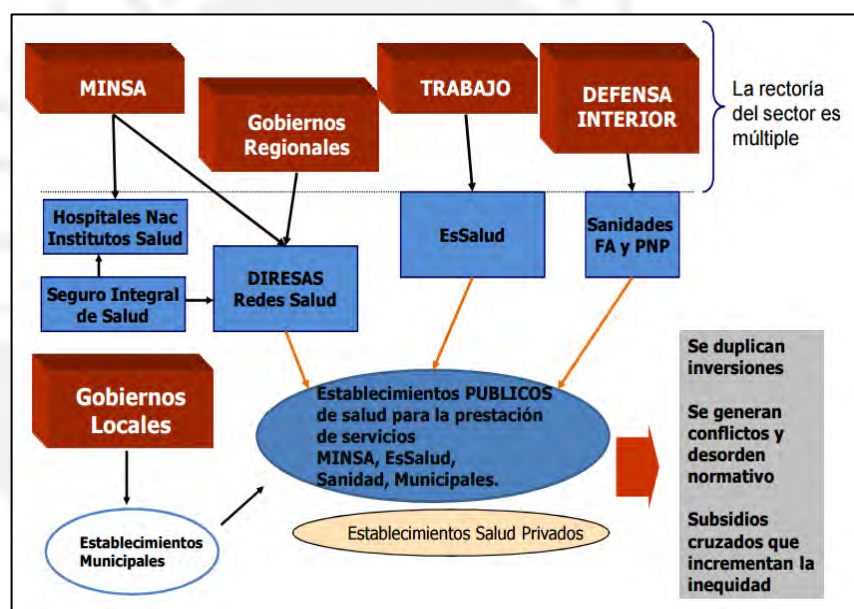
Atención colectiva: La atención colectiva es una modalidad recomendada para los centros de salud que tienen gran demanda de niños y niñas en poblaciones concentradas y semiconcentradas. El número máximo debe ser 10 niños o niñas de la misma edad, junto con sus padres. Esta modalidad fomenta el proceso de aprendizaje entre pares y ayuda a motivar a los padres a que realicen actividades con sus hijos, luego de haber hecho el análisis respectivo del avance del niño o niña.

D) Componente de financiamiento

El Programa de control de crecimiento y desarrollo del niño o niña menor de 5 años realizado en los establecimientos públicos tendrán presupuesto de las fuentes de financiamiento determinadas en las normas legales vigentes para las diferentes instituciones públicas que ofrecen servicios de salud. El modelo de aseguramiento público deberá incluir, entre sus prestaciones, las actividades establecidas en la presente norma técnica de salud.

En el Gráfico 3.5 se muestra la interconexión entre los organismos del Estado para trabajar en torno a las políticas de salud pública.

Gráfico 3.5: Interrelación de los organismos e instituciones del Estado



Fuente: MINSA.2003

3.6. MARCO CONCEPTUAL (CONCEPTOS BÁSICOS UTILIZADOS EN LA TESIS)

3.6.1. Salud y atención

- **La salud de las personas.** Por salud se entiende un estado de bienestar, es decir, no solamente la disponibilidad de los servicios sanitarios sino también un estado de salud que permita a una

persona llevar una vida social y económicamente productiva. (Declaración Alma Ata 1983)

- **Atención de salud.** Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud (MAIS-BFC MINSA, 2011:27).
- **Atención primaria de salud.** La APS, según la Declaración de "ALMA ATA", implica un tratamiento multicausal de los problemas de salud y una organización de los servicios de salud que permitan servicios globales, continuos, integrales, distribuidos equitativamente buscando su eficacia y eficiencia. La atención primaria de salud enfatiza la participación comunitaria y la prevención de las enfermedades.
- **Atención integral en salud.** Es la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. (MAIS MINSA, 2003:3). Bajo un Enfoque biopsicosocial de la salud se concibe al ser humano como una integralidad donde su cuerpo, el entorno social y su ámbito emocional guardan estrecha relación y se influyen mutuamente. Esta definición tiene que tomarse en cuenta para implementar acciones que tengan como objetivo el bienestar de las personas, más aún si se trata de la infancia y de personas vulnerables que viven en condiciones económicas y sociales adversas.

3.6.2. Crecimiento y desarrollo del niño

El Crecimiento del niño y niña, según el Ministerio de Salud del Perú, en su Norma Técnica para el Programa CRED 2010, establece que:

“El crecimiento de los niños es el proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo, que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia). Es un proceso que está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos. (y se añade además)Para realizar el control del crecimiento y desarrollo del niño o niña, Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico, etc.” (NTS MINSA 2010:14)

El Desarrollo del niño y niña. El MINSA también lo define en la misma Norma Técnica señalando que:

“(…) es un proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales”. (NTS MINSA 2011:15)

En dicha norma del MINSA también se define el:

“Control de crecimiento y desarrollo, como el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera(o) o médico, con el objetivo de vigilar de manera permanente, adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menores de 5 años de edad. (NTS MINSA 2011:15)

Niño controlado. Niños con Control de Crecimiento y Desarrollo Completo según su edad. Constituye el principal indicador para la medición del Programa CRED, pues su objetivo es garantizar que todos los niños y niñas menores de cinco años reciban las atenciones y controles en cada etapa de su vida.”(NTS MINSA 2011: 39)

3.6.3. Factores críticos de éxito de los Programas de salud.

Según lo descrito por el MINSA, estos son los componentes básicos:

- **Gestión.** Está referido a las actividades de mejora de la productividad del Programa: planeamiento, programación y asignación de recursos necesarios. Conlleva la supervisión, monitoreo y evaluación del Programa, con la finalidad de orientar y reorientar procesos; el desarrollo permanente del recurso humano; la aplicación adecuada de los sistemas de información, las acciones de investigación que permitan medir los impactos de todas las actividades frente a los objetivos del programa.
- **Organización.** Este componente estructura e integra el programa con los materiales, herramientas y recursos útiles para su funcionamiento. Esto implica la organización de las atenciones, la estandarización de los instrumentos de registro y seguimiento, el acondicionamiento y equipamiento del ambiente de atención de acuerdo a normas técnicas, la asignación del equipo de salud capacitado para las actividades, el establecimiento del flujo del proceso de referencia y contrarreferencia.

- **Provisión.** Detalle de los procesos, funciones, atribuciones y ámbitos para realizar las actividades del Programa en cuanto a la captación, admisión, atención y seguimientos necesarios.
- **Financiamiento.** Detalla las fuentes de inversión que garantizarán la asignación de recursos financieros para la implementación y mantenimiento del Programa.

3.6.4. Factores que influyen en el desempeño del personal.

La preocupación sobre el óptimo desempeño del personal que atiende en los establecimientos públicos de salud es un tema de interés mundial, ya que una de las causas del ausentismo de la población usuaria se debe - entre otras causas al trato y empatía del personal de salud. El Correcto *desempeño del personal*. Es el concepto que se entiende como la atención que ofrece el personal del establecimiento de salud según el protocolo y las normas técnicas establecidas, que señalan, además, la necesidad de una atención de calidad. En otras palabras, es el “personal que trabaja de forma sensible a las necesidades, justa y eficiente (sic) para lograr los mejores resultados sanitarios posibles, dados los recursos y las circunstancias”. (OMS 2006:67)

- **Características de la población atendida.** Cuando la población conoce los beneficios de la atención, facilita el desempeño del personal. El grado de motivación y recursos necesarios de la población ayuda para la mejora de dicho desempeño.
- **Características propias del personal.** La motivación, conocimientos, experiencia y características socioculturales del personal impactan en la manera de enfrentar el trabajo y se interrelacionan con los pacientes atendidos.
- **Características del sector.** Para el desempeño del personal sanitario son fundamentales el entorno en que se trabaja, los recursos disponibles para ejecutar bien el trabajo, la estructuración del sistema de salud, la remuneración que se percibe, la supervisión, la promoción de los trabajadores y la seguridad ocupacional que se le brinda.

3.6.5. Calidad del servicio en establecimientos de salud.

El Sistema de Gestión de la calidad del MINSA, define calidad como:

“un principio básico de la atención de salud (...) el conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los usuarios en la búsqueda constante de su satisfacción” (Estándares de Calidad para el primer Nivel de atención MINSA 2002: 4,8)

La autoridad sanitaria pública los estándares de calidad para el *primer nivel de atención en salud* a través de un documento técnico que describe, entre otras cosas, los 11 atributos de la calidad y cuáles son los indicadores que permitirán evaluar los niveles de progreso. (Estándares de Calidad para el primer Nivel de atención MINSA 2002: 8)

Atributos de la calidad

- **Oportunidad.** Cuando se responde a una necesidad de salud en el menor tiempo posible y que implique menor riesgo para la persona o población.
- **Eficacia.** Uso correcto de las normas, protocolos y procedimientos en la gestión y prestación del servicio.
- **Integralidad.** Cuando todas las acciones están dirigidas a la persona, su familia, la comunidad y el ambiente y que contenga momentos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- **Accesibilidad.** Son las condiciones necesarias que permitan a las personas obtener servicios de salud, reduciendo las barreras geográficas, socioeconómicas, organizativas y culturales.
- **Seguridad.** Se crea cuando en el establecimiento de salud garantiza a los usuarios condiciones adecuadas de acceso a servicios básicos.
- **Respeto al usuario.** Es decir considerar a la persona como sujeto de derecho, respetando su cultura y características personales.
- **Información completa.** Recolección de datos verdaderos, pertinentes y entendibles.
- **Trabajo en equipo.** Conjunto de personas que trabajan con una misma visión, que asumen responsabilidades, compromisos y desarrollan potencialidades para el logro de resultados.
- **Participación social.** Es un mecanismo que permite que la población organizada intervenga y tome decisiones sobre intervenciones en salud.

- **Satisfacción del usuario externo.** Percepción de satisfacción que tiene la persona o población sobre los servicios de salud recibidos.
- **Satisfacción del usuario interno.** Percepción de satisfacción que tiene el personal de salud de trabajar en la organización y lo que espera de ella.

Estándares de Calidad para el Primer Nivel de Atención. Para efectos de la calidad se ha seleccionado 16 estándares alineados con el concepto de Mejora Continua; son de tres tipos: de *estructura*; de *proceso*; de *resultado*. En la Tabla 3.9 se aprecia la clasificación de estos estándares de calidad.

3.6.6. Establecimientos de salud

Según la Norma Técnica N° 21 “Categoría de los Establecimientos del Sector Salud” del MINSA, refiere que los establecimientos de salud son “aquellos que realizan en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad”.

Nivel de atención. Es el conjunto de establecimientos de salud con ciertos niveles de complejidad, capaces de atender las necesidades de salud de la población con eficiencia y eficacia.

Tabla 3.9: Resumen de Estándares de calidad según clasificación

Clasificación		
Estructura	Proceso	Resultado
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecimiento de Salud dispone de medicamentos, insumos y equipos para el manejo de las primeras causas de emergencia y daños prevalentes. ✓ El establecimiento de salud dispone de medios de transporte y comunicación operativos y equipados para realizar las referencias. ✓ El establecimiento de salud cuenta con un sistema de agua segura, disposición apropiada de excretas y eliminación de residuos sólidos teniendo en cuenta criterios de bioseguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El personal de salud aplica guías de atención para el manejo de daños correspondientes a las prioridades sanitarias locales. ✓ El establecimiento de salud realiza referencia y contrareferencia, según normas y protocolos. ✓ El establecimiento de salud se articula y organiza funcionalmente con la microred y red para brindar atención integral a la persona, familia y comunidad. ✓ El establecimiento de salud identifica y aborda barreras de acceso de los usuarios al servicio de salud. ✓ El establecimiento de salud cuenta con mecanismos operativos de escucha al usuario. ✓ Los equipos del establecimiento de salud implementan proyectos de mejora de la calidad. ✓ El equipo del establecimiento de salud participa en el análisis de la morbimortalidad materna y perinatal e implementa estrategias acordadas por el comité. ✓ El establecimiento de salud determina prioridades, formula y evalúa su plan local de salud con participación de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ EL establecimiento de salud garantiza la atención institucional del parto. ✓ Los usuarios están satisfechos por el trato recibido del personal de salud en los servicios. ✓ Los usuarios del servicio reciben información clara acerca de los procedimientos, diagnóstico y tratamiento, referidos a su caso. ✓ Los usuarios están satisfechos con los servicios de salud brindados por un equipo de establecimiento de salud. ✓ El personal de salud está satisfecho por su trabajo en la institución.

Fuente: Estándares de Calidad del primer Nivel de Atención. NTS N°21 MINSA pp 44

3.7. INVESTIGACIONES SIMILARES DE LOS PROGRAMAS DE SALUD INFANTIL

Jáuregui, J. (2010)¹⁵ realizó un estudio de caso a fin de comprender cuál era el significado que daban las madres al componente CRED en el Puesto de Salud, al que llevaban a sus niños entre las edades de 1 a 4 años. esta investigación de tipo cualitativo incluyó una serie de observaciones y entrevistas grabadas aplicadas a una muestra de 40 madres participantes de dicho Programa de salud, con lo que se obtuvieron datos reales de la percepción y significancia que el grupo beneficiario tiene acerca del Programa. Los hallazgos demostraron que el componente CRED venía siendo significativo para las madres solamente en el tema de la vacunación de sus menores hijos, sin reconocer otras funciones, alcances y coberturas del Programa, como los soportes psicológico y alimenticio, la detección temprana de alteraciones en la salud del niño, entre otros.

Mellado, C (2007) en “Satisfacción de la madre de la atención brindada por la Enfermera en el Componente de CRED del CMI Daniel Alcides Carrión”, tesis presentada para optar el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú, considera que el objetivo general de la investigación es “determinar el nivel de satisfacción de la madre [acerca] de la atención brindada por la enfermera en el componente CRED del CMI-DAC” (Mellado 2007: 10), referente a las características de la calidad en la dimensión humana, oportuna, continua y segura. El mencionado estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La técnica fue la entrevista, y el instrumento el cuestionario. Esta investigación concluyó que la mayoría de las madres tienen un nivel de satisfacción medio, con tendencia a baja, respecto a la atención que brinda la enfermera en el componente de CRED, debido a que la enfermera no saluda, no realiza la evaluación física, no deja indicaciones escritas y hay poca decoración del consultorio.

Munares, O (2005) en su “Estudio sobre calidad del control prenatal en establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima”, tesis presentada para optar el grado académico de Magister en Salud Pública en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú, establece como objetivo general de estudio

¹⁵ El Componente crecimiento y desarrollo: Significado para las madres de niños de 1 a 4 años del AAHH. Nueva Unión, Comas-2009. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 2010.

“evaluar la calidad del control prenatal realizado en centros de salud pertenecientes a la Dirección de Salud V Lima Ciudad”. Las dimensiones de la calidad abordados son: competencia profesional, accesibilidad, eficacia, satisfacción, eficiencia, continuidad, seguridad y comodidad. El estudio es de tipo transversal, analítico, cuali-cuantitativo. La población estuvo integrada por a) usuarias que fueron atendidas para su control prenatal en establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima, pertenecientes al Ministerio de Salud, y b) profesionales de salud que brindaron atenciones en establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima, pertenecientes al Ministerio de Salud. Las técnicas fueron el análisis de base de los datos y la entrevista en profundidad.

Las conclusiones más importantes del estudio de Munares referidos a la calidad de atención, son: “a) en los controles prenatales de centros de salud del primer nivel de atención de Lima, las dimensiones adecuadas fueron la accesibilidad, seguridad y competencia profesional; las dimensiones inadecuadas fueron la capacidad del profesional, la eficacia, satisfacción del cliente, eficiencia, continuidad y comodidades; b) los patrones de eficacia, eficiencia y seguridad son privativos a los esquemas cuantitativos, y las dimensiones clima organizacional y cultura organizacional son hallazgos de los esquemas cualitativos”. (Munares 2005:17)

Sánchez, A. (2005), en “Satisfacción de los servicios de salud y su relación con la calidad de los hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo”, tesis presentada para optar el título de Médico Cirujano en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México, establece como objetivo general de la investigación “identificar los factores percibidos por el usuario que influyen en la satisfacción de los servicios de salud recibidos y su relación con la calidad de la atención en hospitales públicos” (Sánchez 2005:30). Las dimensiones de la calidad abordadas son: dimensión técnica, dimensión interpersonal, comodidades. La investigación es analítica y comparativa. La población la conformaron usuarios demandantes de la consulta externa de los hospitales del sector público seleccionados en el periodo agosto-diciembre de 2002. Las conclusiones más importantes a las que llegó el mencionado estudio, estaban referidas “tanto a la relación médico-paciente, como al trato que recibe el usuario por parte del personal con el que tiene contacto, y los tiempos de espera, son los que se relacionan en mayor proporción con la

satisfacción del usuario y afectan directamente en la percepción de la calidad de la atención” (Sánchez 2005:30).

El estudio de Ramírez, J., y Nájera P. “Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios” tuvo como objetivo “describir la percepción de la calidad de la atención recibida en servicios ambulatorios de salud en México y analizar su relación con la predisposición de la población usuaria”. El estudio se basó en el análisis de la información contenida en la Encuesta Nacional de Salud II, de 1994, que levantó información sobre 3324 usuarios que acudieron a los servicios de salud en las dos últimas semanas. Su conclusión más importante muestra que “de acuerdo con la percepción de la población usuaria respecto a la calidad de la atención, fue buena en 81.2% de los casos. Al concentrar los juicios de los usuarios, asociados a los aspectos positivos y negativos de la atención, y al caracterizar los conceptos asociados a la calidad de la atención como ‘dominio conceptual’, cobra importancia (...) el proceso de atención (44.8%)”. (Ramírez 1997: s/p)¹⁶. En el estudio se reitera las respuestas sobre trato personal, acciones de revisión y diagnóstico, y explicación e información recibida en la consulta.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) tiene un área dedicada a la infancia. El 2014 publicó “Gradientes de riqueza en el desarrollo cognitivo durante la primera infancia en cinco países de América Latina”. Allí dice que “los estudios llevados a cabo demuestran que las brechas en las habilidades tempranas cognitivas y no cognitivas se producen muy pronto en la vida. Este documento presenta nueva evidencia sobre las diferencias agudas en el desarrollo cognitivo según el estatus socioeconómico en la primera infancia”. (Schady 2014: 5).

Otro trabajo, también publicado por el BID, es “Desarrollo infantil temprano en México”. Robert Myers y otros ante una realidad semejante a la nuestra resume que “todavía persiste la noción dominante de que el desarrollo infantil es el resultado espontáneo de la buena salud, alimentación y cuidado en vez de un proceso integral que incluye e impulso al desarrollo motor, cognitivo, de lenguaje, social y emocional de los niños y niñas”. (Myers 2013: 161).

¹⁶ Ramírez, J., y Nájera P. 1997. Scielo Salud Pública. México. Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Recuperado de <https://scielosp.org/article/spm/1998.v40n1/03-12/>

CAPÍTULO IV

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo descriptiva y cualitativa, identifica y comprende cómo se viene implementando el Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud de Tumán para su posterior contrastación con lo establecido en la Norma Técnica. Además, permitió estimar la percepción de las madres participantes, y el desempeño del personal de salud, acerca del Programa de Control del Crecimiento y Desarrollo (CRED).

En el proceso se explora la documentación del programa (cuadernos de registro, informes de cumplimiento de metas, historias clínicas, tarjetas de control de crecimiento y desarrollo), y se interactúa con los involucrados. Se dialogó con las enfermeras que atienden en el servicio para conocer cómo valoran su experiencia y desempeño en el programa. También se indagó la percepción de las madres participantes para conocer el impacto del CRED en la salud de sus niños.

La información obtenida se procesó y analizó con la finalidad de elaborar propuestas de mejora en el manejo y aplicación del programa según la norma técnica de salud.

4.2. CATEGORÍAS ANALÍTICAS

Bonilla y Rodríguez¹⁷ clasifican las categorías en tres clases: (a) *deductivas*, tentativas, fundamentadas en las preguntas y los objetivos de la investigación; (b) *inductivas*, van surgiendo del examen de los datos; (c) *Abductivas*, surgen de eventos anómalos o desconocidos y requieren estrategias también desconocidas.

¹⁷ Bonilla, E y Rodríguez, P. (2005), *Más allá del dilema de los métodos*. Bogotá - Colombia. Grupo Editorial Norma.

