

Global D

Antropometría global perfil D

La muestra fue de 200 NN, sin embargo, se evaluó a 195 debido a que se tuvo 5 casos en los que la madre no pudo indicar la fecha exacta de nacimiento por lo que no fue posible realizar evaluación nutricional.

Tabla 220: Antropometría global perfil D

Peso para longitud		
Indicador peso para longitud (P/L)	Frecuencia (n=195)	Porcentaje
Obesidad	4	2.1
Sobrepeso	11	5.6
Estado Nutricional Normal	177	90.8
Desnutrición Aguda Moderada	3	1.5
Desnutrición Aguda Severa	0	0.0
Total	195	100.0
Longitud/talla para la edad		
Indicador longitud para la edad (L/E)	Frecuencia (n=195)	Porcentaje
Longitud normal	89	45.6
Retardo del crecimiento	65	33.3
Retardo del crecimiento severo	41	21.0
Total	195	100.0
Peso para la edad		
Indicador peso para la edad (P/E)	Frecuencia (n=195)	Porcentaje
Peso normal	172	88.2
Peso bajo moderado	18	9.2
Peso bajo severo	5	2.6
Total	195	100.0

El 90.8% de la muestra reflejó un estado nutricional normal, seguido del 5.6% que se ubica en el rango de sobrepeso. El 2.1% de los NN reflejan un estado de obesidad y el 1.5 expresa un estado de desnutrición aguda moderada.

Respecto al indicador de longitud para la edad, se identifica que el 45.6% tiene una longitud normal y el 33.3% presenta retardo en el crecimiento, mientras el 21% de la muestra expresa tener un retardo de crecimiento severo.

En cuanto al indicador de peso para la edad, se verifica que el 88.2% de la muestra presenta un peso normal, el 9.2% peso bajo moderado y el 2.6% peso bajo severo.

Al interrelacionar estos datos con la frecuencia de consumo de alimentos de los NN, se identifica que el hecho de que su dieta está compuesta mayoritariamente por carbohidratos provenientes de granos y cereales y que se complementa con leguminosas y otras hierbas. Esto pone de manifiesto la carencia de productos cárnicos y lácteos que son los menos consumidos por los NN y que implican una dieta con reducidas porciones de proteína de origen animal, lo que lleva a una dieta poco balanceada y con carencia de nutrientes esenciales para el adecuado crecimiento y desarrollo.

Antropometría área Ixil, perfil D

Tabla 221: Antropometría área Ixil, perfil D

Peso para longitud		
Indicador peso para longitud (P/L)	Frecuencia (n=40)	Porcentaje
Obesidad	1	2.5
Sobrepeso	4	10.0
Estado Nutricional Normal	35	87.5
Desnutrición Aguda Moderada	0	0.0
Desnutrición Aguda Severa	0	0.0
Total	40	100

Tabla 222: Longitud para la edad, peso para la edad

Longitud para la edad		
Indicador longitud para la edad (L/E)	Frecuencia (n=40)	Porcentaje
Longitud normal	19	47.5
Retardo del crecimiento	14	35.0
Retardo del crecimiento severo	7	17.5
Total	40	100
Peso para la edad		
Indicador peso para la edad (P/E)	Frecuencia (n=40)	Porcentaje
Peso normal	37	92.5
Peso bajo moderado	3	7.5
Peso bajo severo	0	0.0
Total	40	100

Antropometría área Quiché, perfil D

Tabla 223: Antropometría área Quiché, perfil D

Peso para longitud		
Indicador peso para longitud (P/L)	Frecuencia (n=155)	Porcentaje
Obesidad	3	1.9
Sobrepeso	7	4.5
Estado Nutricional Normal	142	91.6
Desnutrición Aguda Moderada	3	1.9
Desnutrición Aguda Severa	0	0.0
Total	155	100.0
Longitud para la edad		
Indicador longitud para la edad (L/E)	Frecuencia (n=155)	Porcentaje
Longitud normal	70	45.2

Retardo del crecimiento	51	32.9
Retardo del crecimiento severo	34	21.9
Total	155	100.0

Tabla 224: Peso para la edad

Peso para la edad		
Indicador peso para la edad (P/E)	Frecuencia (n=155)	Porcentaje
Peso normal	135	87.1
Peso bajo moderado	15	9.7
Peso bajo severo	5	3.2
Total	155	100.0

4.4 PERFIL "E": Mujeres que tienen hijos entre 23 y 59 meses

A continuación, se presentan los resultados obtenidos por la línea final en el perfil E: mujeres que tienen hijos entre 23 y 59 meses. La encuesta se realizó a 100 mujeres gestantes provenientes de los cinco municipios donde se realiza el estudio, 80 del área quiché y 20 del área ixil.