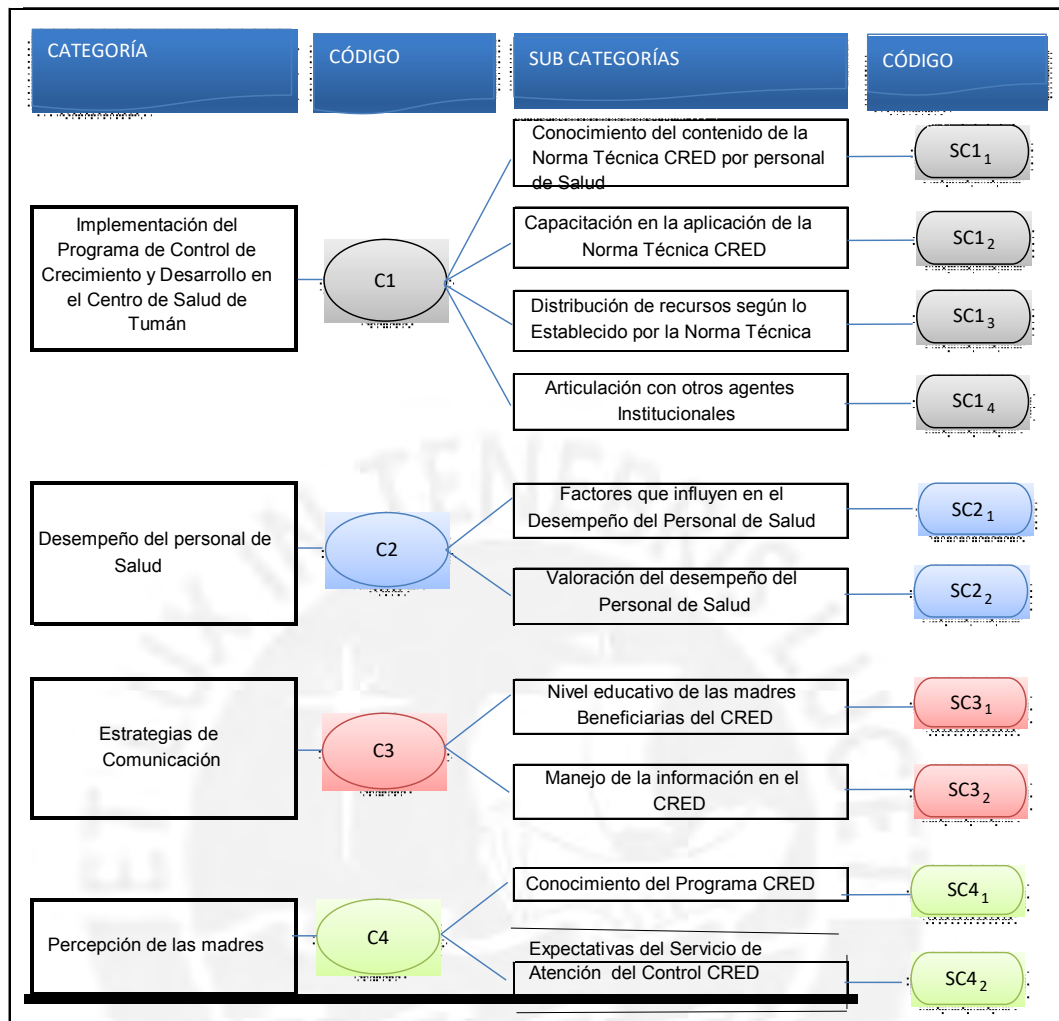
Se adopta categorías deductivas obtenidas de la fase de preestudio, en que se profundizó en los diálogos con el personal de salud ejecutor del programa y con el grupo beneficiario.

Las categorías-base se transformaron o descartaron en el proceso investigativo, dependiendo de la información recabada de la muestra afectada. Las categorías y subcategorías identificadas se codificaron para facilitar el procesamiento de datos obtenidos (Ver gráfico 4.1). Según Miles y Huberman en *Qualitative Data Analysis* (1994), refiere que “la codificación puede realizarse en cualquier etapa del estudio “con la posibilidad de diferenciar códigos descriptivos (atribuyen a una unidad a una clase de fenómenos), que son utilizados en un primer momento, y códigos con un mayor contenido inferencial (interpretativos y explicativos) utilizados posteriormente”.

A consideración de las autoras, se presenta el Gráfico 4.1 que detalla 4 categorías de análisis codificadas con la letra “C” y con numeración correlativa (C1, C2, C3, C4) en atención a los temas que forman parte de los instrumentos de recolección de datos.

Asimismo, estas categorías contienen las 10 subcategorías propuestas, codificadas por las letras “SC” y con numeración correlativa del 1 al 10. Se realizó la subcategorización para centrarse en puntos claves que permitan trazar recomendaciones de mejoras más específicas.

Gráfico 4.1: Categorización y codificación de la información sujeta al análisis



Fuente: Elaboración Propia

ESTRATEGIAS DE SELECCIÓN DE INFORMANTES Y MUESTRA

La naturaleza del estudio amerita una adecuada selección de las fuentes de información como garantía para obtener datos relevantes y precisos. Se considera como fuentes primarias a las enfermeras del Centro de Salud Tumán que realizan los controles CRED, y a las madres de niños menores de cinco años que residen en el distrito de Tumán. Se considera como fuente secundaria la Norma Técnica de Control y Crecimiento de la niña y el niño menor de cinco años.

Con la seguridad de haber seleccionado el mejor grupo de informantes, se procedió a determinar la muestra que agrupa un número reducido de la población beneficiaria y que la conforman 4 enfermeras del servicio, 01 médico y 23 madres participantes. Al ser una muestra pequeña, se tuvo mayor posibilidad de realizar un análisis más profundo y minucioso de la información, lo que permitió explorar otros contextos dentro de las respuestas, por ejemplo, reconocer temores, motivaciones y otros mensajes.

La selección de la muestra cumple con dos características de confiabilidad: *propiedad*, basada en el tipo de muestreo no probabilístico según la conveniencia e interés de las autoras; e *idoneidad*, sustentada en las respuestas pertinentes, más o menos similares, derivada de la saturación de datos que generó la conversación con múltiples informantes.

4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para Albert, M. en *Investigación Educativa* (2007), la recolección de datos en las investigaciones de tipo cualitativo debe darse íntegramente en los ambientes cotidianos de cada uno de los informantes. Según ello, se utilizaron tres instrumentos que permitieron cruzar información desde el punto de vista de quien implementa y de quien recibe el programa, para complementarla con la opinión de las autoras acerca de lo que se hace, información registrada en la guía de observación, en el escenario en que día a día se desarrollan los acontecimientos relacionados con el caso de estudio.

La entrevista no estructurada

Para Fontana y Frey (2005)¹⁸ la entrevista cualitativa facilita la recopilación de información bien detallada, pues el informante comparte de manera oral con el investigador todo lo relacionado con su experiencia.

Las autoras realizaron una conversación directa, amable y cordial, basada en preguntas y respuestas sobre la atención en el Programa de Control de CRED. La

¹⁸ Fontana y Frey (2005). *The Interview, from neutral stance to political involvement. Qualitative Research. London. UK.*

entrevista estuvo dirigida al personal de salud y a las madres de niños y niñas menores de cinco años que asisten al programa CRED.

El grupo focal

Flick, U. (2007) cita a Patton, quien señala que la entrevista del grupo de discusión es, en efecto, una entrevista grupal, no un debate, tampoco una sesión para la resolución de problemas, ni el sitio donde se tomarán decisiones.

Las autoras implementaron un grupo focal con 6 madres de niños menores de 5 años en el distrito de Tumbán, a fin de obtener información específica y de interés para la investigación. Previo a ello se presentó la actividad y se explicó los objetivos y la dinámica a seguir. Al final se socializaron las conclusiones y reflexiones finales.

La observación

Marshall y Rossman definen la observación como "la descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social elegido para ser estudiado" (Marshall 1989:79). Asimismo, Martínez (1993: s/p) recomienda tomar registro de todo lo observado, con el apoyo de libretas de apuntes.

Las autoras registramos todo tipo de información, por más irrelevante que pareciera. Las tres técnicas seleccionadas se ordenaron según el material del curso Métodos y Técnicas en Investigación en Gerencia Social. Tercera edición 2010.

Tabla 4. 1: Técnicas e instrumentos de recolección de información

TÉCNICA		INSTRUMENTO
INSTRUMENTO	TIPO	
Entrevista	No estructurada	Guía de entrevista
Grupo Focal		Guía de Grupo Focal
Observación	Participante	Guía de observación

Fuente: Elaboración propia.

Antes de la intervención, las investigadoras explicaron a sus informantes los objetivos de la investigación y lo que se esperaba de ellas (su tiempo, su confianza y sinceridad en sus opiniones).

Para garantizar la transparencia del primer contacto con el grupo de análisis, las autoras se identificaron como maestranteras de la Escuela de Posgrado en Gerencia Social de la PUCP. Con las instrucciones dadas, las autoras hacen uso de los instrumentos de recolección de datos, siguiendo una pauta detallada (Tabla 4.2) garantizando el orden y secuencialidad en la recopilación de datos.

Tabla 4. 2: Consideraciones para la aplicación de los instrumentos de recopilación de información.

INSTRUMENTO	UNIDAD DE ANÁLISIS	N° DE APLICACIONES	LUGAR DE APLICACIÓN	TIEMPO (Aprox.)
Entrevista no estructurada	Personal de Salud	5	C. S. Tumán	45 minutos
	Madres participantes	23	Domicilio de las participantes	1 hora
Guía de Observación	Personal de Salud y participantes	23	Consultorios del C. S. Tumán	7 días
Grupo Focal	Madres participantes	6	Local asignado por la municipalidad de Tumán	2 horas
Notas de Campo	Personal de salud	3	Establecimiento de salud	30 minutos

Fuente: Elaboración propia.

Durante la aplicación de la entrevista, el equipo investigador realiza algunas anotaciones y con el consentimiento de los informantes utiliza una grabadora. Conforme se visitó al personal de salud, se generó un ambiente de apertura y confianza por parte de las enfermeras y del médico jefe del establecimiento, quienes fueron explayándose en sus apreciaciones, dejando entrever sus motivaciones profesionales y personales, así como su opinión particular sobre el manejo del programa. Este tipo de información adicional se registró en una libreta de apuntes, con conocimiento de los informantes, para su posterior revisión y análisis.

4.3.1. Dificultades encontradas en el desarrollo del trabajo de campo

Las informantes que representaron a la institución, mostraron resistencia al escrutinio de la información que poseían, sintiendo temor a ser sometidos a una

evaluación de su desempeño, y pese a que demostraron comprensión sobre la naturaleza del estudio, mantuvieron inconscientemente la idea de una posible reacción de sus superiores traducida en una sanción, reproche o amonestación.

4.4. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

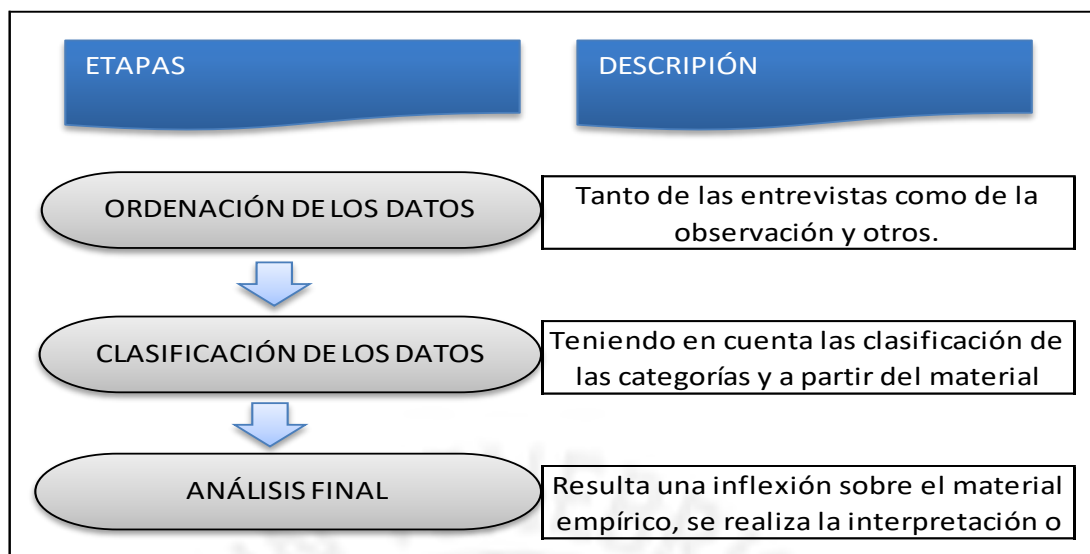
Pese a que el grupo de la muestra podría encajar en el término “reducido”, la información recogida resulta de amplio volumen debido al tipo de instrumento utilizado, con un enfoque de preguntas abiertas que permitió superar las elementales conceptualizaciones.

Una vez recolectada la información, la primera tarea fue darle sentido, según lo menciona Álvarez-Gayou¹⁹, hay que ser metódico, seguir siempre una secuencia y un orden, debemos organizar nuestra información y codificarla. Debemos considerar lo que Patton²⁰ manifiesta al respecto que el reto es simplificar la información recolectada, encontrándole sentido a todo el complejo conjunto de datos de notas de campo y las transcripciones textuales de nuestros entrevistados. En base a lo detallado se diagramó las etapas del proceso atendiendo el tema de investigación, tal como se expone en el Gráfico 4.2.

¹⁹ Álvarez-Gayou, J (2003) *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México D – México. Editorial Paidós Mexicana S.A. Páginas 187 -188.

²⁰ Patton. M. (2002) Libros Google: *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Consulta el 15 de Marzo 2015
https://books.google.com.pe/books?id=FjBw2oi8EI4C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Gráfico 4.2: Etapas del Procesamiento de la Información



Fuente: Elaboración propia. Adaptado del proceso descrito por De S. Minayo M.C (2003)²¹

Siguiendo el esquema planteado, a fin de ordenar los datos, se llevó a cabo la transcripción de la información obtenida a partir de la grabación, con el cuidado de no alterar ni modificar su contenido. Esta fuente de información permanece almacenada como referente para futuras investigaciones que complementen el presente estudio de caso.

En el ordenamiento de los datos se incluye también los datos contextuales y las notas de campo, registrados mediante la observación directa de las autoras.

4.5. VALIDEZ DE LA INFORMACIÓN

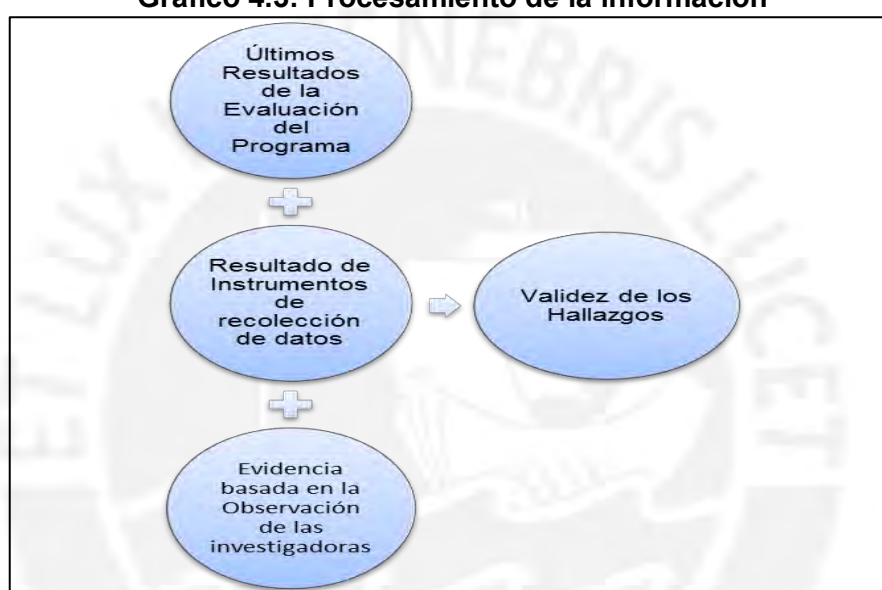
Los datos cualitativos son producto de las opiniones, experiencias y percepciones de los encuestados, representan consideraciones subjetivas. Los investigadores son conscientes de que pueden introducirse sesgos en el proceso de producción de datos, de recogida y análisis.

²¹ Minayo, M C (2003) Biblioteca Digital de Les Illes Balears. Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y ética. Consulta 15 de Marzo 2015 <http://ibdigital.uib.es/greenstone/cgi-bin/library.cgi>

Para dar validez a los resultados de esta investigación, se contrastó tres tipos de datos, representados en el Gráfico 4.3.

- Primero, aquella información que se obtenga de la recolección de datos producto de la aplicación de sus instrumentos.
- Segundo, la evidencia que las investigadoras recogieron de la observación directa tanto con el uso de la guía como de las anotaciones de campo.
- Tercero, los datos contenidos en el último informe de resultados del CRED, al que se tuvo acceso.

Gráfico 4.3: Procesamiento de la información



Fuente: Elaboración propia.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

Para ejecutar la investigación, las autoras contaron con el permiso del jefe del Centro de Salud de Tumán. Asimismo se hizo extensiva la invitación a las madres usuarias del Programa de Control CRED para que opinen, previa explicación de los fines del estudio.

En todo momento el personal de salud tuvo conocimiento de que su participación no afectaría la atención dentro del programa y que podían retirarse del estudio en el momento que así los decidieren.

CAPÍTULO V

MARCO CONTEXTUAL

La presente investigación analiza los resultados según las condiciones socioeconómicas y culturales del lugar donde se realizó el estudio, es decir, el distrito de Tumán con su historia y su presente. En el análisis de la información, los resultados priorizados y la propuesta son coherentes con el contexto nacional. Este capítulo contiene información institucional del INEI sobre la Municipalidad de Tumán, en la que se describe la realidad sociodemográfica del distrito. En dicho contexto se viene aplicando el Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo en los niños menores de cinco años del Centro de Salud de Tumán-Lambayeque.

En éste capítulo, se da a conocer, además, el alcance del programa CRED y las características del grupo beneficiario. Posteriormente, se van a presentar los resultados del monitoreo realizado por la Gerencia Regional de Salud (GERESA) de Lambayeque el año 2012. Por último, se presentará las condiciones básicas en que se implementó el Programa de control de crecimiento y desarrollo CRED en el Centro de Salud.

5.1. GENERALIDADES

El Distrito de Tumán, creado el año 1998, tiene una extensión territorial de 130,34 km². Está ubicado en la provincia de Chiclayo, región Lambayeque, a 18 Km. al este en la carretera de penetración a Chongoyape, con una altitud de 56 m.s.n.m. en la altura del valle Chancay el cual es irrigado por los ríos Taymi, Lambayeque y Reque. Actualmente cuenta con una extensión territorial de 11 723,03 hectáreas, las cuales son terrenos destinados al cultivo de caña de azúcar²².

Según el Censo Nacional XI de Población y VI de Vivienda 2007, realizado por el Instituto de Nacional de Estadística e Informática (INEI)²³, el distrito de Tumán

²² Plan Estratégico Institucional 2011 – 2014. Municipalidad Distrital de Tumán. Consulta: 30 de noviembre de 2012. <http://www.munituman.gob.pe/wp-content/uploads/2017/07/PLAN-ESTRATEGICO-INSTITUCIONAL-2011-2014.pdf>

²³ INEI Censos Poblacionales 2007 XI de Población y VI de Vivienda Consulta 30 de Noviembre de 2012. <http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/#>

cuenta con una población total de 28 120 habitantes, de los cuales 2475 son niños menores de 5 años (8,80%).

Un aspecto muy importante a tener en cuenta es que Tumán, fue por más de un siglo una de las más emblemáticas haciendas azucareras del norte del Perú, en un período histórico de casi 20 años como *Cooperativa Agraria de Producción*, luego *Sociedad Anónima* y recientemente, desde hace 13 años, como distrito. Las relaciones sociales se regían por un sistema discriminante que no negociaba los términos laborales y el poblador aceptaba lo que buenamente se le ofrecía y se le negaba el reconocimiento de su existencia como ciudadano.

Esas características permanecen actualmente en las relaciones verticales de la familia y en las instituciones públicas, en este caso, en quienes requieren el servicio y en los servidores públicos que laboran en el centro de salud.