El análisis se combina con la comparación de los datos disponibles de la línea basal del proyecto que permiten evidenciar cambios en los distintos escenarios que abordan las encuestas que fueron implementadas y que caracterizan las condiciones de vida de las mujeres en el periodo de gestación mencionado.

4.4.1 Encuesta 1. Datos básicos de la madre y el niño/a

Datos de la madre del niño

1.1 Edad de la madre

Tabla 225: Edad de la madre

Edad (Años)	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
15-19	1	1.0	1	1.3	0	0.0
20-24	24	24.0	21	26.3	3	15.0
25-29	36	36.0	27	33.8	9	45.0
30-34	13	13.0	8	10.0	5	25.0
35-39	14	14.0	12	15.0	2	10.0
40-44	7	7.0	6	7.5	1	5.0
45-49	5	5.0	5	6.3	0	0.0
Total	100	100	80	100	20	100

El 36% de las mujeres embarazadas se encuentra en las edades entre 25-29 años lo que denota que es una población relativamente adulta.

1.2 Estado civil:

Tabla 226: Estado civil de la madre

Estado civil	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
Casada	54	54.0	45	56.3	9	45.0
Soltera	11	11.0	7	8.8	4	20.0
Unión Libre	33	33.0	27	33.8	6	30.0
No respondió	2	2.0	1	1.3	1	5.0
Total	100	100	80	100	20	100

El 54 % de las mujeres indica que su estado civil es casada, esto expresa que la mayoría de mujeres cuentan con la seguridad jurídica del matrimonio para el sostenimiento de sus hijos y que de manera general las uniones se dan con mayor frecuencia que los de unión libre.

1.3 Ocupación de la madre:

Tabla 227: Ocupación de la madre

Ocupación	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
Ama de casa	90	90.0	76	95.0	14	70.0
Agricultor	1	1.0	1	1.3	0	0.0
Empleado	2	2.0	1	1.3	1	5.0
Negocio propio	7	7.0	2	2.5	5	25.0
No respondió	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	100	100	80	100	20	100

El 90% de las madres encuestadas para el perfil E indicó ser ama de casa, en el área quiché mayoritariamente (95%) frente a un 70% en el área ixil. Esto caracteriza la situación social y económica de las familias en la región en las que las mujeres tienen poca participación en la generación de ingresos para el sostenimiento del hogar y solo el 7% tiene un negocio propio, con el cual se proveen de ingresos para generar el sustento de su hogar.

1.4 Etnia:

Tabla 228: Etnia de la madre

Etnia	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
Ladina	10	10.0	9	11.3	1	5.0
Indígena	90	90.0	71	88.8	19	95.0
Total	100	100	80	100	20	100

Respecto a la etnia de las madres entrevistadas, el 90% reportó ser indígena y el 10% ladina.

Por su parte, el censo Nacional de Población realizado en 2018 expresa que el 89% de los habitantes del departamento de Quiché pertenecen a una comunidad sociolingüística maya, lo que es congruente con los datos encontrados en la encuesta de línea final.

1.5 Idioma

Tabla 229: Idioma de la madre

Idioma	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
Solo Español	6	6.0	6	7.5	0	0.0
Solo idioma maya	26	26.0	21	26.3	5	25.0
Bilingüe	68	68.0	53	66.3	15	75.0
No respondió	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	100	100	80	100	20	100

De manera general las participantes en el trabajo de campo, son bilingües en un 68% (castellano/idioma maya), frente a un 26% que solamente habla su idioma maya, especialmente en las comunidades más alejadas a los centros urbanos y el 6% que solamente habla castellano.

1.6 Porcentaje de alfabetismo de las madres

Tabla 230: Porcentaje de alfabetismo de las madres

Alfabetismo	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
Si	55	55.0	42	52.5	13	65.0
No	44	44.0	37	46.3	7	35.0

No respondió	1	1.0	1	1.3	0	0.0
Total	100	100	80	100	20	100

Los resultados de la LF para el perfil E indican que en este grupo únicamente el 55% de la muestra sabe leer y escribir, este dato es el más bajo reportado en cada uno de los perfiles del presente estudio. Llama la atención por ser el único que se reporta menor a la media departamental que según el INE se ubica en el 64.5%, aunque es importante mencionar que el censo de población de 2018, de donde se extrae este dato, no hace diferenciación entre hombres y mujeres.

Datos del padre del niño/a

1.7 Edad del padre

Tabla 231: Edad del padre

Edad del padre	Global E LF		Quiché LF		Ixil LF	
	F	%	F	%	F	%
20-24	10	10.0	8	10.0	2	10.0
25-29	22	22.0	17	21.3	5	25.0
30-34	21	21.0	16	20.0	5	25.0
35-39	16	16.0	13	16.3	3	15.0
40-44	10	10.0	9	11.2	1	5.0
45-49	9	9.0	9	11.2	0	0.0
≥50	1	1.0	1	1.2	0	0.0
No respondió	11	11.0	7	8.8	4	20.0
Total	100	100	80	100	20	100

Respecto a la edad de los padres, se identifica una mayor dispersión de edades respecto a lo encontrado en el caso de las madres, en este sentido, los rangos con mayores porcentajes se encuentran en los intervalos entre 25 a 39 años y el promedio de edad que reportan los padres es de 33.1 años.

1.8 Ocupación

Tabla 232: Ocupación del padre

Ocupación	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
Agricultor	58	58.0	50	62.0	8	40.0
Empleado	23	23.0	16	20.0	7	35.0
Negocio propio	8	8.0	7	9.0	1	5.0
Otro	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No respondió	11	11.0	7	9.0	4	20.0
Total	100	100	80	100	20	100

Se reporta que el 58% de los padres son agricultores y de la misma manera, el 23% son empleados; solamente un 8% de la muestra indica tener un negocio propio.

Existen niveles de pobreza generalizada que implica la privación de oportunidades de desarrollo para los habitantes del departamento, en este contexto, según el INE (2018), el 80.8% de la población quichelense es pobre⁹ y el 71.6% se caracteriza por vivir en situación de pobreza multidimensional¹⁰ (ICEFI, 2016), que implica la privación de dos o más derechos fundamentales, como el trabajo, la salud, la educación entre otros.

⁹ El censo de 2018 define la pobreza desde los parámetros que establece el Banco Mundial para Guatemala, siendo el dato más actual el de 2014 en donde se indica que ser pobre en el país significa contar con menos de \$2.5 Dólares Americanos para el sustento propio y de la familia. Los datos se pueden consultar en https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GAPS?most_recent_value_desc=false

¹⁰ El Instituto Centroamericano de Estudios Sociales (ICEFI 2016), define la pobreza multidimensional como aquella, que además de contener el factor de la pobreza económica, incluye la privación de dos o más derechos fundamentales, como salud, educación, vivienda, trabajo, entre otros. Puede ser consultado en https://icefi.org/sites/default/files/muestra_pobreza_multidimensional_en_guatemala.pdf

1.9 Etnia

Tabla 233: Etnia del padre

Etnia	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
Ladina	8	8.0	8	10.0	0	0.0
Indígena	81	81.0	65	81.3	16	80.0
No responde	11	11.0	7	8.8	4	20.0
Total	100	100	80	100	20	100

Tal como en el caso de las madres, la mayoría de la población entrevistada indica pertenecer a una comunidad sociolingüística maya (81%).

1.10 Idioma

Tabla 234 Idioma del padre

Idioma	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
Solo Español	6	6.0	6	7.5	0	0.0
Solo idioma maya	7	7.0	5	6.0	2	10.0
Bilingüe	76	76.0	62	77.5	14	70.0
No respondió	11	11.0	7	9.0	4	20.0
Total	100	100	80	100	20	100

El bilingüismo en hombres es porcentualmente similar al caso de las mujeres, El estudio refleja que el 76% de los padres son bilingües (castellano/idioma maya), frente a un 68% expresado en el caso de las mujeres. De manera general los participantes en el trabajo de campo, son bilingües, frente a un 7% que solamente habla su idioma maya, especialmente

en las comunidades más alejadas a los centros urbanos y el 6.0% que solamente habla castellano.

1.11 Porcentaje de alfabetismo del padre.

Tabla 235: Porcentaje de alfabetismo del padre

Alfabetismo	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
Si	64	64.0	54	67.0	10	50.0
No	25	25.0	19	24.0	6	30.0
No respondió	11	11.0	7	9.0	4	20.0
Total	100	100	80	100	20	100

En este caso se evidencia una mayor tasa de alfabetización en hombres (64%) que en mujeres (55%) denotando nuevamente las lógicas de desigualdad social que caracterizan a la mujer indígena guatemalteca, mayoritariamente aquellas que viven en el área rural. Los datos del Censo Poblacional de 2018 expresan que el porcentaje de alfabetismo en el departamento de Quiché es del 64.5%.