5.2. DESCRIPCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y POBLACIÓN BENEFICIARIA

El Centro de Salud Tumán, según el nivel de complejidad, es un establecimiento de categoría I-3, pertenece a la Red de Salud Chiclayo, Microred Pósope Alto. La parte médico-asistencial está conformada por:

- 1 médico jefe.
- 2 enfermeras asistenciales.
- 2 enfermeras SERUM.
- 9 técnicos.

El control de CRED lo ejecutan las 4 enfermeras y se da en simultáneo con otras actividades: atención del tóxico, atención a pacientes del programa, control de tuberculosis (PC-TBC), etc., es decir, realizan múltiples funciones durante un turno. La responsable del Programa de Control de CRED es una enfermera asistencial que realiza además labores administrativas.

El espacio físico donde se realiza el control de CRED es un consultorio ubicado en el segundo piso del establecimiento, con un área aproximada de 12m². Según la GERESA Lambayeque, para el año 2011, la población asignada es de 11 716

habitantes, mientras que la población de menores de cinco años asciende a 794 niños, es decir el 8,41%²⁴ de la población.

²⁴ Oficina Estadística e Informática - GERESA Lambayeque 2011

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS HALLAZGOS

En este capítulo se describe, analiza e interpreta la información recopilada de las entrevistas, del grupo focal y de las guías de observación; y se expone los hallazgos pertinentes mediante una narrativa simple, en algunos casos, con el apoyo de gráficos y tablas.

La presentación de los hallazgos se dará a conocer a través de cuatro componentes estratégicos, y se resolverá los interrogantes y el logro de los objetivos según las categorías de análisis detalladas en las estrategias metodológicas del capítulo anterior.

6.1. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL CENTRO DE SALUD DE TUMÁN (C1)

Esta categoría permite explorar las condiciones de ejecución del Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud de Tumán.

A continuación, se examina los cuatro aspectos de dicha exploración:

Informe de resultados del CRED - Periodo 2012

Se presenta la información estadística del Centro de Salud Tumán, referida a la actividad del control de crecimiento y desarrollo, proporcionada por la GERESA Lambayeque 2012, a la que pertenece el Centro de Salud. Los resultados de la información estadística servirán de base para tener una visión de la actual situación del Programa según la norma técnica del control CRED, y para establecer y determinar los factores limitantes que influyen en el alcance de los objetivos de ese Programa.

Niños controlados en el Programa CRED

Se refiere al niño que tiene completo los controles de crecimiento y desarrollo, acorde con su edad; siendo este uno de los objetivos del programa de CRED así su unidad de medida, según la Norma Técnica es “Niño Controlado”.

En la Tabla 6.1 se observa que la meta programada asignada por el MINSA para el año 2012 fue de 555 niños y/o niñas, según grupo etáreo, de los cuales han logrado realizar su control de CRED, de acuerdo con su edad, solo 226 niños, cuya cobertura total es de 40,7%.

El porcentaje de cobertura para el presente periodo se encuentra por debajo del promedio a nivel Lambayeque, registrado por la GERESA en un 57,3%. Esta información permite observar que conforme avanza la edad de los niños, disminuye el cumplimiento de sus controles.

1.- La primera causa de que no se cumpla esta meta, es porque las madres no llevan a los controles a sus pequeños en el momento oportuno, cuando cumplen el mes de edad, y pierde la oportunidad de ser registrados en el indicador establecido por el MINSA, que es remitido a la GERESA Lambayeque.

2.- Segundo, no existe un seguimiento de los casos de los niños y niñas que no acudieron a sus citas programadas, a pesar que la enfermera responsable de brindar el servicio de Control CRED dispone de un cuaderno de seguimiento. Una de las explicaciones dadas en una conversación, dice que: “no hay dinero para pasajes y tenemos poco personal”.

La norma técnica en el componente de *provisión* establece que se realizará el seguimiento a través de “(...) visitas domiciliarias con prioridad en los siguientes casos: (...) Niños y niñas que no acuden a sus citas programadas” (NTS MINSA 2011: 43). Asimismo, este componente refiere que el seguimiento de los niños y niñas debe asegurarse a través de un sistema de vigilancia comunal. Se pudo confirmar que este aspecto del componente no es gestionado adecuadamente y no se prioriza el seguimiento de los niños y niñas que no llegan al servicio y no se coordina o asocia con la comunidad para la vigilancia respectiva.

3.- Como tercera causa, las madres usuarias no le asignan valor e importancia al control del crecimiento y desarrollo para el bienestar y salud de sus hijos e hijas menores de 5 años, quizá porque no recibieron la información adecuada y relevante de parte del personal de salud que trabaja en el establecimiento.

Al respecto, un estudio realizado por Estrada V., Sanmartín V. y Barragán A., refiere:

“(…) es de vital importancia identificar si factores como el nivel de educación, la falta de recursos económicos, la dificultad para acceder a los servicios de salud, la falta de calidez en la atención, el desconocimiento del programa y/o el poco convencimiento de las madres sobre la importancia del monitoreo periódico del niño, inciden directamente en la inasistencia al programa de Crecimiento y Desarrollo” (Estrada, V; San Martín, V 2010 s/p)²⁵

Si bien esta información no responde directamente al objetivo directo del estudio; sin embargo, es importante analizar las posibles causas de inasistencia, pues expresan la percepción de las madres usuarias que generalmente asisten al centro de salud cuando sus hijos o hijas pequeños están muy enfermos. Con mayor detenimiento este aspecto se tratará en el ítem de percepciones de las madres respecto al servicio recibido.

Tabla 6.1: Niños Controlados CRED del Centro de Salud Tumán al 2012

MENORES DE 5 AÑOS SEGÚN GRUPO ETÉREO	META PROGRAMADA	META EJECUTADA	COBERTURA
0 A 28 días	152	114	75,0%
29 días a < 1año	87	40	45,9%
1 año	93	43	46,2%
2 años	98	20	20,4%
3 años	39	5	12,8%
4 años	86	4	4,7%
TOTAL	555	226	40.7%

Fuente: Adaptación propia en base a información estadística GERESA Lambayeque. 2012

Niños atendidos CRED

Se refiere al niño y niña que según su edad tiene su primer contacto con el Programa de Control de CRED. En la tabla 6.2 se indica que la meta programada asignada era de 555 niños menores de cinco años. Sin embargo, se observa que lo programado se ha superado. Estos datos corroboraron que las madres sí llevaban a los controles a sus niños y niñas, pero no en el momento clave

²⁵ Estrada Victoria, Sanmartín Verónica y Barragán Ana María 2010 Motivo de Inasistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo de ESE Hospital San Vicente de Paúl 2009-2010. Tesis para Especialización en Gerencia de Salud Pública. Medellín: Universidad CES Consulta 30 de Marzo 2016

http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/936/1/Motivos_inasistencia.pdf

correspondiente a su edad. Algunas de las explicaciones que dieron las madres fueron:

***“(...) mi niño mucho se enfermaba, iba al puesto y se contagiaba”
Señora Mary.***

***“(...) no te dicen que son cosas diferentes, no te explican que le van a dar a tu hijito; una cosa es la vacuna, y el crecimiento es aparte (...)” –
Señora Consuelo.***

Estas dos respuestas permitieron inferir que no fue adecuada la información dada por el personal al momento de comunicar los mensajes acerca de las características del Control de Crecimiento y Desarrollo en los niños y niñas menores de cinco años, pues de lo contrario las madres hubieran mencionado la existencia de estrategias para llevar a sus niños en la fecha establecida. Estas cifras permitieron conocer que el personal del establecimiento de salud atendía básicamente la demanda, y no planificaba el aumento de asistentes así como tampoco realizaba acciones de sensibilización e información sobre el CRED. Al parecer no se realizaban acciones de evaluación y de proyección de las acciones para analizar si estaban alcanzando las metas establecidas o cumpliendo con el objetivo del Programa.

Tabla 6.2: Niños Atendidos CRED del Centro de Salud Tumán al 2012

MENORES DE 5 AÑOS SEGÚN GRUPO DE EDAD	META PROGRAMADA	META EJECUTADA	COBERTURA
0 A 28 días	152	153	100,6%
29 días a < 1año	87	282	324,1%
1 año	93	197	211,8%
2 años	98	114	116,3%
3 años	39	67	171,7%
4 años	86	110	127,9%
TOTAL	555	923	166,3%

Fuente: adaptación de la información estadística de la GERESA Lambayeque. Menores de 5 años. 2012

Atenciones CRED

Las atenciones del CRED se refieren al número de veces que los niños llegan al consultorio correspondiente para recibir atención, es decir, los niños atendidos

desde la primera vez que les corresponde, más las veces que han recibido control. En la tabla 6.3 se observa que se programaron 2 711 atenciones, asegurando el control completo según su edad, de los 555 niños atendidos.

Se observa que la meta establecida ha sido superada, siendo la cobertura de 110,0%. Se aprecia la concentración de atenciones en el grupo de edad de 29 días a <1 año, con una cobertura de 169,2%.

Las estadísticas muestran que las madres acuden con sus niños y niñas para sus controles en mayor proporción cuando el control de Crecimiento y Desarrollo está muy ligado a la aplicación de vacunas, y según el carnet de inmunizaciones, es durante el primer año de edad que se aplican las principales vacunas para los niños. De igual manera se identifica que conforme avanza la asistencia a los controles se reducen considerablemente las causas, muy posiblemente las referidas en párrafos anteriores.

Tabla 6.3: Atenciones CRED del Centro de Salud Tumán al 2012

MENORES DE 5 AÑOS SEGÚN GRUPO DE EDAD	META ASIGNADA PROGRAMADA	META EJECUTADA	COBERTURA
0 A 28 días	304	267	87,8%
29 días a < 1año	957	1620	169,2%
1 año	558	614	110,0%
2 años	392	236	60,2%
3 años	156	108	69,2%
4 años	344	138	40,1%
TOTAL	2711	2983	110,0%

Fuente: adaptación de la información estadística de la GERESA Lambayeque. Menores de 5 años. 2012

El Control de Crecimiento y Desarrollo

Se presenta en la tabla 6.4 las atenciones de CRED según el grupo de edad y la periodicidad de controles para cada uno.

Tabla 6.4: Control CRED del Centro de Salud Tumán al 2012

GRUPO DE EDAD	CONTROLES											
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	Total
0 a 28 días	153	114										267
29 días a < 1a	282	233	207	178	161	137	120	103	97	62	40	1620
1año	197	135	88	85	66	43						614
2 años	114	63	39	20								236
3 años	67	26	10	5								108
4 años	110	20	4	4								138

Fuente: Adaptación de la información estadística GERESA Lambayeque. Menores de 5 años. 2012

Esta tabla muestra estadísticas sobre las metas programáticas alcanzadas durante el año 2012, según la periodicidad por grupo etáreo, tal como lo contempla la Norma Técnica.

En el caso de los padres de los recién nacidos acuden a dos controles. Para el segundo control sólo llegaron al Programa 114 niños y niñas, es decir 39 niños, menos que en el primer control para este grupo de edad. Lo mismo se observa en el periodo de 29 días, a menores de 1 año que concluyen el último control con sólo 40 niños, es decir 142 niños y niñas menos.

Conforme avanza la edad del niño la asistencia al número de controles disminuye considerablemente. Estas diferencias pueden deberse a la idea de mayor fortaleza del niño: “ya se salvó porque paso la edad donde se enferman más” (madre usuaria de niño de 4 años), y que definitivamente está influyendo en las decisiones de las madres de no llevar a sus niños y niñas al programa.

Otros aspectos importantes a considerar:

El tamizaje de Anemia en la población infantil que se realiza a partir de los 6 meses de edad, le medición de hemoglobina en los niños pequeños es importante para descartar anemia, pues esta enfermedad produce un impacto negativo y de largo plazo en la vida de las personas. En la tabla 6.5 se aprecia que el porcentaje de tamizajes se realizan con mayor frecuencia en los niños y niñas de 6 meses a 2 años, cuya sumatoria representa a 130 niños y niñas de la meta ejecutada

Según las metas propuestas para menores de cinco años, el grupo de niños de 6 meses alcanza una cobertura del 69.7%. Para los demás grupos la cobertura es mínima conforme avanza la edad. La cobertura total en descarte de anemia para todos los grupos es de 18,3% de la meta programada. Este descenso del tamizaje podría haber estado relacionado con la inasistencia de los niños y niñas a sus controles de crecimiento y desarrollo de manera oportuna, otra causa podría ser la falta de insumos necesarios —KIT completo de evaluación del desarrollo de niños y niñas— para cumplir con dicha actividad en la mayoría de los establecimientos de Salud. A pesar que esta actividad está normada como una acción importante y preventiva, la realidad es totalmente diferente al momento de la ejecución.

Tabla 6.5: Descarte de anemia en niños menores de 5 años del Centro de Salud Tumán al 2012

EDAD	META PROGRAMADA	META EJECUTADA	COBERTURA
6 meses	76	53	69,7%
1 año	163	47	28,8%
2 años	171	30	17,5%
3 años	178	9	5,1%
4 años	183	2	1,1%
Total	771	141	18.3%

Fuente: adaptación de la información estadística de la GERESA Lambayeque. 2012

En la tabla 6.6 se presenta el *descarte de Parasitosis* en niños y niñas menores de cinco años. La meta programada en menores de cinco años fue de 695 descartes de parasitosis y el avance registrado fue de apenas 44 descartes, es decir sólo el 6,3% de la cobertura total, concentrándose el porcentaje de descarte en el grupo de niños y niñas de 1 año.

La causa de las bajísimas estadísticas para alcanzar la meta programada fue probablemente el desabastecimiento de insumos en el Centro de Salud de Tumán, lo que definitivamente influyó en la salud de los niños y niñas usuarios del Programa Crecimiento y Desarrollo. Hay que tener en cuenta el gran problema de

la parasitosis el que se han tomado en un problema de salud pública, ya que pueden causar anemia por deficiencia de hierro, mala absorción de nutrientes y diarreas frecuentes, lo que unido a otros factores determinantes de la salud influyen directamente en el desarrollo integral de los niños.

Tabla 6.6 Descarte de parasitosis en niños menores de 5 años del Centro de Salud Tumán al 2012

EDAD	META PROGRAMADA	META EJECUTADA	COBERTURA
1 año	163	26	15,9%
2 años	171	13	7,6%
3 años	178	3	1,6%
4 años	183	2	1,0%
Total	695	44	6.3%

Fuente: Adaptación de la información estadística de la GERESA Lambayeque. 2012

Suplementación con micronutrientes

Suplementación con hierro

La suplementación preventiva con hierro para el grupo de niños de 6 meses a 35 meses de edad, en niñas y niños mayores de 12 meses y menores de 36 meses, se realiza durante 6 meses en forma continua por cada año. Debe ser suspendida cuando se está recibiendo antibióticos. Los niños entre 6 a 11 meses se benefician mayoritariamente con esta suplementación. En la tabla 6.7 se muestra la suplementación con hierro para niños menores de 36 meses en el Centro de Salud de Tumán.

Es necesario observar que los niños de 6 a 11 meses que iniciaron el primer frasco de Sulfato Ferroso tienen la mayor cantidad (127) pero conforme avanza la edad de los niños y niñas la frecuencia de entrega de los frascos disminuye, tal es así que el primer grupo etéreo del cuadro termina con sólo 1 frasco. Lo mismo sucede con los otros grupos etéreos.

Tabla 6.7 Suplementación con hierro en niños menores de 3 años del Centro de Salud Tumán al 2012

GRUPO DE EDAD	SUPLEMENTO DE HIERRO (Z29.8)				
	1er frasco	2do frasco	3er frasco	4to frasco	5to frasco
RN < 2,500 gr.	-	-	-	-	-
6 a 11 meses	127	30	1	-	-
12 a 23 meses	51	24	5	-	-
24 a 35 meses	39	9	3	-	-
Total	217	63	9		

Fuente: adaptación de la información estadística de la GERESA Lambayeque para menores de 3 años.2012

Suplementación con Vitamina A

La suplementación con Vitamina “A” se realiza en las niñas y niños de zonas identificadas de alto riesgo, teniendo en cuenta los altos índices de morbilidad por enfermedades infecciosas frecuentes y según niveles de pobreza, y pobreza extrema. La frecuencia es una vez cada 6 meses.

En la tabla 6.8 se observa que el único grupo que se benefició con la suplementación de vitamina A, es el de 6 meses. Aunque la meta programada fue de 87 niños, solamente 34 accedieron a esta suplementación, logrando una cobertura de 39,1%. A nivel de Lambayeque al 2012 se ha obtenido una cobertura de 48,1% en dicho grupo de edad, según esta misma fuente. A pesar de que hay metas programadas para las otras aplicaciones de suplementación de vitamina A, no se ha ejecutado ninguna.

Tabla 6.8: Suplementación con vitamina A en niños menores de 5 años del Centro de Salud Tumán al 2012

GRUPO ETÁREO	META PROGRAMADA	META EJECUTADA	COBERTURA
6 Meses	87	34	39.1%
1a (12 y 18 m)	93	-	0.0%
2a (24 y 30 m)	98	-	0.0%
3a (36 y 42 m)	39	-	0.0%
4a (48 y 54 m)	86	-	0.0%
Total	402	34	8.5%

Fuente: adaptación de la información estadística de la GERESA Lambayeque para menores de 5 años. 2012

En ambas tablas estadísticas se muestran datos reveladores sobre la administración de micronutrientes como acción preventiva en el Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo para los niños menores de 5 años. Los micronutrientes son vitaminas y minerales, esenciales para el buen comienzo en la vida y un crecimiento y desarrollo óptimos. La entrega y consumo del suplemento ferroso en jarabe, que era otorgado por el MINSA, no tenía buena aceptabilidad por su mal sabor al ingerirlo y generaba actitudes renuentes del niño y niña para consumirlo a raíz de que muchas madres olvidaban suministrarlo. La entrega de la vitamina A fue selectiva y benefició a los niños de 6 meses de edad.

Por lo expuesto muchas madres no solicitaban la continuidad del suplemento ferroso cuando asistían a los controles del niño. Además, el desabastecimiento del insumo en los centros de salud y la no asistencia a los controles oportunos de Crecimiento y Desarrollo, afectaron el normal desenvolvimiento integral del niño. Ante esta situación el MINSA emitió la Resolución Ministerial N° 706-2014/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria N° 058 MINSA/DGSP-V-01-Directiva Sanitaria que establece la Suplementación con Multimicronutrientes y Hierro para Prevención de Anemia en Niñas y Niños menores de 36 meses²⁶.

²⁶ MINSA 2014 Resolución Ministerial N°706-2014/MINSA. Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses. Lima, 19 de setiembre. Consulta 28 de Febrero 2012 http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/directivas/001DS_Suplem_MultiMicro.pdf

Lactancia materna exclusiva

Los niños con lactancia materna exclusiva a los 6 meses fueron 149 (se registra solo al sexto mes). Siendo la meta de 302 niños, se logró el 49,3% de cobertura. A nivel de todo Lambayeque las coberturas en esta actividad, para el año 2012, llegan a 59,4%. La tabla 6.9 muestra los datos relacionados con la lactancia materna recogidos por el Centro de Salud de Tumán.

Tabla 6.9: Lactancia Materna Exclusiva en el Centro de Salud Tumán al 2012

	META PROGRAMADA	META EJECUTADA	COBERTURA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (6to mes edad)	302	149	49.3%

Fuente: Adaptación de la información de la GERESA Lambayeque para menores de 5 años.

Si bien esta investigación no tiene como objetivo medir la tasa de lactancia, se considera importante recoger estos datos por la implicancia que tienen en el desarrollo y crecimiento del niño y niña. Algunos ejemplos de ello es que en los últimos años se ha estudiado el probable efecto de la lactancia materna en la salud de los niños en el largo plazo, e incluso en la edad adulta (Kramer, 2010), con una presunta base inmunológica.

Algunos de los resultados muestran un aumento del desarrollo cognitivo en los que recibieron leche materna, beneficios emocionales para la madre que amamanta, aumento del apego madre-hijo, mejoramiento del sentido de alerta y orientación en los infantes, y reducción del llanto (Kramer 2010: 2).

La lactancia materna es un derecho universal, por ello, el Perú promueve la lactancia materna exclusiva como parte de la políticas pública dada por el sector salud, estableciendo que los centros de salud deben promover y fomentar la lactancia materna exclusiva y ser acompañada con la alimentación complementaria, a partir de los 6 meses de edad.

La promoción de la lactancia materna se da a través de diversas estrategias para difundir esta práctica saludable en la población de su jurisdicción. Sin embargo aún no se está logrando el objetivo de dichas políticas pues en la región solamente la mitad de los niños está siendo amamantado de manera exclusiva.

Evaluación del estado nutricional

La tabla 6.10 presenta la evaluación del estado nutricional. Se observa que se encontraron 4 niños con desnutrición crónica, diagnosticados según talla para la edad (T/E). Además, de 11 niños con desnutrición aguda, con diagnóstico según peso para la talla (P/T), 49 niños con peso inadecuado y 92 niños con talla inadecuada para su edad, de los cuales solo 1 niño se recuperó. Con sobre peso se diagnosticaron 40 niños, según peso para la talla (P/T), y 04 niños mayores de un año tuvieron desnutrición crónica.

Una nutrición óptima durante la infancia es esencial para el crecimiento saludable y para el desarrollo mental. El incremento de la estatura en los primeros años de vida es considerado uno de los mejores indicadores de la salud y del bienestar del niño (De Onis et al., 2004). De la misma forma, la evidencia científica actual recalca el rol fundamental del crecimiento en la programación de la salud en la vida adulta (Dickerson, 2003); por lo tanto el retraso de la talla es signo de un mal desarrollo integral del niño.

Tabla 6.10: Evaluación del estado nutricional de los niños menores de 5 años del Centro de Salud Tumán al 2012

GRUPO DE EDAD	Riesgo Nutricional						Desnutrición Aguda E44.0		Desnutrición Crónica E45		Obeso (E66.9)				Normal (Z006)		
	Ganancia Inadecuada de Peso o Talla(Z72.4)				Exceso		DX	Rec.	DX	Rec.	Diagnostica do	Recupera do	P/E	IMC		P/E	IMC
	Diagnostica do		Recupera do		Sobre Peso P/T (E66.0)										P/T		
	P	T	P	T	DX	Rec.	P/T	P/T	T/E	T/E	P/E	IMC	P/E	IMC			
< 1 año	20	34	1	-	27	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,537
1 año	17	31	-	-	4	-	6	-	1	-	-	-	-	-	-	-	555
2 años	9	12	-	-	4	-	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	207
3 años	1	8	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	96
4 años	2	7	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	126
5_11 años																	51
Total	49	92	1		40		11		4								2521

Fuente: adaptación de la información estadística de la GERESA Lambayeque para menores de 5 años.

Evaluación del desarrollo

La valoración del desarrollo se basa en la observación y aplicación de test o pruebas que miden el rendimiento en las diferentes áreas como la motriz, del lenguaje, de coordinación y social.

Tabla 6.11: Evaluación del desarrollo de los niños menores de 5 años del Centro de Salud Tumán al 2012

GRUPO DE EDAD	DÉFICIT / RIESGO DEL DESARROLLO		TRASTORNO / RETRASO DEL DESARROLLO		NORMAL
	Diagnosticado	Recuperado	Diagnosticado	Recuperado	
< 1 año			-	-	1620
1 año			-	-	614
2 años			1	-	235
3 años	2	-	-	-	106
4 años	2	-	-	-	136
TOTAL	4		1		2711

Fuente: Elaboración propia. Adaptación de la información estadística de la GERESA Lambayeque.

En la tabla 6.11 se aprecia que la mayoría de los niños menores de cinco años evaluados presenta un desarrollo normal, es decir, que la niña y el niño ejecutan todas las conductas evaluadas según lo esperado para su edad cronológica.

- El grupo menor de 1 año presentan un desarrollo normal.
- Los niños y niñas que son mayores de 1 año, hasta los 2 años, presenta trastorno o retraso del desarrollo, es decir, que no realizan una o más de las conductas evaluadas.
- El grupo de 3 y 4 años, presentan déficit o riesgo del desarrollo, vale decir, que una o más de las conductas evaluadas en los niños están aún en proceso de desarrollo, o no las realiza.

Según la Norma Técnica de CRED el desarrollo es “un proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en los aspectos biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social”. (NTS MINSA 2011: 15).

El desarrollo tiene influencia de factores genéticos, culturales y ambientales. El desarrollo infantil no se mide directamente sino que se infiere a través del comportamiento de las niñas y los niños expresado en la motricidad, el lenguaje, la cognición y el ámbito socio-emocional²⁷ Si bien el niño participa de forma activa en todo el proceso, su desarrollo no se produce por sí mismo, sino que siempre va a involucrar la presencia de otras personas. Asimismo, la familia es un elemento importante en todo este proceso para generar ambientes facilitadores y seguros, que favorezcan un mejor desarrollo.

Estimulación temprana

Consiste en la estimulación del desarrollo y cuidado integral del niño de acuerdo a su edad. La estimulación del desarrollo se lleva a cabo en el consultorio de manera individual o en forma colectiva a través de sesiones agrupando a los niños según su edad, según la Norma Técnica para el crecimiento y Desarrollo en niñas y niños menores de cinco años; estas acciones son enseñadas y desarrolladas dentro del Programa a las madres de los niños y niñas usuarios con la finalidad de que sean replicados en el ámbito familiar.

Tabla 6.12: Estimulación Temprana en los niños menores de cinco años del Programa CRED del Centro de Salud Tumán al 2012

EDAD	1°	2°	3°	4°	5°	6°	TOTAL
Recién Nacido	154						154
< 1 ^a	241	194	172	142	141	115	1005
1 ^a	164	101	62	68			395
2 ^a	104						104
3 ^a	58						58
TOTAL	721	295	234	210	141	115	1716

Fuente: GERESA Lambayeque (Información estadística).

²⁷ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Estrategia Nacional Incluir para Crecer, Primer eje. Consulta: 15 de marzo de 2015. http://incluirparacrecer.midis.gob.pe/eje_2.php

En la tabla 6.12 se observa que se han realizado 1716 actividades de estimulación temprana, encontrándose que 1005 de ellas se realizaron a los niños menores de un año, representando el 58,5% del total, siendo los mayores de 1 año pero menores de 2 quienes recibieron más actividades, 395 actividades de estimulación esto representa el 23%.

La neurociencia nos ha dado invaluables aportes referentes al desarrollo infantil, señalando el gran sentido de oportunidad. Hoy sabemos que existen periodos críticos que necesitan estimulación adecuada y la maravillosa combinación de afecto, juego y alimentación como aspectos muy importantes de su desarrollo. Los avances de la ciencia además nos alerta sobre los vacíos de cuidado y aportes a destiempo que ocasionan problemas en su aprendizaje, problemas de salud y a futuro bajos ingresos baja calidad de vida.

El oportuno cuidado y atención pueden ser promocionados en gran parte por el Programa de Control de su Crecimiento y Desarrollo del Ministerio de salud, el cual, si es ofrecido con todas sus bondades, puede mejorar sustancialmente la vida de los infantes y ayudar a prevenir la desnutrición infantil y la anemia y el déficit de su desarrollo intelectual y afectivo.

Actividades extramurales, masivas y de gestión

En el Centro de Salud Tumán al 2012, se han realizado 152 visitas domiciliarias, 1 sesión demostrativa con 60 participantes y 17 sesiones educativas con 197 participantes. Se han realizado 2 reuniones técnicas de capacitación del personal de salud con un total de 30 participantes, información que se evidencia en la tabla 6.13.

Tabla 6.13: Actividades Extramurales del Centro de Salud Tumán al 2012

Actividades Extramurales y Masivas (U0040)				Actividades de Gestión (U0040)				
Unidad Medida	Visitas Domiciliarias	Sesiones Demostrativas	Sesiones Educativas	Evaluación	Supervisión	Asistencia Técnica	Reuniones Técnicas (Capacitación)	
							Personal de Salud	ACS
Nº	152	1	17	-	-	-	2	-
Participantes antes		60	197	-	-	-	30	-

Fuente: Adaptación de la información estadística para menores de 5 años. GERESA Lambayeque 2012

El trabajo extramural incluye acciones e intervenciones fuera del ambiente físico del establecimiento de salud, es parte importante para promocionar la salud y realizar las coordinaciones intersectoriales necesarias para alcanzar los objetivos establecidos y garantizar la sostenibilidad de la intervención.

La visita domiciliaria es una de las mejores estrategias que permite una buena comunicación e interacción con la familia y los responsables del hogar, con la finalidad de recolectar información, ejecutar protocolos de atención, seguimiento, monitoreo y vigilancia de acciones que permitan consolidar prácticas en el cuidado del niño y su familia. (MINSA 2011:43)²⁸ La tabla anterior evidencia que se ha realizado actividades extramurales, pero no se conoce cuál es el procedimiento ni el objetivo de la misma, tampoco nos permite conocer qué acciones demostrativas realizó el personal, a qué población estuvo dirigida y mucho menos qué temas de capacitación se tomaron en cuenta.

En la información entregada por la GERESA Lambayeque, el distrito de Tumán está entre los 10 primeros distritos —décimo puesto— con altas incidencias en IRA.

²⁸ MINSA 2011 R.M N°990-2010/MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y Niño menor de cinco años. Lima, 20 de Diciembre de 2010. Consulta 28 de Marzo 2012.
ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/01InformacionInst/archivolegaldigital/Directiva2017/RM_N_537-2017-MINSA.pdf

Atención de las enfermedades prevalentes de la infancia

En la tabla 6.14 se observa que se registraron un total de 1201 casos con infección respiratoria aguda en niños menores de cinco años. 700 casos se concentran en el grupo de niños de 1 a 4 años, lo que representa el 58.2% de los casos totales. Mientras que en los niños de entre 2 a 11 meses de edad se presentaron 410 casos de IRA, el 34.1% del total. La mayoría de infecciones respiratorias agudas no se complicaron. Este tabla también muestra que la mayoría de los casos de IRA en todos los grupos etáreos fueron diagnosticadas como resfríos, faringitis virales o bronquitis, prestándose un total de 1481 casos, el 99.2% de los niños con IRA en el distrito de Tumán. En la información entregada por la GERESA Lambayeque, el distrito de Tumán está entre los 10 primeros distritos —décimo puesto— con altas incidencias en IRA.

Según el MINSA en su página web sobre el tema de IRAS refiere que “en el Perú, se estima que tres de cada cuatro consultas que se otorgan en los servicios de los establecimientos de salud para atender enfermedades infecciosas, corresponden a problemas respiratorios agudos, por cuanto constituyen la primera causa de muerte en todas las etapas de vida, especialmente en los infantes”.

Tabla 6.14: Infecciones Respiratorias Agudas en los niños menores de cinco años del Centro de Salud Tumán al 2012

A. INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	Grupo de Edad					Total
	<29 días	29- 59 días	2 - 11 Meses	1-4 años	5 – 11 años	
1. Total de Casos de IRA (1 + 2)	37	54	410	700	303	1,504
1.1 N° casos de IRA complicada (A+B+C)	-	-	4	7	1	12
a. Neumonía complicada	-	-	-	-	-	-
b. Neumonía no complicada	-	-	1	6	-	7
c. SOBA o ASMA	-	-	3	1	1	5
1.2 N° casos de IRA no complicada (A+B+C)	37	54	406	693	302	1,492
a. Faringo amigdalitis purulenta aguda	-	-	-	-	-	-
b. Otitis media aguda	-	-	2	5	4	11
c. Resfrió, faringitis viral, bronquitis,etc	37	54	404	688	298	1,481
d. Sinusitis	-	-	-	-	-	-
2. Total de casos IRA complicados hospitalizadas	-	-	-	-	-	-
3. N° de casos de IRA complicada referidos	-	-	-	-	-	-
4. Control de seguimiento de neumonía a las 48 horas	-	-	-	-	-	-

Fuente: GERESA Lambayeque (Adaptación de la información estadística para menores de 5 años). 2012

En cuanto a los casos de enfermedad diarreica aguda, según la tabla 6.15 se presentaron 61 casos en niños menores de cinco años, es decir, el 72,1% de los casos totales registrados en el establecimiento de salud. La mayoría de los casos de enfermedad diarreica aguda fueron sin complicación y solamente 20 casos fueron con complicaciones

De acuerdo con la Organización Mundial de la salud, las enfermedades diarreicas son la segunda causa principal de muertes en los niños y niñas menores de 5 años, a nivel mundial, cuando se presentan de forma continua, les produce deshidratación y desnutrición. La deshidratación que producen las EDA produce disminución de agua, sales minerales y nutrientes indispensables para el desarrollo infantil, por ello, los niños y niñas menores de 5 años son más proclives

a tener enfermedades infecciosas y desnutrición ocasionándose un círculo vicioso²⁹.

Tabla 6.15: Enfermedades Diarreicas Agudas en los niños menores de cinco años del Centro de Salud Tumán al 2012

B. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	Grupo de Edad			
	<1 A	1 – 4 A	5 - 11 A	Total
1. Total de Casos de EDA (1.1 + 1.2)	17	44	3	64
1.1. EDA sin complicación (A + B + C +D)	15	26	1	42
a. Acuosa aguda s/deshidratación	15	25	1	41
b. Sospechoso de cólera s/deshidratación	-	-	-	-
c. Disentería s/deshidratación	-	1	-	1
d. Diarrea persistente	-	-	-	-
1.2. EDA complicada (A + B + C + D + E + F)	2	18	2	22
a. Acuosa aguda c/deshidratación	2	18	2	22
b. Sospechoso de cólera c/deshidratación	-	-	-	-
c. Disentería c/deshidratación	-	-	-	-
d. Acuosa aguda c/deshidratación c/shock	-	-	-	-
e. Sospechoso de cólera c/deshidratación c/shock	-	-	-	-
f. Disentería c/deshidratación c/shock	-	-	-	-
1.3 Hospitalizados por EDA	-	-	-	-

Fuente: GERESA Lambayeque (Adaptación de la información estadística para menores de 5 años).

Anemia

En Tumán, se registraron un total de 56 casos en menores de 5 años, de los cuales el 94,6% (53 niños) se concentra en los niños menores de 3 años. Según ENDES 2012, a nivel nacional, los niños y niñas menores de 3 años que tuvieron anemia representaron el 54.2%. La anemia es una enfermedad en que la sangre carece

²⁹ Instituto Nacional de Estadística – UNICEF 2011 Estado de la Niñez en el Perú. Lima. Consulta el 28 de Marzo de 2012
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0930/Libro.pdf

de suficientes glóbulos rojos, o la concentración de hemoglobina es menor que los valores de referencia, según edad, sexo y altitud.³⁰

Si bien se han identificado muchas causas de la anemia, es la deficiencia nutricional debido a una falta de cantidades específicas de hierro en la alimentación diaria, la causa que explica más de la mitad del número total de casos de anemia.³¹ Los niños y niñas durante sus primeros años de vida experimentan una velocidad de crecimiento que no se repite en ninguna otra etapa de su vida. Durante el primer año triplican su peso y aumentan su talla en un 50% y, además, en los dos primeros años, desarrollan aproximadamente 700 nuevas conexiones neuronales por segundo³², que los dispone hacia nuevos aprendizajes.

Para garantizar este proceso, se necesita depósitos altos de hemoglobina que compense el crecimiento y desarrollo acelerado. Es importante que los padres de familia fortalezcan la alimentación de los niños menores de tres años con alimentos de origen animal ricos en hierro.

Tabla 6.16: Anemia en niños menores de cinco años del Centro de Salud Tumán al 2012

DIAGNOSTICADO					
< 1 AÑO	1 AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	TOTAL
24	14	15	2	1	56

Fuente: Adaptación de la información estadística para menores de 5 años GERESA Lambayeque 2012

6.1.1. Conocimiento del contenido de la Norma Técnica CRED (SC1₁)

El Centro de Salud de Tumán, cuenta con 1 médico jefe y 4 enfermeras (dos de ellas SERUMISTAS). Las enfermeras son las responsables de atender de los niños menores de cinco años. Mediante una entrevista no estructurada se consultó a los 5 profesionales de la salud si conocían o no

³⁰Instituto Nacional de Estadística 2007. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Anemia en niños y mujeres. Lima. Consulta: 15 de octubre de 2012.
<https://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2007/11.%20Lactancia%20y%20Nutrici%C3%B3n%20de%20Ni%C3%B1os/11.5%20Anemia%20en%20Ni%C3%B1os%20y%20Mujeres.html>

³¹ IDEM

³² Instituto Nacional de Salud 2015. Anemia en la Población Infantil del Perú: Aspectos clave para su afronte. Lima. Consulta: 30 de marzo de 2016.
http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/ANEMIA%20FINAL_v.03mayo2015.pdf

el contenido de la Norma Técnica. El resultado fue el siguiente, ver en la tabla 6.17.

Tabla 6.17: Conocimiento del personal de Salud de Tumán sobre la Norma Técnica CRED 2012

PERSONAL QUE CONOCE LA NORMA TECNICA PARA EL CONTROL DEL CRED	N°	%
Si conoce	3	60%
No conoce	2	40%
Total respuestas	5	100%

Fuente: Entrevistas aplicadas al personal de salud Tumán. Setiembre-octubre.

El médico jefe y una de las enfermeras reconocieron no conocer cabalmente el contenido íntegro de la Norma Técnica, sin embargo, por la experiencia en el día a día han ido articulando aspectos del Control CRED.

Si partimos del hecho que el personal encargado de ejecutar el programa de Control CRED no tiene comprensión clara de los alcances y beneficios del programa, se deduce que en efecto la atención de los niños y niñas menores de 5 años en el Centro de Salud de Tumán tiene su primer limitante. Todo trabajador de una institución que esté preparado y cuente con mayores conocimientos acerca de sus funciones, traducirá esa preparación en acciones resolutivas más rápidas de los problemas, en tomas de decisiones adecuadas y en la seguridad ante las acciones a realizar. En suma, se convierten en trabajadores eficientes y responsables.

Si bien la Norma Técnica fue aprobada el 2010 su implementación se dio al siguiente año. Es responsabilidad de la GERESA Lambayeque capacitar al personal directamente responsable de la acción. Sin embargo, a pesar que el médico jefe no implementa directamente las acciones del control CRED debió tomar conocimiento de la situación como parte de las funciones de la jefatura del establecimiento de salud en actitud garante de una buena gerencia social.

6.1.2. Capacitación en la aplicación de la *Norma Técnica* CRED (SC1₂)

Las enfermeras encargadas manifiestan haber sido capacitadas en la aplicación del CRED, incluida aquella enfermera que se encuentra ejerciendo el SERUM. Los Lineamientos de política sectorial del MINSA para el periodo 2002-2012 establece que: “la formación y capacitación de los recursos humanos para mejorar la comprensión y la comunicación en la relación proveedor-usuario, es indispensable para un mejor conocimiento, comprensión y respeto de las diferentes percepciones culturales que sobre el proceso salud-enfermedad existen en nuestra sociedad”³³

En la Tabla 6.18 se muestra el *Plan de Desarrollo de Personal de la GERESA Lambayeque* para el año 2012, que incluye algunos temas relacionados con las acciones a desarrollar dentro del control CRED. No se visualiza como tema directo la Norma Técnica de CRED, sus componentes, procedimientos y recursos; tampoco se cuenta con información de la asistencia del personal del establecimiento de salud de Tután a las capacitaciones.

Tabla 6.18 Plan de capacitación anual del personal CRED

PERIODO DE TIEMPO	TEMA
Enero – Febrero	Atención a niños menores de 5 años en Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS)
Abril - Mayo	Vacunación segura. Esquema de vacunación nacional vigente, cadena de frío, rupturas de cadena de frío.
Agosto	Lactancia Materna Exclusiva (LME)
Todo el año	Capacitación continua en servicio de registro adecuado en HIS; SIS(instrumentos de recojo de información de las actividades de atención integral de los niños

Fuente: GERESA Lambayeque

³³ Ministerio de Salud 2002. Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002 - 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 - Julio 2006. Consulta 28 de Febrero 2016.
http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2009/dgps_para_serums_2009ii/documentos_general_es/lineamientos_minsa_2002_2012.pdf

En la información recolectada las enfermeras hacen hincapié en que si bien hubo capacitación del Ministerio de Salud en temas relacionados con las *Normas Técnicas*, dicha capacitación no fue suficiente.

El personal de enfermería afirmó que para profundizar sobre las Normas Técnicas, a razón de sus propios intereses y motivaciones, han tenido que acceder a instituciones públicas o privadas, sea universidades o institutos, con su propio capital, para buscar mediadores formativos que mejoren y enriquezcan su trabajo en relación con el control de crecimiento y desarrollo de las niñas y niños menores de 5 años. Esta información cuestiona el ejercicio idóneo de las funciones de capacitación que debe cumplir el ente rector MINSA, quien no únicamente debe invertir en calificar a su personal, sino también en motivarlo y en propiciar certámenes de capacitación y en dar facilidades para la asistencia.

Esta función debería ser implementada desde el establecimiento de salud. Corresponde generar el interés del personal en conocer y manejar un programa importante y crucial que favorece el desarrollo integral del niño y niña menor de cinco años. Las investigadoras reafirman que el recurso humano es uno de los aspectos más importante de toda organización y es determinante para el desarrollo, progreso y aprendizaje institucional. Por lo tanto, consideramos que la capacitación es una herramienta primordial para la mejora del recurso humano, pues permite optimizar el trabajo en la institución, favoreciendo que la misma se ajuste a nuevos cambios y circunstancias tanto al interno como fuera de la institución. Las acciones de capacitación buscan el desarrollo profesional y técnico de los funcionarios públicos, y deberán contribuir a la mejora de la calidad de los servicios y actividades del Estado³⁴

³⁴ MINSA 2010 Decreto Supremo N° 009-2010-PCM. Decreto Legislativo N° 1025 sobre Normas de Capacitación y Rendimiento para el Sector Público. Lima, 17 de Enero de 2010. Consulta 28 de Marzo 2016. http://www2.pcm.gob.pe/Transparencia/Resol_ministeriales/2010/DS-009-2010-PCM.pdf

6.1.3. Uso adecuado de los recursos según lo establecido por la Norma Técnica del CRED (SC1₃)

Pese a que en la entrevista las enfermeras manifestaron conocer y hacer uso de los recursos que provee la Norma Técnica CRED para llevar a cabo el óptimo control de los niños, la guía de observación directa, arrojó que no se vienen cumpliendo con los siguientes procedimientos que norma el MINSA, resumidos en la Tabla 6.19.

Tabla 6.19 Procedimientos que no se cumplieron según la Norma Técnica del CRED

Comparte y explica los resultados obtenidos de la evaluación del crecimiento a los padres, madres y familiares
Identifica los factores condicionantes de la salud del niño, nutrición, crecimiento, desarrollo y crianza, bajo peso al nacer, control del embarazo, comidas que recibe, al cuidado de quién se encuentra el niño
Explica a los padres, madres y familiares la importancia de la actividad de estimulación según la edad del niño y la niña
Utiliza un tiempo mínimo de 15 minutos para la consejería
El personal de salud concreta una cita para el próximo control de crecimiento y desarrollo y explica la importancia de asistir puntualmente

Fuente: Elaboración propia. (Información según guía de observación aplicada al personal de salud en el momento de la atención CRED) Adaptada de la NTS MINSA 2011

Se evidencia que el incumplimiento de los lineamientos de la Norma Técnica pasa por el tema de orientación de las enfermeras a las madres, entendida por comunicación oral de los aspectos relacionados al CRED. Es poco frecuente que las enfermeras dialoguen con las madres durante la evaluación y control, y adoptan un rol pasivo. Esta situación contradice a un aspecto importante del Control CRED, que es la participación de ambos padres o cuidadores; ellos son pieza fundamental en la construcción de nuevos conocimientos y habilidades para la crianza de sus hijos.³⁵

³⁵ CEPAL – KELLOG FUNDATION 2005. Informe de Experiencias en innovación social/Ciclo 2004-2005 finalista-Asociación Taller de los Niños: Crecimiento y Desarrollo Colectivo, San Juan de Lurigancho Perú. Consulta 30 de Marzo del 2016 <http://dds.cepal.org/innovacionsocial/e/proyectos/doc/Proyecto.TallerNinos.Peru.esp.pdf>

La observación directa confirma que la prestación del servicio de parte de la enfermera en el consultorio de CRED se realiza con cierta premura y a veces los procedimientos se ejecutan de manera repetitiva, sin detenerse en aspectos individuales de cada niño y su entorno. Sin embargo, las razones por las que no se profundiza en la evaluación del menor podrían ser diversas, una de ellas, muy decisiva, es el factor tiempo, pues las enfermeras atienden un promedio de 10 a 15 niños por día, a razón de 15 minutos aproximadamente por cada atención de salud.

Las investigadoras consideramos que el personal de enfermería es vital para que propicie o genere cambios de conducta, hábitos y nuevos conocimientos en los padres que redunden en la mejora de calidad de vida de los niños y niñas menores de cinco años; esto debido a que el consultorio del control CRED es un espacio rico para generar dichos cambios y no sólo una mera repetición de acciones rápidas y rutinarias.

Tomarse 15 minutos para brindar consejería, según lo que establece la Norma Técnica, resulta inviable. Otra causa probable es la recarga laboral de las enfermeras, ellas no se dedican exclusivamente a la evaluación del niño sino que además realizan labores asistenciales de otros programas como el de tuberculosis (PTBC), aplicación de medicamentos, además de atender labores administrativas en el centro de salud.

Existen madres que consideran que los 15 o 20 minutos que toma la evaluación de las enfermeras a sus niños es demasiado. Así lo expresó una de ellas en el grupo focal:

Quando ha ido al control, ¿la enfermera le ha dicho por qué es importante?

“Yo sí preguntaba, y a veces me explicaban, eso era hasta los 3 años, de allí nada de indicaciones ni consejería. Acá en la posta cuando he ido por las vacunas preguntaba, no te orientan bien dicen una cosa es la vacuna y crecimiento es aparte, no lo hacían junto, más que las enfermeras se demoraban bastante.”

Sra. Consuelo

Factores como el nivel educativo de las madres, padres o familiares del niño, la motivación y el compromiso de las enfermeras, serán analizados más adelante.

En cuanto a la programación de citas para los controles del niño, la NT anexa un instructivo que permite que el personal de salud calendarice las atenciones de los niños y niñas de manera que sea racional, continua y sistemática. Se ha observado que ninguna de las enfermeras llega a coordinar la cita para el siguiente control del niño y mucho menos se evidenció el uso del Plan de Atención Integral Individualizado.

El monitoreo y seguimiento a las atenciones de salud del CRED es, tal vez, el punto más débil en cuanto a cumplimiento de la Norma Técnica. Ésta es clara al precisar que “en caso que la niña o niño no asista al establecimiento de salud el personal de salud designado realizará la visita domiciliaria correspondiente” (NTS MINSA 2011: 19).

Si bien en el momento de recolección de la información se evidenció la existencia de un cuaderno de seguimiento para el Programa, la enfermera manifestó que era difícil monitorearlos debido al poco personal que se dispone. Algunas madres participantes del estudio, en más de una oportunidad, opinaron desfavorablemente acerca del incumplimiento de esta disposición. Por ejemplo:

¿Ustedes creen que cuando un niño falta a su control deberían de ir a buscarlos?

“Claro, ese es un seguimiento que debería hacerse. Pero no lo hacen.”
Sra. Margarita

“Sí, debería hacerse pero en mi caso nunca me vinieron a buscar, que yo sepa no lo hacen.”
Sra. Erika

“Bueno, a mí tampoco nunca vinieron a buscar”.
Sra. Candy

Si bien este registro es un instructivo del Programa de Control CRED, es también un aspecto importante del seguimiento que se debe hacer al mismo, como parte fundamental del proceso de implementación del Programa.

El monitoreo es el seguimiento que se realiza durante la ejecución de una política, programa o proyecto. Es un instrumento, de gestión y de política, que permite revisar en forma periódica los aspectos sustantivos de las 3 P (políticas, programas y proyectos), para optimizar sus procesos, resultados e impactos.

Constituye un insumo indispensable para la gestión administrativa y estratégica de una iniciativa pública.³⁶ Sin seguimiento sería imposible determinar si las actividades se encaminan en la dirección adecuada, si es posible afirmar que se registran progresos y éxitos, y cómo podrían mejorarse los esfuerzos futuros.

El seguimiento tiene como principal objetivo proporcionar a los gerentes y a los principales interesados, en el contexto de una intervención en curso, indicaciones tempranas de progreso, o de la falta de progreso, en el logro de resultados³⁷

6.1.4. Articulación con otros agentes sociales (SC1₄)

El CRED debe ejecutar las disposiciones del modelo de atención integral. Una de esas disposiciones indica promover el compromiso e intervención de todos los involucrados. Siendo política de gobierno la transferencia de responsabilidades y rectoría a los municipios locales, la municipalidad de Tumán debe estar comprometida con la niñez y promover acciones que sensibilicen y adviertan a la población sobre los posibles riesgos en su salud cediéndoles los elementos de previsión. Asimismo, la Norma Técnica establece la promoción de la salud, así como el crecimiento y desarrollo integral de los niños y niñas con el establecimiento de alianzas y participación de los diferentes actores locales de la jurisdicción de cada centro de salud.

No se encontró registro de convenios o alianzas estratégicas con organizaciones públicas o privadas. Sin embargo, en la entrevista no estructurada, hubo quien manifestó la existencia de algunos programas

³⁶ Di Virgilio, María Mercedes Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales / María Mercedes Di Virgilio y Romina Solano (1era ed.), Buenos Aires: Fundación CIPPEC, 2012.

³⁷ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2002. Manual de seguimiento y evaluación de resultados. NY – USA.

sociales como Vaso de Leche, Wawa Wasi o Cuna Más y el Programa de Articulación Nutricional, que de algún modo benefician al grupo objetivo de niños menores de 5 años.

Para que la comunidad participe en la implementación de programas sociales debe estar organizada, informada y empoderada. Estas condiciones le otorgarán capacidad para realizar acciones comunes y movilización de recursos.

El Centro de Salud de Tumán como institución representante del MINSA debe asumir el liderazgo que le corresponde para fomentar o iniciar dicho proceso de coordinación y articulación con todos los sectores de la comunidad de Tumán. La finalidad de este trabajo de articulación es implementar y facilitar el proceso de información, educación y comunicación, necesarias para una adecuada vida y salud del niño y niña menor de cinco años, priorizando el ámbito local.

6.2. DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD (C2)

Esta categoría agrupa la información que permite analizar el desempeño del personal de salud que viene aplicando el Control de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud de Tumán, sobre la base de dos aspectos:

6.2.1. Factores que influyen en el desempeño del personal (SC2₁)

“Los enfermeros alientan, cuidan y protegen; son personas con preparación para atender a los enfermos, los lesionados y los ancianos³⁸.” Parte de la teoría revisada afirma que el desempeño de los empleados de la salud está influenciado por una diversidad de factores que van desde los intrínsecos como la vocación de servicio y el grado de compromiso con su trabajo, pasando por la motivación y el clima laboral por parte de la institución que los acoge hasta las características del grupo de personas a las que brinda sus servicios. Entre las entrevistas al personal de salud, se recogieron opiniones de las enfermeras que revelaron bajo nivel de compromiso con las

³⁸ *Nursing in today's World Challenges, Issues, and Trends* [La enfermería en el mundo actual. Retos problemas y tendencias].

actividades que exige la NT para el óptimo control de crecimiento y desarrollo de los niños, encontrándose expresiones como:

“(…) este trabajo es para personas solteras, es imposible realizar todo lo que dice la norma técnica”
Enfermera Ana

No realizamos seguimiento a los niños, porque si bien somos las enfermeras, también estoy preocupada por mis hijos, ya que soy madre.

Enfermera Liliana

“no es mi responsabilidad, eso es trabajo de enfermería (…)”

Eduardo (Médico Jefe)

El escaso compromiso no solo es consentido por el propio personal de salud, sino que también es percibido por las madres. Durante el desarrollo del grupo focal, se obtuvo la siguiente versión:

“Pero acá no te lo atienden por el control de CRED. Acá te lo revisan porque que está enfermo o aprovechan en la vacuna donde lo pesan pero no hay que te digan señora venga tal día para hacer el seguimiento, no hay.

Sra. Candy

Por otro lado, el desempeño del personal de salud también es influenciado por factores motivacionales, de reconocimiento y recompensa por parte de la institución en conjunto. Las autoras no han sido ajenas a opiniones como:

“(las enfermeras) escasamente nos involucramos en el trabajo, puesto que se tiene que lidiar con los caracteres diferentes de las colegas”.

Lic. en Enfermería, Liliana

Frases como la mencionada evidencia síntomas de resquebrajamiento en el grupo asistencial, e incluso entre éste y el frente administrativo de la institución, configurándose de ese modo un aspectos limitante para que las enfermeras no demuestren mayor compromiso con su trabajo diario, especialmente el trabajo relacionado con la atención y control del crecimiento y desarrollo de los niñas y niños.

Con todo lo expuesto, las investigadoras han elaborado un resumen de los factores que influyen en el desempeño del personal de salud:

- Multiplicidad de funciones: Durante un turno, una misma enfermera debe atender el consultorio de CRED, el tóxico, brindar atención inmediata del recién nacido, entre otras actividades más.
- Debe lidiar a diario con las quejas y reclamos de una gran demanda insatisfecha.
- Insumos incompletos o escasos, además de la falta de cuidado del material y baterías que se reciben, muchas veces quedan en manos de las madres, ya que no se hace el seguimiento respectivo para recuperar el material de apoyo.
- Falta de desarrollo y fortalecimiento de competencias en el tema de CRED.

Chiavenato, en *Administración de Recursos Humanos* refiere que el desempeño laboral “es el comportamiento del trabajador en la búsqueda de los objetivos fijados; éste constituye la estrategia individual para lograr los objetivos” (Chiavenato 1999: 359), y según Milkovich y Boudreau (1994) en su libro *Dirección y Administración de Recursos Humanos* refiere que el desempeño laboral tiene una serie de características individuales, como las capacidades, habilidades, necesidades y cualidades que interactúan con la naturaleza del trabajo y de la organización para generar comportamientos que afectan los resultados. Si bien los establecimientos de salud deben ofrecer un servicio de calidad, habrían de considerar primero aquellos factores que inciden de manera directa en el desempeño de sus trabajadores, algunos de los cuales se han identificado en esta investigación.

De las versiones expuestas se puede deducir una falta de compromiso y poca satisfacción con el trabajo que desempeña el personal de salud. La satisfacción que un trabajador puede sentir se traduce en sentimientos favorables o desfavorables en relación a su función y se constatan en las actitudes del trabajador, y que muchas veces puede ser percibida por terceras personas, en este caso, por las madres de los niños y niñas usuarios del programa. Otro factor influyente que las investigadoras han

identificado es la escasez de insumos y materiales de trabajo disponibles para implementar el programa según lo establecido en la Norma Técnica. Aunque el personal de salud tenga los niveles más elevados de motivación no podrían hacer bien su trabajo si no tiene los insumos adecuados mínimos para realizar su labor.

Para implementar la Norma Técnica del CRED se debe suministrar a los trabajadores los medios necesarios para desempeñar su trabajo. Este aspecto importante debe ser considerado por la GERESA Lambayeque, y el jefe del establecimiento de salud, como condición del seguimiento y del proceso de valoración del desempeño del trabajador.

El compromiso que tiene el personal de salud con su institución, es poco; el compromiso de todo trabajador con su institución es un valor individual de la persona que se podría definir como una obligación contraída, un acuerdo o palabra dada. Este compromiso ético personal es actualmente escaso y se ve continuamente personal que no quiere comprometerse con su organización. Sin embargo, el compromiso es sinónimo de valores humanos como responsabilidad, esfuerzo, disciplina, constancia, etc. Es decir, que el compromiso con el trabajo depende de la formación de las personas, de los valores y principios formados en el hogar, que muchas veces superan un compromiso económico. Una persona comprometida con su trabajo se esfuerza y supera las limitaciones en el afán de conseguir los objetivos propuestos, de generar alternativas y propuestas de mejora con el servicio dado, evitando el conformismo.

6.2.2. Autovaloración del desempeño del personal (SC2₂)

En la entrevista aplicada al personal de salud, las preguntas 3 y 6 contiene evidencia expuesta por el personal de salud, que consideró tener un desempeño favorable, pues realizan múltiples actividades, incluidas las del Control de Crecimiento y Desarrollo. También consideran que la información brindada a las madres participantes es suficiente para cumplir con los objetivos del programa.

El personal, reconoce que les falta abarcar otros aspectos del CRED, como el factor educativo, a través de consejerías; el de seguimiento a niños que

no asisten a sus controles, a través de las visitas domiciliarias, e incluir en sus evaluaciones la identificación de los factores protectores y de riesgo de salud del niño.

Sin embargo, el personal de salud considera que el factor tiempo es el principal limitante para implementar adecuadamente el programa debido a su multiplicidad de funciones. Esta recarga les conduce a atender la demanda y no concentrarse en hacer seguimiento a los niños y niñas faltantes para alcanzar niños controlados y cumplir con la meta del programa, o promover una atención integral de los niños usuarios para favorecer su desarrollo integral. Si bien esta investigación no ha utilizado un instrumento para medir el desempeño del personal, algunas respuestas registradas en los instrumentos de recolección de información han permitido identificar los aspectos mencionados. Sin embargo, creemos que la autoevaluación dependerá, en último término, de la capacidad de autocritica y de observación que cada uno de los trabajadores tenga respecto de la función que realiza en la institución. De otra forma, los resultados obtenidos serían ajenos a la realidad. Además, consideramos este punto vital en el sentido de ser el punto de partida para iniciar la mejora de los procesos en la implementación del Programa, según la Norma Técnica.

6.3. ESTRATEGIAS Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN (C3)

En esta categoría se agrupa la información que permita analizar las opiniones de las madres acerca de la información que reciben en el Centro de Salud sobre el Control de Crecimiento y Desarrollo, e inspeccionar el manejo de los medios de comunicación que realiza el personal CRED.

La finalidad de una estrategia comunicacional en salud es lograr que las personas se involucren activamente pero con pleno conocimiento sobre el tema. Para conseguirlo se usan diferentes medios de comunicación que interactúan con las personas transmitiéndoles mensajes apropiados sobre la salud.³⁹

³⁹ Ministerio de Salud Pública de Paraguay, OPS – UNICEF. s/a. Guía de Planificación Participativa de Estrategias de Participación en Salud. Consulta 13 de octubre 2012 http://www.mspbs.gov.py/promociondelasalud/wp-content/uploads/2012/09/guia_corta_estrategias_de_comunicacion_salud-3.pdf

En la estrategia comunicacional, según la OPS, la palabra “medios” no sólo significa los medios de comunicación visual o audiovisual, como prensa, radio y televisión, sino también toda acción o actividad de comunicación que se utilizamos para que los grupos de público escogidos tengan acceso a los mensajes adecuados y relevantes.⁴⁰

Teniendo en cuenta la bibliografía anterior se muestra en la Tabla 6.20 el amplio grupo de medios de comunicación que se pueden utilizar para dar mensajes sobre un tema específico de salud, y así ayudar a las personas a que adquieran nuevos conocimientos, así como adecuados comportamientos y actitudes.

Tabla 6.20: Los medios utilizados en una estrategia de comunicación

Masivos	Personales/ Grupales	Comunitarios	Electrónicos	De apoyo
periódico revista radio televisión cine libro folleto adhesivo plegable (tríptico) vehículo cartel (afiche) educación a distancia carta circular boletín informativo panfleto volante historieta cómica	reunión taller curso panel simposio mesa redonda demostración de resultados demostración de métodos dramatización teatro popular títeres excursión concurso estudio de casos debate	visita de intercambio feria festival fiesta patronal kermés mercado popular desfile asamblea exposición mural periódico mural altoparlante grupos musicales locales eventos recreativos y deportivos círculo de aprendizaje redes de contacto y cooperación	internet correo electrónico fax teléfono teléfono celular telecentros	Rotafolio papelógrafo franelógrafo pizarrón lámina fotografía retroproyector (transparencias) power point video cartilla juego educativo pasacalle maqueta herbario o insectario objetos instrumentos

Fuente: Extraído de la Guía de Planificación Participativa de Estrategias de Participación en Salud. OPS – UNICEF.

⁴⁰ IDEM

6.3.1. Nivel Educativo de las madres beneficiarias (SC3₁)

De las 23 madres beneficiarias entrevistadas, se obtuvo la siguiente información, en cuanto a su nivel educativo:

Tabla 6.21: Nivel educativo de las madres beneficiarias (SC3₁)

GRADO DE ESTUDIOS	NÚMERO DE MADRES PARTICIPANTES
Primaria	9
Secundaria	12
Superior	2

Fuente: Entrevistas aplicadas a las madres usuarias Tumán. Setiembre–octubre, 2012.

En todo programa o proyecto social es básico que la población a quien se dirigen los mensajes claves esté debidamente identificada y se conozca su nivel educativo, pues de este modo se podrá seleccionar el medio y los recursos comunicacionales a utilizar, el tipo de lenguaje a emplear y los momentos identificados para promover dicha información.

6.3.2. Manejo de la Información en el CRED (SC3₂)

Tipo de información que reciben las madres, según su propia opinión

Todo programa social está orientado a lograr el bienestar de un grupo en particular, y como ya hemos mencionado, todo programa es susceptible de evaluación. En esta investigación resulta indispensable interpretar el grado de conocimiento que acerca del CRED tienen las madres de niños menores de 5 años. Específicamente, identificar lo que saben y a través de quién lo saben, a fin de entender cuánto se ha avanzado en la estrategia de comunicación del programa.

Al haber descrito en párrafos anteriores, diversos limitantes en la ejecución del CRED, es lógico pensar que la comunicación no está fluyendo de la mejor manera. De las entrevistas realizadas a las madres se obtuvo un conjunto de aspectos relevantes tanto para la implementación del programa como para conocer la percepción de las madres de los niños y niñas usuarias del servicio.

Las evidencias demuestran que las madres reconocen como actividades de CRED a la estimulación temprana y el cuidado nutricional. Pero no es un conocimiento común a todas. Identifican el control con la vacunación y hay quien piensa que el control del niño es por enfermedad y no se les brinda información sobre siguientes controles, lo apreciamos en la siguiente declaración:

“Pero acá no te lo atienden por eso (Control de CRED). Acá te lo revisan porque que está enfermo o aprovechan en la vacuna donde lo pesan pero no hay que te digan señora venga tal día para hacer el seguimiento, no hay...”

Sra. Margarita

Las madres conocen muy poco del CRED. Sin embargo, gran parte de lo que conocen lo han aprendido a través de diversas fuentes: medios de comunicación masivos (programas de televisión y revistas); familiares (madre, hermana, abuela); otras personas (profesoras y padres con hijos mayores), tal y como se aprecia en la siguiente declaración:

En la Posta siempre dicen: “está bien, está bien” y nada más son básicos y uno tiene que hacerlo en su casa pues. Yo aprendí por mi mamá y por la televisión”.

Sra. Consuelo

En cuanto a la capacidad de transmitir información, la Norma Técnica establece que en todos los establecimientos de salud el personal tiene que brindar información sencilla pero adecuada sobre el control de crecimiento y desarrollo. La limitante comunicativa se explicita en los comentarios vertidos por las madres usuarias que asistieron al programa en un determinado momento.

La consejería es una estrategia de comunicación que se emplean en la promoción de la salud, establece una buena comunicación entre el proveedor del servicio y el o la usuaria.

En el control de CRED la consejería es un proceso educativo comunicacional cuyo objetivo fortalece prácticas adecuadas y previene

riesgos en el desarrollo integral del niño.⁴¹ Tal es así que la Norma Técnica establece que las consejerías deben darse en el control CRED, pero en párrafos anteriores ya se ha manifestado que el tiempo para cada evaluación es bastante reducido, por lo que se busca brindar información durante el desarrollo de otro tipo de actividades, por ejemplo, en las charlas de orientación.

Las madres fueron consultadas acerca de su participación en las charlas que el personal de salud organiza. Algunas de ellas respondieron:

“Bueno, nunca he ido o me han dicho para asistir a una capacitación”.

Sra. Candy

“No he ido nunca a una charla en la posta porque casi no hay...”.

Sra. Margarita

Sin embargo, se observó que las madres, mientras esperan su turno sí leen, por ejemplo, revistas, periódicos y ven programas televisivos con mucha atención. Con las manifestaciones vertidas por las madres se pudo deducir que hubo ausencia de una estrategia comunicacional efectiva por parte del servicio y del establecimiento de salud, dado que la información que se envía a los usuarios “no cumple con el propósito y ello tiene que ver con los derechos de decisión, flujos de información, incentivos y estructura de la misma”.

De las 6 participantes del grupo focal:

Cuatro esperan recibir información relacionada al control de crecimiento y desarrollo de su niño.

Una espera que el personal les explique bien el diagnóstico de su niño.

Una espera que peguen afiches para que puedan informarse.

⁴¹ MINSA 2011 R.M N°990-2010/MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y Niño menor de cinco años. Lima, 20 de diciembre de 2010. Consulta 30 de Marzo 2012

En este sentido, se tiene la certeza que la mayoría de las madres participantes desean recibir información verbal, consejería, de forma clara y sencilla, es decir, que se deje entender:

“...No le entiendo a la enfermera cuando habla”

“A las enfermeras no se les entienden como hablan incluso a veces nos gritan”

Sra. Carmen

Estas expresiones tienen estrecha relación con las habilidades del personal de salud para hacerse entender con un lenguaje sencillo o coloquial acorde con el nivel educativo de las madres usuarias, en que se resalte mensajes claves que la familia deba recordar.

Si el personal de salud utilizara un enfoque holístico del proceso salud/enfermedad, entonces se aprovecharía cada contacto para efectuar acciones preventivas promocionales y de educación en salud, sin dejar de lado la solución del problema específico.

Ante esta limitante, las madres optan por la forma de comunicación escrita, según se manifiesta en esta versión:

“...Ni siquiera pegan afiches para informarnos”.

Sra. Carmen

Las madres reconocen que la información impresa y visual es una fuente importante de comunicación, y muestran preocupación por no encontrar folletos para llevar a casa, afiches con información, o videos que visualizar, mientras esperan su turno, para aprender a estimular al niño en casa.

La mayoría de madres opina que la información que reciben del personal de CRED no se brinda con mensajes claros y sencillos. Las madres refieren que la información no es la adecuada porque no la entienden, es aburrida, improvisada y no se da con un trato amable.

Las usuarias mencionan que el personal “grita” y no es respetuoso (“quizás, porque somos pobres”, señalan).

A menudo afirman que son sorprendidas con charlas sin avisar, antes de la entrega de la canasta del PIN⁴², existe más interés en recoger información de la madre que en brindarle información. Estas circunstancias son causantes de que no se recuerde los contenidos que se les brindan.

Estos hallazgos no concuerdan con los estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud, publicado por Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación, en que se establece que uno de los atributos de calidad es “información completa”, entendiéndose como la provisión de contenidos veraces, oportunos y entendibles por las personas o público, con la finalidad que al estar informados sean capaces de tomar decisiones adecuadas sobre su salud.

Se sabe que la familia es el principal y más importante escenario en el cual se inicia la atención integral de los niños y niñas, ya que es el primer agente socializador. Es en seno familiar, y desde el embarazo, que se inicia un proceso de interacción con el niño y niña, que favorecerá un desarrollo sano e integral pero siempre que las experiencias afectivas y sociales sean ricas y estimulantes. Por consiguiente, durante los primeros años de vida del niño, la familia tiene un lugar protagónico en el cuidado, educación y desarrollo de los niños y las niñas. Por lo tanto, es vital que la familia, o por lo menos la madre, esté informada acerca de todo lo concerniente al cuidado de la salud del niño o niña menor de cinco años.

En el Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil en el Contexto del AIEPI (OPS, 2006), se plantea un consenso referente a que los padres son expertos en identificar deficiencias en sus hijos, manifiestan una elevada sensibilidad, y su opinión revela un valor predictivo muy bueno en el descubrimiento de problemas de desarrollo. Asimismo, las familias se empoderan de su rol y responsabilidades ante sus niños y niñas sí sienten que las condiciones y procesos que puedan facilitarles son decisivos para su desarrollo y cuidado.

⁴² Programa Integral de Nutrición. MINSA.

Tipo de información que brinda el personal de salud, desde su propia opinión

Pese a que en la entrevista las enfermeras consideran que informan adecuadamente a las madres en el control de CRED, la Guía de Observación Directa arrojó que no se vienen cumpliendo con los siguientes procedimientos que norma el MINSA, resumidos en la Tabla 6.22.

Tabla 6.22: Procedimientos que no se cumplen en la atención CRED

Explica la importancia de la actividad de estimulación según su edad.
El personal de salud concreta una cita para próximo control CRED y explica la importancia de asistir puntualmente
La visita domiciliaria se constituye en la estrategia por excelencia para realizar el seguimiento

Fuente: Elaboración propia basada en la Guía de Observación realizada al personal de salud en el momento de la atención CRED.

Así, se pierde una valiosa oportunidad de cumplir con el propósito de la Norma Técnica CRED respecto a promover prácticas adecuadas del cuidado del niño.

6.4. PERCEPCION DE LAS MADRES ASISTENTES (C4)

Las autoras pudieron conocer la percepción de las madres participantes respecto a la ejecución del programa social de salud CRED, principalmente por las respuestas y opiniones que surgieron de la entrevista no estructurada, pues las preguntas abiertas permitieron que las madres se extendiesen en sus apreciaciones. De igual forma, las entrevistas se tomaron en sus propios domicilios y en forma individual, por lo que las opiniones recogidas no se sobrecargaron de tensión.

De todo lo recopilado, se infiere que las madres participantes del programa CRED, perciben lo siguiente:

- La información es escasa, incompleta e inadecuada. Las madres prefieren informarse a través de otras fuentes.
- No hay quién supervise a las enfermeras.

- La atención es mala, porque el tiempo de espera se extiende y el estado de ánimo de la enfermera afecta mucho el clima interactivo de la atención, incluso presentándose maltrato, represalia y discriminación. Fueron varias las opiniones al respecto. Aquí las más resaltantes:

“Las personas que atienden allí son muy brutas, toscas, muy lenta te mueres allí, si están de cólera se la agarran contigo, espere espera, pero si son personas de bajos recursos peor lo atienden”.
Sra. Bremit.

“Uhhh es lenta se demoran un montón debe hacer su cola desde temprano, es muy lenta la atención; mmm en realidad no hay una buena atención. Por eso ya ni voy para allí, pierdo mi tiempo, estoy sentada todo el día allí, la mala atención, lo peor es que ¡me gritan...!

Sra. Consuelo.

- El Centro de Salud no imparte charlas informativas y de orientación, ni utiliza otro medio comunicacional para dar información.
- No hay interés por parte de las enfermeras para hacer seguimiento a los controles de los niños, y justifican ese desinterés en ciertos factores, como la mala remuneración y la falta de vocación. Se obtuvo estas opiniones:

“Pero con razón porque hay enfermeras mal pagadas también... si hubiera una buena paga para ellas todavía. Pero algunas enfermeras no son de vocación...ya pues porque fue la última opción.”
Sra. Bremit.

“Pero no debe ser así porque si ellas se metieron a eso, deben hacerlo, pero no van a visitar ya que están dentro de las normas”.
Sra. Consuelo.

- La información no se da en el momento oportuno ni mucho menos dentro de un ambiente amable y respetuoso, como se aprecia en la siguiente manifestación:

“A las madres de familia el personal de salud nos grita como si fuéramos sus hijas”... Quizás porque somos pobres”.
Sra. María.

- Desinterés por parte del personal de CRED en dar consejería:

“Deben poner videos para mirar mientras uno espera”. “El personal de salud hace su trabajo por hacer ni siquiera nos brinda una fotocopia de un folleto para leer en casa”.

Sra. Consuelo.

Deben enseñarnos como estimular a nuestro a niños.

Sra. Candy.

- Falta de concentración en las actividades que se realizan:

“La verdad, las enfermeras más se ponen a conversar entre ellas”.

Sra. María

“Porque las enfermeras más conversan de sus hijos o sus familiares con sus colegas en sus consultorios, en vez de atendernos”.

Sra. Carmen



CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

1. La Gerencia Social implementada de manera planificada en el centro de salud Tumán puede disminuir las limitaciones y potenciar los aportes de los diferentes profesionales, creando sinergias. La Gerencia Social puede ser implementada por el jefe del centro de salud, situación esperable pues se tendría mejores resultados. De no ser así se puede implementar un enfoque de gerencia en torno del programa CRED y/o salud del niño. Gerenciar este programa puede traer mejores resultados porque se trabajaría por una visión común, compartiendo las dificultades y planificando por procesos y en equipo, dando pie a una organización no jerárquica (las responsabilidades no se diferenciarían por tiempo de antigüedad, nombramiento, contrato, SERUMS, etc.) y se priorizaría el tiempo en función de los procesos más importantes (atención, asesoría, seguimiento).

La operatividad de la Gerencia Social permitiría crear alternativas frente a los factores limitantes centrales: el poco tiempo disponible, la recarga de trabajo, la escasez de recursos materiales para implementar el control del CRED, y los conocimientos limitados respecto a los procedimientos y norma técnica de este programa.

2. Existen factores que limitan la implementación del Programa de Control CRED en el Centro de Salud de Tumán. El personal de salud del programa CRED considera como factores limitantes para el desempeño de su función:

- ❖ El factor tiempo;
- ❖ La realización de múltiples actividades paralelas a la atención CRED;
- ❖ Los escasos e incompletos insumos del programa para ejecutarse, y
- ❖ La inexistencia de desarrollo de competencias en el tema CRED.

Uno de estos factores, identificados en el momento de analizar la implementación del Programa Control CRED, y que consideramos concluyente, fue el escaso conocimiento y la poca capacitación que el personal de salud tiene respecto a la Norma Técnica de CRED.

Consideramos que la capacitación debe ser el principal aspecto a tener en cuenta para motivar al personal que labora en el Centro de Salud Tumán, puesto que se convierte en una oportunidad de adquirir no sólo mayores conocimientos, si no también habilidades y actitudes para desempeñar con éxito y calidad sus labores.

Otro de los aspectos encontrados es *la recarga laboral* o multiplicidad de funciones que realiza el personal de enfermería cuando ofrece el servicio de control del CRED. El equipo investigador definió la recarga de trabajo como el conjunto de requerimientos psicofísicos a los que está sometido el trabajador a lo largo de la jornada laboral, lo que implica una actividad física y una actividad mental sobreexigida que altera y merma el desempeño de cualquier trabajador e incide en una insatisfacción en el trabajo que ejerce. La recarga laboral identificada por el personal de enfermería se agudiza cuando no se cuenta con los recursos materiales indispensables para desarrollar su trabajo según lo establecido en la normatividad vigente relacionada con el Control CRED. Esta situación se evidenció en el momento de aplicación de la guía de observación al personal de salud.

El factor tiempo para la evaluación del niño en el programa CRED no cumple con lo establecido en la Norma Técnica vigente. El incumplimiento en la duración necesaria para la atención CRED conlleva a la ausencia de actividades importantes como la consejería, la evaluación de factores condicionantes de la salud del niño, la promoción de la participación de la familia en la estimulación temprana del niño, la concertación de una cita posterior, y la explicación de la importancia de la asistencia al control de CRED.

En la práctica, muchos de los procedimientos se han simplificado y algunas actividades se han omitido, como las relacionadas con la comunicación entre el proveedor del servicio y el usuario, derivando en una inadecuada difusión de los alcances e importancia del programa CRED.

De igual manera, el incumplimiento en el seguimiento a los niños que no asisten a sus controles CRED, origina la pérdida de la oportunidad de lograr un “Niño Controlado” y se desaprovecha los beneficios que trae consigo una visita domiciliaria.

1. Acerca de la autovaloración que el personal de salud otorga a su propio desempeño en el Servicio Etapa Vida Niño, se concluye:

El personal de salud del programa CRED reconoce no poder abarcar todos los aspectos del control CRED, pero a pesar de ello considera que sí ofrece una atención básica, pues conoce los objetivos, brinda a las madres la información indispensable y hace uso de los recursos que provee la *Norma Técnica*.

2. Acerca de la percepción de las madres participantes respecto del impacto del Programa CRED, se concluye:

Las madres de los niños inscritos en el programa CRED consideran que el desempeño del personal encargado del programa, no es bueno. Lo perciben así debido al apresuramiento en las atenciones, el bajo compromiso del personal, la ausencia de un trato amable con ellas, la falta de interrelación adecuada con la madre en función de su nivel sociocultural, la evasión de aspectos individuales de cada niño y su entorno, el desinterés del personal por brindar información clara, completa y oportuna sobre la importancia del Control de CRED. Cabe señalar que todos estos aspectos son importantes y relevantes para que el Programa CRED alcance los objetivos que se espera.

La evidencia revela que las madres tienen información incompleta y limitada sobre el CRED, y lo asocian directa y únicamente con el control de peso y talla, y con la aplicación de vacunas, pese a que la norma técnica contempla una serie de actividades de igual importancia para el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas. Muchas de ellas han adoptado prácticas de estimulación y nutrición en base a consejos que reciben de amigos y familiares, lo hacen porque consideran importante atender estos aspectos en beneficio de sus niños, y perciben que el Control de CRED en el Centro de Salud de Tumán no se los brinda como debería serlo.

Las usuarias no conocen todos los aspectos necesarios e importantes del programa y ese desconocimiento se debe a la ausencia de un buen servicio y de una estrategia comunicacional efectiva por parte del personal de salud de dicho establecimiento.

3. Acerca de las propuestas de mejora en el manejo de los componentes del Programa CRED, se concluye:

Existe la necesidad de implementar acciones de mejora en el establecimiento de salud. Algunas acciones son atendibles de manera inmediata, otras a mediano y largo plazo, en función del manejo que la gerencia o jefatura tenga sobre cada uno de los componentes, y de acuerdo a la asignación óptima de los recursos. La propuesta de mejora tiene como punto central la implementación de una gerencia social que incentive la gestión del talento humano, la participación de uno de los actores (STAKEHOLDERS) más importantes (los usuarios), y el fortalecimiento de liderazgos representativos que orienten una nueva organización del trabajo.



CAPÍTULO VIII

PROPUESTA DE MEJORA

I. INTRODUCCIÓN

Cohen y Franco⁴³ sostienen que la evaluación de proyectos, planes o políticas es una labor analítica que tiene como ejes centrales la maximización de la eficacia y la eficiencia de la intervención pública.

En relación con ello, las autoras han evidenciado que actualmente el programa de Control de Crecimiento y Desarrollo de los niños y niñas menores de 5 años en el Centro de Salud de Tumán ve limitada su capacidad operativa, por lo que resulta poco eficiente en cuanto a niveles de satisfacción social, notándose escasa participación y poca eficacia en tanto no viene alcanzando las metas programadas.

En un informe de la CEPAL se manifiesta que “la evaluación es útil a los encargados de la gestión cotidiana, porque permite centrar la atención en el cumplimiento de los objetivos perseguidos y de la ejecución”⁴⁴. Por lo tanto, no podría concebirse la aplicación de un programa sin considerar su evaluación para una mejora continua. En atención a ello, se ha elaborado la presente *Propuesta de Mejora* cuyos objetivos y resultados están alineados con los objetivos del programa.

El presente documento contiene 9 propuestas de mejora para la aplicación del CRED en el Centro de Salud de Tumán. Cada propuesta se analiza en función de los procedimientos y disposiciones regulados por la Autoridad Sanitaria Nacional, en el marco de la Norma Técnica CRED.

⁴³ Cohen y Franco, (2000). “Evaluación de Proyectos Sociales”. Editorial Siglo XXI. México.

⁴⁴ CEPAL. 2001. Evaluación de políticas y programas en la región del Caribe de habla inglesa: problemas conceptuales y prácticos, Santiago de Chile. Consulta 25 de Marzo de 2016. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7259-evaluacion-politicas-programas-la-region-caribe-habla-inglesa-problemas>

Asimismo se ha incluido 2 estrategias de mejora para el programa CRED en general, como aporte adicional de las autoras desde el punto de vista de los intereses de la Gerencia Social.

II. JUSTIFICACIÓN

La manera como se viene aplicando el programa CRED en el Centro de Salud de Tumán no cumple con los estándares de la Norma Técnica. Esta situación genera un bajo número de niños controlados al año, un alto índice de deserción e insatisfacción de las madres participantes. El capital humano de una localidad se ve afectado y la pobreza se mantiene y se torna transgeneracional.

Como sabemos la infancia es “una ventana de oportunidades” para modificar niveles de desnutrición y altas tasas de violencia, por el contrario la intervención en los primeros años de vida son decisivos para un adecuado crecimiento y desarrollo y también para una formación en la solidaridad

III. OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS

▪ Objetivo general

Mejorar la atención del Crecimiento y Desarrollo de los niños menores de cinco años, incrementando el indicador anual de *Niños Controlados* según lo establecido por la Norma Técnica CRED.

▪ Objetivos específicos

- Mejorar la capacidad operativa del programa.
- Mejorar el servicio de atención de los niños CRED.
- Mejorar el grado de satisfacción de las madres participantes.

RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados esperados para cada uno de los objetivos trazados son:

▪ **Resultado 1:**

Al término del 2° año, el Centro de Salud de Tumán debe alcanzar la cobertura promedio de “Niños Controlados” que tiene la región Lambayeque.

Actualmente el Centro de Salud de Tumán viene cumpliendo en un 40,7% la meta de niños controlados, en tanto la región alcanza un promedio de 57,3%.

A fin de alcanzar la cobertura promedio de la región, se pretende que el avance sea progresivo tal como se muestra en la Tabla 8.1.

Tabla 8.1: Asignación de metas

PERIODO	META A CUMPLIR
Para el 1° año	Se tiene el 44,7% de la meta cumplida.
Para el 2° año	Se tiene el 50% de la meta cumplida.
Para el 3° año	Se tiene el 57,3% de la meta cumplida.

Fuente: Elaboración propia.

▪ **Resultado 2:**

El Centro de Salud de Tumán dispone de un consultorio CRED con un personal de salud que atiende 6 horas al día.

▪ **Resultado 3:**

Según encuesta de Calidad de Servicio, el 70% de las madres usuarias reconoce que el crecimiento y desarrollo de su niño está mejor.

▪ **Resultado 4:**

Según encuesta de Calidad de Servicio, el 70% de las madres usuarias reconoce que la atención del personal de salud ha mejorado.

IV. INDICADOR DE MEDICIÓN:

Tabla 8.2: Indicador de medición

VARIABLE	INDICADOR DE MEDICIÓN
Niño Controlado	% de Niños menores de cinco años que cumplen con todos sus controles CRED según su edad.
Personal de Salud	# de personal de salud dedicado exclusivamente al control del Programa CRED
Madre usuaria satisfecha	% de madres participantes satisfechas con la consulta CRED
Madre usuaria satisfecha	% de madres participantes satisfechas con la atención del personal de salud

Fuente: Elaboración propia

V. RESPONSABLES

Cada una de las propuestas de mejora necesita del liderazgo de una persona y la participación de otras a lo largo de todas las etapas por las que atraviesa su implementación. Para ello se han definido los posibles actores responsables, presentados en la Tabla 8.3.

Tabla 8.3: Actores responsables de la implementación de la propuesta de mejora

RESPONSABLE	ESPECIFICACIONES
Autoridad Sanitaria Regional	DISA – DIRESA
Autoridad Sanitaria Local	Responsable del Programa en el Centro de Salud

Fuente: Elaboración propia.

VI. ORGANIZACIÓN DE LA PROPUESTA

La ejecución de la Propuesta de Mejora incluye una serie de actividades que se podrán ir logrando en distintos niveles, en función del nivel de compromiso de los responsables, el grado de complejidad y la disponibilidad de recursos logísticos.

- Corto plazo: Implica una duración máxima de 1 año.
- Mediano plazo: Implica una duración máxima de 2 años.
- Largo plazo: Implica una duración máxima de 3 años.

VII. DESCRIPCIÓN DE LAS PROPUESTAS DE MEJORA

1. Optimización de la capacidad operativa en el CRED.

La Norma Técnica contempla que “La asignación de recursos humanos para realizar el control de CRED está determinado por la meta física, el tiempo promedio utilizado por control (45 minutos), características de la demanda, dispersión de la población, capacidad instalada (número de consultorios), categoría y capacidad resolutive del establecimiento de salud, modalidad de atención (individual o colectivo) y escenario en el que se desarrolla”. (NTS MINSA 2011: 38)

Objetivo: Lograr que al menos 5 atenciones diarias generen Niños Controlados.

Gestionar ante la autoridad competente para que el consultorio CRED funcione a su máxima capacidad (6 horas por día sin interrupciones) y a razón de 45 minutos por atención. Siendo 8 el número máximo de atenciones día.

Las atenciones se realizarán con una duración de 45 minutos cada una, permitiendo que el personal de salud evalúe al niño de forma completa, utilice los formatos y guías que la norma establece, amplíe información acerca del niño y su entorno, interactúe con los padres o cuidadores del menor, eduque sobre la importancia de sus controles y motive su regreso.

Si se logra que cada vez más madres participantes perciban que el control del crecimiento y desarrollo de sus niños se comienza a dar de una manera más completa, y que el personal de salud las atiende de mejor manera, entonces regresarán a completar los controles, con lo cual el índice de probabilidad de *Niños Controlados* aumenta.

Implementar esta propuesta, beneficia al programa de la siguiente forma:

- Se da cumplimiento de la norma con atenciones de 45 minutos cada una.
- Disminuye las interrupciones de las atenciones CRED.
- Se da cumplimiento a la meta anual de *Niños Controlados*.
- Profundiza en el diagnóstico del entorno del niño o niña.
- Permite reconocer los factores de riesgo para la salud del menor.

- Se da cumplimiento a la meta de charlas educativas y consejería integral.
- Mejora el servicio de atención a los niños y niñas del CRED.

2. Desarrollo y monitoreo del programa de capacitación para el personal de salud en temas relacionados al CRED.

La Norma Técnica contempla que “El personal que realiza el control de CRED requiere de capacitación y actualización permanente. La capacitación mínima que debe recibir el personal profesional y técnico es de 40 horas académicas por año. Los contenidos mínimos de capacitación son: Crecimiento y Desarrollo del niño, consejería, estimulación temprana, antropometría, nutrición materno infantil, atención integral de salud, detección y manejo de violencia, sistema de información y gestión” (NTS MINSA 2011: 39).

Objetivo: Lograr personal capacitado de acuerdo con los requerimientos del Programa CRED

El personal de salud responsable del programa CRED en el Centro de Salud de Tumán debe gestionar ante la autoridad sanitaria regional el Plan Anual de Capacitación.

Asimismo, deberá organizar las actividades internas necesarias para garantizar el cumplimiento del Plan.

Finalmente, a través de fichas de evaluación, deberá verificar la asimilación de los contenidos de las capacitaciones.

Los beneficios que se logran con dicha implementación son:

- Profundiza el conocimiento sobre la Norma Técnica.
- Involucra a todo el personal del Centro de Salud en el cumplimiento de las metas del CRED.
- Mejora el servicio de atención a los niños.
- Mejora la percepción de las madres acerca del servicio.
- Reduce los márgenes de error y omisión en los procedimientos que la Norma establece.

3. Control y mantenimiento continuo de los equipos, materiales e insumos.

La Norma Técnica exige “La infraestructura, equipamiento y mobiliario del consultorio de atención integral del niño se ajustará a la normatividad vigente”. El anexo 13 de la norma técnica considera las especificaciones para salas de espera, consultorios, mobiliario, equipo, material médico, material de escritorio y educativo mínimo. (NTS MINSA 2011: 40 - 41)

Objetivo: Mantener el consultorio de CRED con los recursos logísticos necesarios.

El personal de salud a través de un *check list* verificará el estado y el *stock* de sus equipos y materiales necesarios para el óptimo desarrollo de las actividades del CRED, en función a lo consignado en el Anexo 13 de la norma técnica.

Deberá reportar a la autoridad sanitaria local y regional, según sea el caso, la carencia o desperfecto de un equipo o material.

La autoridad sanitaria local y regional gestionará la reposición o mantenimiento del equipo o material reportado, con la prioridad necesaria de acuerdo a los requerimientos de la norma.

Los beneficios que se logran con dicha implementación son:

- Contribuir a la óptima atención del CRED.
- Mejora la percepción del servicio en consultorio.
- Contribuye al indicador de madres participantes satisfechas con el control de crecimiento y desarrollo de sus niños.

4. Elaboración y ejecución de campañas de difusión de los beneficios y alcances del CRED.

La Norma Técnica requiere que “en los establecimientos de salud todo el personal de salud ofrece información clara y detallada sobre la oferta del control de crecimiento y desarrollo, resaltando los potenciales beneficios para la salud de la niña y el niño así como para la familia y comunidad. El personal responsable de la atención integral y del control de crecimiento y desarrollo, diseña e implementa

estrategias de trabajo con las familias, comunidad y otros sectores para mejorar el acceso y la cobertura” (NTS MINSA 2011: 42).

Objetivo: Sensibilizar a las madres participantes en la importancia del control de crecimiento y desarrollo de sus niños.

La autoridad sanitaria local debe gestionar el desarrollo de campañas de difusión masiva, a través de las cuales se pueda informar y educar acerca de los beneficios del CRED.

El personal de salud responsable del programa debe estar preparado para atender a la nueva población captada y mantener una actitud receptiva con la capacidad de responder las inquietudes y absolver cualquier duda con respecto al programa.

Los beneficios que se logran con dicha implementación son:

- Contribuir a la captación de nuevos niños.
- Motivar a las madres a llevar a sus niños a los controles establecidos.
- Mejorar la percepción de las madres acerca de la atención.
- Promueve la interacción entre el grupo participativo y el ejecutor.

5. Difusión del Programa a través de medios audiovisuales durante el tiempo de espera.

La Norma Técnica establece que: “en las salas de espera se debe colocar equipos de ayuda audiovisual a fin de difundir información útil para los padres, asimismo se recomienda publicar información relacionada al cuidado integral del niño en paneles debidamente ordenados, contar con material escrito y gráfico puesto al acceso del público en general” (NTS MINSA 2011: 40).

Objetivo: Obtener el máximo beneficio del tiempo de espera para sensibilizar y educar a las madres participantes.

El personal de salud responsable del Programa gestionará ante la autoridad sanitaria local la adquisición de los equipos necesarios para la transmisión audiovisual de información de interés para las madres participantes durante el tiempo que éstas permanecen en sala de espera. Los beneficios que se logran con dicha implementación son:

- Mantiene el interés de las madres en el CRED.
- Mejora la percepción de las madres con respecto al servicio.
- Contribuye a la fidelización de las madres participativas.
- Potencia el cuidado del niño.

6. Implementación y ejecución del sistema de citas, en base a la proporción de niños con atenciones nuevas y programadas.

La Norma Técnica contempla que “Para el monitoreo del cumplimiento del plan de atención es necesario implementar un sistema de calendarización de las citas”.

Objetivo: Incrementar el indicador “Niño Controlado”.

El personal de salud responsable del Programa debe diseñar una calendarización de citas, a fin de distribuir su jornada de trabajo en atenciones nuevas y atenciones de seguimiento.

Asimismo, implementará un cuaderno de trabajo para el registro de la programación de citas.

La distribución de citas se hará en función a las metas programadas, priorizando aquellas que corresponden a *Niños Controlados*, niños con identificación de factores de riesgo, etc.

Los beneficios que se logran con dicha implementación serán:

- Reducir el tiempo de espera por citas no programadas.
- Mejorar la percepción de las madres atendidas.
- Asegurar la asistencia de las madres al control de sus hijos.
- Motivar el seguimiento a los controles por parte del personal de salud.

7. Ejecución del Plan de Visitas Domiciliarias para el seguimiento a los niños que no asisten a sus controles.

La Norma Técnica contempla lo siguiente: “La visita domiciliaria constituye la estrategia por excelencia para realizar el seguimiento y consolidar las prácticas en el cuidado de la niña y del niño”.

Objetivo: Incrementar el indicador “Niño Controlado”.

El personal de salud cumple con el Plan de Visitas domiciliarias para el seguimiento de aquellos niños que no regresan a su control.

La visita domiciliaria debe realizarse tan pronto como sea posible, en relación a la inasistencia, y en cada una de ellas el personal de salud debe reforzar la importancia de que la atención se realice en el consultorio.

Los beneficios que se logran con dicha implementación son:

- Fortalece las prácticas claves de los cuidados del niño en casa.
- Cumplimiento de las actividades extramurales del programa.
- Estrecha el vínculo entre las madres usuarias, su familia y el personal de salud.

8. Articulación interinstitucional y establecimiento de alianzas estratégicas con otros actores locales sociales.

La norma técnica expresa que es necesario “promover la salud, el crecimiento y desarrollo armónicos de todos los niños a partir del involucramiento e iniciativas de los actores locales sociales”. Y también “con el apoyo de los agentes comunitarios y autoridades comunales, se elabora y actualiza permanentemente un listado de niños y niñas de la comunidad (los que van naciendo y los que llegan a la comunidad a residir). La captación también se realiza en otros espacios donde se agrupan niñas y niños (Programa Cuna Más, nidos, cunas, instituciones educativas de nivel inicial, etc.)” (NTS MINSA 2011: 42).

Objetivo: Facilitar el acceso al grupo objetivo.

La autoridad sanitaria local, incluye en su programación de trabajo mensual, espacios de tiempo destinados a identificar, coordinar y establecer sinergias con actores sociales locales a fin de mejorar la cobertura del programa.

Asimismo, coordinará actividades de interés común en beneficio del bienestar de los niños y niñas de la localidad, las mismas que pueden desarrollarse dentro y fuera del establecimiento de salud.

En consideración de la norma, las actividades deben incluir participación de grupos etáreos similares, a fin de que los padres y cuidadores comparen el desarrollo de su niña o niño con otros de la comunidad e intercambien experiencias y conocimientos con respecto a sus cuidados.

Los beneficios que se logran con dicha implementación son:

- Facilita la captación de niños y niñas para los controles CRED.
- Realiza actividades conjuntas en beneficio del programa.
- Involucra a un mayor grupo de personas en los objetivos del CRED.
- Promueve espacios de seguimiento a los controles.

9. Capacitar al personal de salud en la adaptación de las consejerías en función al nivel sociocultural de las madres participativas.

La Norma Técnica contempla que “el contenido educativo de las sesiones de consejería y/o demostración debe estar orientado a fortalecer las prácticas adecuadas y modificar las inadecuadas y deberán guardar coherencia con el nivel educativo, contexto socio cultural (temor, creencias, supersticiones) de los padres, tanto si el abordaje es individual o grupal” (NTS MINSA 2011: 36-37).

Objetivo: Posicionar en las madres participantes los alcances de CRED según su nivel sociocultural.

La autoridad sanitaria regional debe gestionar y proveer al personal de salud del CRED la capacitación en temas de manejo interpersonal y de comunicación efectiva, que les permita transmitir mensajes claros de acuerdo al nivel sociocultural de las madres participantes.

Asimismo, deberá facilitar los materiales y equipos necesarios para su ejecución.

Finalmente, deberá evaluar si las madres lograr entender la información proporcionada por el personal de salud, a través de un instrumento de monitoreo de percepción.

Los beneficios que se logran con dicha implementación son:

- Mejora la relación enfermera-madre-niño.
- Mejora la percepción de la madre con respecto al servicio de atención.
- Mejora la asistencia de los niños a sus controles.
- Contribuye al cumplimiento de indicadores del programa.



VIII. ESQUEMA DE LA PROPUESTA DE MEJORA

Tabla 8.4: Esquema de la propuesta de mejora

Propuesta de Mejora	Norma Técnica	Objetivo	Responsable	Temporalización
1. <u>Optimización de la capacidad operativa en el CRED</u>	La asignación de RRHH para el CRED está determinado por la meta física, el tiempo promedio utilizado por control (45 minutos), características de la demanda, dispersión de la población, capacidad instalada, categoría y capacidad resolutive del establecimiento de salud, modalidad de atención y escenario en el que se desarrolla.	Lograr que al menos 4.8 atenciones diarias generen Niños Controlados.	Autoridad Sanitaria Regional	Largo plazo
2. <u>Desarrollo y monitoreo del programa de capacitación para el personal de salud en temas relacionados al CRED</u>	El personal que realiza el control de CRED requiere de capacitación y actualización permanente	Lograr personal capacitado de acuerdo a los requerimientos del Programa	Autoridad Sanitaria Local	Corto plazo
3. <u>Control y mantenimiento continuo de los equipos, materiales e insumos:</u>	La infraestructura, equipamiento y mobiliario del consultorio de atención integral del niño se ajustará a la normatividad vigente	Mantener el consultorio de CRED con los recursos logísticos necesarios.	Autoridad Sanitaria Local	Corto plazo
4. <u>Elaboración y ejecución de campañas de difusión de los beneficios y alcances del CRED:</u>	En los establecimientos de salud todo el personal de salud ofrece información clara y detallada sobre la oferta del control de crecimiento y desarrollo, resaltando los potenciales beneficios para la salud de la niña y el niño así como para la familia y comunidad	Sensibilizar a las madres en la importancia del control CRED.	Autoridad Sanitaria Regional / Autoridad Sanitaria Local	Corto plazo
5. <u>Difusión del programa a través de medios audiovisuales durante el tiempo de espera:</u>	En las salas de espera se debe colocar equipos de ayuda audiovisual a fin de difundir información útil para los padres, así mismo se recomienda publicar información relacionada al cuidado integral del niño en paneles debidamente ordenados, contar con material escrito puesta al acceso del público en general.	Obtener el máximo beneficio del tiempo de espera para sensibilizar y educar a las madres participantes.	Autoridad Sanitaria Local	Corto plazo

Fuente: Elaboración propia.

Propuesta de Mejora	Norma Técnica	Objetivo	Responsable	Temporalización
<u>6. Implementación y ejecución del sistema de citas, en base a la proporción de niños con atenciones nuevas y programadas</u>	Para el monitoreo del cumplimiento del plan de atención es necesario implementar un sistema de calendarización de las citas.	Incrementar el indicador "Niño Controlado"	Autoridad Sanitaria Local	Corto plazo
<u>7. Ejecución del Plan de visitas domiciliarias para el seguimiento a los niños que no asisten a sus controles</u>	La visita domiciliaria se constituye en la estrategia por excelencia para realizar el seguimiento y consolidar las prácticas en el cuidado de la niña y del niño	Incrementar el indicador "Niño Controlado"	Autoridad Sanitaria Local	Corto plazo
<u>8. Establecimiento de alianzas estrategias con otros actores locales sociales</u>	Promover la salud, el crecimiento y desarrollo armónicos de todos los niños a partir del involucramiento e iniciativas de los actores locales sociales". y "Con el apoyo de los agentes comunitarios y autoridades comunales, se elabora y actualiza permanentemente un listado de niños y niñas de la comunidad	Facilitar el acceso al grupo objetivo	Autoridad Sanitaria Regional / Autoridad Sanitaria Local	Largo plazo
<u>9. Capacitar al personal de salud en la adaptación de las consejerías en función al nivel sociocultural de las madres participativas</u>	El contenido educativo de las sesiones de consejería y/o demostración debe estar orientado a fortalecer las prácticas adecuadas y modificar las inadecuadas y deberán guardar coherencia con el nivel educativo, contexto socio cultural (temor, creencias, supersticiones) de los padres, tanto si el abordaje es individual o grupal.	Posicionar en las madres participantes los alcances de CRED según su nivel sociocultural	Autoridad Sanitaria Regional	Mediano plazo

Fuente: Elaboración propia.

IX. PROPUESTA DE GERENCIA SOCIAL

❖ A nivel de ejecución del Programa

La investigación ha evidenciado un vacío de supervisión entre la autoridad sanitaria regional y la autoridad sanitaria local, no realizándose oportunamente el análisis de aspectos importantes como los resultados, indicadores, cumplimiento de la norma, uso eficiente de los recursos, calidad de servicio, entre otros.

Por un lado, la ejecución del programa CRED en los establecimientos de salud, a nivel nacional, son responsabilidad de un profesional de la salud con perfil asistencial, el mismo que ejecuta diariamente múltiples actividades con el fin de lograr las metas y objetivos que le fueron asignados.

Su labor diaria no le facilita llevar a cabo una visión de tipo ejecutivo y/o gerencial que permita analizar cómo se viene aplicando el programa en términos de eficiencia y eficacia.

Por otro lado, la normativa no contempla que las Jefaturas o Gerencias de los centros de salud, asuman la función de gerenciar estos programas. Esta falencia significa una desventaja del programa. Ante ello, las autoras proponen lo siguiente:

10. Supervisión periódica a las actividades del CRED

Adaptando lo mencionado por Puigi Cruells⁴⁵, la supervisión debe entenderse como un proceso y una relación que tiene el objetivo de revisar el quehacer del programa, así como contrastar los marcos teóricos con la práctica cotidiana.

La autoridad sanitaria regional designará a una persona con capacidad analítica para llevar a cabo periódicamente el control de los avances del programa, a través de visitas inopinadas con ayuda de listas de verificación.

⁴⁵ PUIG CRUELLES, C. El malestar de los profesionales, el agotamiento y la importancia de la supervisión. Trabajo social y salud. 2005.

La supervisión tendrá carácter netamente correctivo y facilitará el proceso de retroalimentación.

Objetivo: Evaluar el cumplimiento de las actividades que la Norma Técnica establece.

Los beneficios que se logran con dicha implementación son:

- Mejora el nivel de gestión del programa.
- Mejora la eficiencia del uso de los recursos.
- Contribuye al cumplimiento de las metas del programa.
- Mejora continua del programa.

❖ **A nivel de impacto social del Programa**

La Norma Técnica señala que las metas anuales en cuanto a indicadores de eficacia del programa (número de atenciones, número de niños controlados). El cumplimiento de estos indicadores debe ser reportado y evaluado anualmente. Sin embargo, las evaluaciones no contemplan la satisfacción del usuario.

Si bien es cierto que el grupo objetivo son los niños y niñas menores de 5 años, son sus padres y/o sus cuidadores quienes asumen la responsabilidad de llevar a sus menores a los controles, por lo que se considera que son ellos los sujetos de análisis de percepción de la calidad del servicio.

El CRED se ejecuta a través de un servicio de atención de salud y como tal debe ser entendido. Su eficiencia está sujeta al desempeño del personal a cargo, por ello se considera necesario incluir las variables “satisfacción” y “percepción” en futuras evaluaciones.

En concordancia con lo expuesto se ha elaborado la siguiente propuesta de mejora:

11. Evaluación periódica de la percepción de las madres que acuden al programa del CRED

El MINSA⁴⁶, refiere que “la baja calidad de la atención constituye actualmente uno de los mayores obstáculos para enfrentar con éxito los problemas sanitarios reconocidos como prioridades nacionales”.(MINSA 2009:s/p).

La autoridad sanitaria regional gestionará la ejecución de evaluaciones en forma semestral, dirigidas a identificar la percepción que tiene las madres participantes en el CRED acerca del servicio de atención que reciben en el Centro de Salud.

Los resultados de estas evaluaciones constituyen un instrumento de monitoreo con el que se puede establecer la evolución del servicio.

La autoridad sanitaria, además, deberá difundir los resultados de las evaluaciones entre todo el personal del establecimiento de salud a fin de que paulatinamente se estandaricen los procedimientos.

Objetivo: Identificar las deficiencias que señalan las madres y corregir las que ameriten intervención.

Los beneficios que se logran con dicha implementación son:

- Graficar la evolución de la percepción de las madres del CRED.
- Brindar una mejor atención.
- Mejorar la percepción de las madres acerca de la atención.

X. REVISIÓN DE LA PROPUESTA DE MEJORA

Para verificar si las propuestas de mejora van logrando el impacto favorable en el programa, es decir, si se están consiguiendo los resultados esperados en cuanto a incremento de Niños Controlados y mejora del servicio de atención, las autoras recomiendan realizar una evaluación anual a partir del primer año de implementadas las propuestas.

⁴⁶ Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud. MINSA. 2009

BIBLIOGRAFÍA

- ALBERT GÓMEZ, María José
2007 *La investigación educativa. Claves teóricas.* España: Mc Graw-Hill.
- ÁLVAREZ-GAYOU, Juan Luis
2005 *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología.* México: Paidós.
- ARREDONDO Baquerizo Freder Lorgio.
2006 Dualidad simbólica de plantas y 2006 animales en la práctica médica del curandero-paciente en Huancayo. PUCP. Lima. pp. 40.
- BASTIEN, Joseph.
1988 “Shamán contra enfermero en los andes bolivianos”. En: Revista Allpanchis N° 31.
- BONILLA-CASTRO, Elsy y Penélope RODRÍGUEZ
2005 *Más allá del dilema de los métodos.* Colombia: Norma.
- BROWN, Derick R.
2001 *La evaluación de políticas y programas en la región del Caribe de habla inglesa: problemas conceptuales y prácticos.* Santiago de Chile: CEPAL.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA (CEPAL)
2005 “La dotación de capital humano de América Latina y el Caribe.” Revista N° 86.

- DURAND TENORIO, Francisco
 2009 *Proyecto de Inversión Pública “Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva del Centro de Salud Tumán”. Estudio de PreInversión a Nivel de Perfil.* Municipalidad Distrital de Tumán.
- ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR (ENDES).
 2012 Anemia en niños y mujeres. Consulta: 15 de octubre de 2012.
- 2013 *Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos 2000-2012. (Resultados Preliminares)* ENDES. Lima.
- FONTANA, Andrea y James FREY H.
 2005 *The Interview, from neutral stance to political involvement. En N. K. Denzin & y S., Lincoln (Compilations). The Sage Handbook of Qualitative Research (695-727).* London, UK. Sage.
- FLICK, U.
 2007 *Introducción a la Investigación cualitativa.* Madrid, España: Morata.
- FORO MUNDIAL DE LA SALUD.
 1981
- GERESA
 2012 *Información de Actividades de Atención Integral de Salud del Niño – SIS Lambayeque.*
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)
 2011 *Informe Técnico de Evolución de la Pobreza al 2010.*

- 2012 *Resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2011.*
- 2013 *Informe Técnico de Evolución de la Pobreza Monetaria.*
- 2013 *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) Nacional y Departamental 2012.*
- INS
2012 Instituto Nacional de Salud. "Anemia en la Población Infantil: Aspectos clave para su afronte". Lima, mayo 2015.
- JÁUREGUI, J.
2010 *El Componente crecimiento y desarrollo: Significado para las madres de niños de 1 a 4 años del AAHH. Nueva Unión, Comas-2009.* Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
- KISNERMAN, Natalio
1999 *La supervisión como sistema de evaluación continua que garantiza la calidad de los servicios. Reunión de conjurados. Conversaciones sobre supervisión.* Buenos Aires: Lumen-Humanitas.
- KLIKSBURG, Bernardo
1996 *Seis tesis no convencionales sobre participación, capital social y cultura. Claves estrategias para el Desarrollo.* Banco Interamericano de Desarrollo, Fundación de Cultura Económica.

1997 Hacia una Gerencia Social Eficiente: Algunas cuestiones claves

MICHAEL S. KRAMER

2010 Promoción de la Lactancia Materna y Desarrollo Infantil Temprano: Comentarios sobre Woodward y Liberty, Pérez Escamilla, Lawrence y Grenier., MD. Canadá.

LALONDE, Marc

1974 *A New Perspective on the Health of Canadians.* Ottawa, Government of Canadá.

MARSHALL, Catherine y Gretchen B ROSSMAN

1989 *Designing qualitative research.* Newbury Park, CA: Sage.

MARTÍNEZ, Miguelez

1993 *Paradigma emergente, hacia una nueva teoría de la racionalidad científica.* Barcelona: Gedisa

MELLADO HUAMANI, Carmen Denisse

2008 *Satisfacción de la madre de la atención brindada por la Enfermera en el Componente de CRED del CMI-Daniel Alcides Carrión*”, tesis presentada para optar el título de licenciada en enfermería en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima - Perú.

MERCADO-MARTÍNEZ, Francisco; Denise GASTALDO, Carlos

2003 CALDERÓN

La etapa de análisis en los estudios cualitativos. Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y ética. Universidad de Guadalajara.

Servicio Vasco de Salud. Osakide. Universidad Autónoma de San Luis de Potosí. UANG, pp. 264-7.

MILES, M. B. y A. M.HUBERMAN

1994 *Qualitative data análisis: and expanded sourcebook.*
Newbury Park. CA. Sage.

MINISTERIO DE PROMOCIÓN DE LA MUJER Y DEL DESARROLLO
2002 HUMANO. PROMUDEH

D. S. N° 003-2002 que aprobó el “Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010”

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP).

2012 Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia
2012-2021. Consulta de 2 noviembre de
2015.[www.mimp.gob.pe/files/.../resumen-ejecutivo-II-
informe-anual-PNAIA.](http://www.mimp.gob.pe/files/.../resumen-ejecutivo-II-informe-anual-PNAIA)

MIDIS

2015 Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Estrategia
Nacional Incluir para Crecer, Primer eje. Consulta: 15
de marzo de 2015.
http://incluirparacrecer.midis.gob.pe/eje_2.php

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

2001 *Lineamientos de Política del Sector Salud 2002-2012.*
Principios Fundamentales para el Plan Estratégico
Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 - Julio 2006.

2002 *Estándares de calidad para el primer nivel de atención*
en salud. Dirección de garantía de la calidad y
acreditación. Lima: MINSa.

- 2004 *Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud*. Lima: MINSA.
- 2006 *Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS 040-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño”*.
- 2009 *Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, aprueba el Documento Técnico: “Política Nacional de Calidad en Salud”*.
- 2009 Portal del Ministerio de Salud – Todo sobre las IRAS.
- 2010 *Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y Niño menor de cinco años*. Resolución Directoral MINSA/DGSP-V-01-2010.
- MYERS, Robert y otros
2013 *Desarrollo infantil temprano en México. Consulta: 8 de noviembre de 2012*.
<http://www.iadb.org/DesarrolloInfantil>
- MUNARES GARCIA, Oscar Fausto
2005 *Estudio sobre calidad del control prenatal en establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)
2000 *Informe sobre la salud en el Mundo el año 2000*.

2006 *Informe sobre la salud en el Mundo. Potenciar al máximo el personal de salud existente.*

2010 *Estadísticas sanitarias mundiales.*

2013 *Estadísticas Sanitarias Mundiales.*

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

2012 *Guía de Planificación Participativa de Estrategias de Participación en Salud. OPS – UNICEF.*

PUIG CRUELLS, Carmina

2005 *El malestar de los profesionales, el agotamiento y la importancia de la supervisión. Trabajo social y salud. 50, pp. 11-26.*

REVISTA ELECTRÓNICA SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

1997 *Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Estudio realizado por Ramírez, T., y Nájera P. 1997. Vol. 40, n.º 1.*

SÁNCHEZ ISLAS, Ana Laura

2005 *Satisfacción de los servicios de salud y su relación con la calidad de los hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo”, tesis presentada para optar el título de médico cirujano en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.*

SCHADY, Norbert y otros

2014 *Gradientes de riqueza en el desarrollo cognitivo durante la primera infancia en cinco países de américa latina. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID).*

- THORA, Kron
1983 *Liderazgo y administración en Enfermería.* (5ta ed.).
México DF: Interamericana.
- USAID. UNITED STATES AGENCY INTERNATIONAL DEVELOPMENT
2008 *Proyecto “iniciativa de políticas en salud Perú”. Módulo para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y Niño según las Normas del Ministerio de Salud.*
- UNICEF. FONDO INTERNACIONAL DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA.
2005 *Objetivos de Desarrollo del Tercer Milenio.*
- 2011 *Informe “La desnutrición infantil causas consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento”.*
- 2011 *Estado de la Niñez en el Perú.*
- 2013 *Informe “Las muertes infantiles en el mundo se han reducido casi a la mitad desde 1990”.*
- VEGA Cano, Rosa y Carlos Alberto GÓMEZ PRADO
2012 *Importancia de la evaluación de programas sociales. Una revisión documental de algunas perspectivas.* En Contribuciones a las Ciencias Sociales. Consulta: 15 de noviembre de 2012.
www.eumed.net/rev/cccscs/20/

ANEXOS

ANEXO 1.

FORMATO GUÍA PARA DESARROLLAR EL GRUPO FOCAL CON LAS MADRES PARTICIPANTES DEL PROGRAMA CRED EN EL CENTRO DE SALUD DE TUMÁN

FECHA: ____/____/____

HORA DE INICIO: _____

HORA DE TÉRMINO: _____

DATOS DE LAS MADRES PARTICIPANTES DEL PROGRAMA CRED

N°	NOMBRE DE LA MADRE PARTICIPANTE	N. DE HIJOS	EDAD	GRADO DE ESTUDIOS
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

PREGUNTAS FORMULADAS:

- ¿Qué acciones realizan o conocen del programa CRED (Programa Crecimiento y Desarrollo)? ¿Cómo las aprendieron?
- ¿Alguna vez han ido a alguna charla en la posta de salud?
- ¿Cuándo han ido al control, la enfermera les ha dicho por qué es importante?
- ¿Ustedes creen que cuando un niño falta a su control deberían de ir a buscarlos?
- ¿Usted recibiría y conversaría con el personal de salud que visita su casa?
- ¿Qué las motiva a llevar a sus hijos a los controles?
- ¿Qué tal las atendieron?

ANEXO 2.

FORMATO DE ENTREVISTA APLICADA A LAS MADRES USUARIAS DEL PROGRAMA CRED EN EL CENTRO DE SALUD DE TUMÁN

DATOS DEL ENTREVISTADO:

NOMBRE DE LA MADRE PARTICIPANTE:

FECHA: ____/____/____

PREGUNTAS FORMULADAS:

- ¿Recibe información sobre el diagnóstico del estado de salud de su niño o niña?
- ¿Cree usted que las charlas de capacitación sobre el CRED se dan adecuadamente?
- ¿Ha sido usted informado(a) con respecto a la importancia de los controles de su niña o niño en los cinco primeros años de su vida?
- ¿Trae usted a su niño o niña a sus controles en el Programa de Crecimiento y Desarrollo en las fechas designadas?
- ¿Cuál es el motivo (que la anima) para traer a su niño o niña a todos sus controles?

ANEXO 3.

FORMATO DE ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA APLICADA AL PERSONAL DE SALUD DEL PROGRAMA CRED EN EL CENTRO DE SALUD DE TUMÁN

DATOS DEL ENTREVISTADO:

FECHA: ___/___/___ LUGAR: _____
GÉNERO: F M
NOMBRE: _____
EDAD: _____
ESTADO CIVIL: _____
OCUPACIÓN: _____
ESCOLARIDAD: _____

PREGUNTAS FORMULADAS:

1. ¿Conoce usted el contenido integral de la norma técnica del Programa de Crecimiento y Desarrollo?
2. ¿Ha sido usted capacitado en la importancia y los componentes del Programa de Crecimiento y Desarrollo? Los conoce ¿cuáles son?
3. ¿Conoce y usa usted los recursos de la Estrategia del Control de Crecimiento y Desarrollo según normativa? ¿Puede mencionar alguno de ellos?
4. ¿Qué le motiva a usted para estar comprometido con su labor en el Programa de Crecimiento y Desarrollo?
5. ¿Cree usted que el nivel educativo es importante en la asistencia de las capacitaciones de las madres, padres y familiares?
6. ¿Cree usted que le informa adecuadamente a las madres, padres y familiares del Programa de Crecimiento y Desarrollo?
7. ¿Existe alguna articulación del Programa de Crecimiento y Desarrollo con los actores sociales y con otras instituciones del distrito de Tumán?
8. ¿Qué estrategia desarrolla el centro de salud para realizar el seguimiento de los controles de los niños y niñas?
9. ¿Cree usted que el centro de salud cuenta con la infraestructura adecuada, tal como indica la normatividad vigente?

ANEXO 4.

FORMATO GUÍA DE OBSERVACIÓN DURANTE EL CONTROL DE NIÑOS Y NIÑAS DEL PROGRAMA CRED APLICADA A LA MADRES

DATOS DE LAS MADRES PARTICIPANTES DEL PROGRAMA CRED

N°	NOMBRE DE LA MADRE PARTICIPANTE	ITEMS * (1) (2) (3) (4) (5)		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

*ÍTEMS DE LA GUÍA: (Puede marcar hasta 2 ítems)

1. La familia usuaria recibe mensajes claros y sencillos sobre la importancia de crecimiento y desarrollo infantil.
2. Las familias usuarias presentan una actitud de alerta: está atentas a lo que manifiesta el personal de salud.
3. La familia usuaria es invitada a participar activamente de la evaluación del niño o niña.
4. La familia usuaria recibe información sobre el diagnóstico del estado de salud de su niño o niña
5. La familia usuaria acepta de buena manera la negociación de las acciones importantes según los diagnósticos encontrados por el personal de salud.

ANEXO N° 5.

GUÍA DE OBSERVACIÓN APLICADA AL PERSONAL DE SALUD

USO ADECUADO DE LOS RECURSOS UTILIZADOS PARA EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, SEGÚN NORMATIVA	SI	NO
Al inicio del control de crecimiento y desarrollo hace la identificación del niño y registra los datos en la historia clínica y en otros instrumentos de registro.		
Realiza la evaluación del crecimiento y desarrollo del niño, utilizando criterios establecidos de forma participativa con la familia.		
Realiza la evaluación del examen físico del niño o niña, explicando a las madres y/o padres, su importancia.		
Realiza las mediciones de peso, utilizando la balanza calibrada.		
Realiza las mediciones de talla utilizando el tallímetro reglamentado (a los menores de 2 años echados y a los mayores de 2 años parados).		
Realiza la medición del perímetro cefálico con cinta métrica en buen estado.		
Realiza el análisis de la evaluación del crecimiento haciendo uso de las tablas nutricionales para niño y niña.		
Explica los resultados obtenidos de la evaluación del crecimiento a los padres y madres.		
Identifica factores condicionantes de la salud, nutrición, crecimiento, desarrollo y crianza de la niña y el niño: bajo peso al nacer, control del embarazo, comidas que recibe el niño, cuidador principal del niño o niña.		
Realiza la evaluación de desarrollo del niño o niña utilizando los materiales requeridos según la edad del niño: pelota de jebe, cubos de madera, pañal, frejoles o pastilla, frasco de tapa con rosca, libro de figuras, juego de ensarte, espejo, plumones, campanilla de bronce, juguete con ruedas, carrito para jalar, linterna.		
Utiliza el formato del <i>Test Abreviado</i> o <i>Pauta Breve</i> para vaciar la información obtenida.		
Explica a las madres y/o padres los resultados de la evaluación de desarrollo.		
Explica a las madres y/o padres la importancia de actividades de estimulación según la edad del niño o niña.		
Utiliza la consejería como un medio educativo comunicacional y participativo.		
La consejería se realiza a partir de las necesidades y diagnósticos identificados.		
Utiliza un tiempo mínimo de 15 minutos para la consejería.		
Negocia con los padres acciones importantes según los diagnósticos (plan de atención).		
El personal de salud acuerda una cita para el próximo control de crecimiento y desarrollo y explica la importancia de asistir puntualmente.		
AMBIENTE Y EQUIPAMIENTO MÍNIMO PARA REALIZAR EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA O NIÑO MENOR DE 5 AÑOS		
Existen ayudas audiovisuales en la sala de espera que de información útil a los padres.		

El consultorio está localizado preferentemente en la parte baja y es de fácil acceso.		
El consultorio cuenta con un espacio mínimo de 12 m2.		
El consultorio está ventilado, iluminado, libre de ruidos y tiene un lavadero para manos.		
El consultorio brinda privacidad a las madres y/o padres del niño o niña.		
El consultorio cuenta con escritorio y sillas (3), estetoscopio pediátrico, linterna, termómetro, bajalenguas, material de escritorio, formatos y cinta métrica.		
El consultorio cuenta con balanza pediátrica en buenas condiciones.		
El consultorio cuenta con tallímetro e infantómetro en buen estado y según especificaciones.		
REGISTRO DE LOS DATOS OBTENIDOS		
El personal de salud registra los hallazgos obtenidos en la Historia Clínica.		
El personal registra los datos en el carné del niño o niña.		
Mantiene un cuaderno de seguimiento a los niños que no asisten a sus controles		
El tiempo para el llenado de los registros de información es acorde (no existe un tiempo estimado, según normativa).		
COMPONENTES		
Existe una programación, planeamiento de actividades y asignación de los recursos acorde al nivel de atención (Gestión).		
El personal de salud, responsable del servicio comparte y analiza las metas establecidas con el resto de personal del establecimiento de salud (Gestión).		
El personal de salud asignado al servicio se ha capacitado durante el presente año en la temática de crecimiento y desarrollo (Gestión).		
El año pasado el personal de salud ha sido capacitado como mínimo 40 horas en temas establecidos según la normatividad.		
Se utilizan todos los instrumentos de registro de información según lo establecido por la normatividad vigente (Organización).		
El ambiente, infraestructura y equipamiento se ajusta a la categoría del centro de salud y a la normatividad. (Organización).		
El equipo de salud profesional y técnico está capacitado para realizar un manejo integral del crecimiento y desarrollo del niño y niña. (Organización).		
Existe un sistema de citas programadas para el control de Crecimiento y Desarrollo, según el sistema establecido del MINSA, además es consensuada con las madres y/o padres (Provisión).		
La visita domiciliaria se constituye en la estrategia por excelencia para realizar el seguimiento de los niños y niñas (Provisión).		
El seguimiento de las niñas y niños se asegura con un sistema de vigilancia comunal (Provisión).		
Todo el control de crecimiento y desarrollo dura aprox. 45 minutos según norma		