4.4.2 Encuesta 2: Historia obstétrica

2.1 Edad que tenía durante el primer parto

Tabla 236: Edad que tenía durante el primer parto

Edad de la primigesta	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
13-14	1	1.0	1	1.3	0	0.0
15-16	12	12.0	12	15.0	0	0.0
17-18	33	33.0	27	33.8	6	30.0
19-20	28	28.0	21	26.3	7	35.0
21-22	10	10.0	7	8.8	3	15.0
23-24	9	9.0	7	8.8	2	10.0
25-26	1	1.0	0	0.0	1	5.0

27-28	2	2.0	2	2.5	0	0.0
29-30	3	3.0	3	3.8	0	0.0
≥31	1	1.0	0	0.0	1	5.0
No contestó	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	100	100	80	100	20	100

Los datos reportados por el estudio de LF indican que la edad más frecuente al primer nacimiento de las entrevistadas se ubica en el rango entre 17 y 18 años (33%). El área quiché cuenta con (33.8%) en el mismo rango. De manera diferente el área ixil reporta el (35%) en el intervalo entre 19 y 20 años. Según la ENSMI- (2014-2015), la edad mediana al primer nacimiento en Guatemala en mujeres indígenas es de 20.4 años.

Al analizar comparativamente, la edad promedio al primer parto reflejada en la LB es de 19.1 años frente a 19.5 que se identifica en la línea final; de todos los perfiles de la encuesta de LF, este es el que presenta la edad más joven como promedio al primer nacimiento. Se infiere que los cambios en el patrón de natalidad que se han observado en los otros perfiles se refieren a casos de mujeres que recién empiezan su vida fértil, frente al grupo E que tiene hijos mayores de 23 meses.

2.2 Número total de embarazos

Tabla 237: Número total de embarazos

Número total de embarazos	Global E		Quiché		Ixil	
	F	%	F	%	F	%
1-2	41	41.0	31	38.8	10	50.0
3-4	34	34.0	28	35.0	6	30.0
5-6	10	10.0	7	8.8	3	15.0
7-8	6	6.0	5	6.3	1	5.0
9-10	6	6.0	6	7.5	0	0.0
11-12	2	2.0	2	2.5	0	0.0
13-14	1	1.0	1	1.3	0	0.0
No respondió	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	100	100	80	100	20	100

El estudio de línea final expone que el 41% de las entrevistadas ha tenido entre 1 y 2 embarazos y el 34% entre 3 y 4; tomando en cuenta que según la ENSMI (2014-2015) el promedio de hijos para el departamento es de 4, se infiere que las madres participantes en este estudio aún son jóvenes y están en edad fértil por lo que existen altas probabilidades de que se embaracen nuevamente en el futuro próximo.

En el análisis comparativo, los resultados disponibles de la LB reportaron que el promedio de embarazos por mujer en aquel estudio era de 3.4, frente a 3.7 que se reporta en la línea final para el perfil E (mujeres que tienen hijos entre 23 y 59 meses de edad), siendo este el único grupo que presenta un promedio de hijos mayor a lo reportado en la línea basal.

Una de las explicaciones para este resultado, es el hecho de que en la línea final existe una segmentación de grupos que ha sido comparada con los datos globales reportados por la LB, esto podría generar que en el caso del grupo E, siendo madres de NN mayores de 23 meses, la muestra identifique índices más altos en indicadores en los que los perfiles de mujeres con hijos más pequeños reportan promedios más bajos.

2.3 Número total de partos (nacidos vivos/as).

Tabla 238: Número total de partos nacidos vivos/as

Número total partos (nacidos vivos)	Global E LF		Quiché LF		Ixil LF	
	F	%	F	%	F	%
1-2	47	47.0	37	46.3	10	50.0
3-4	31	31.0	22	27.5	9	45.0
5-6	7	7.0	7	8.8	0	0.0
7-8	6	6.0	5	6.3	1	5.0
9-10	6	6.0	6	7.5	0	0.0
11-12	2	2.0	2	2.5	0	0.0
13-14	1	1.0	1	1.3	0	0.0
No respondió	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	100	100	80	100	20	100

Dadas las características e indicadores sociales que se han expuesto en el cuadro anterior, y el hecho de que la mayoría de las mujeres participantes en el estudio son jóvenes, la LF

arroja un índice del 47% de mujeres que expresan tener entre uno y dos partos de hijos nacidos vivos y el 31% entre tres y cuatro partos nacidos vivos.

En el análisis comparativo, la LB reportó un promedio de 3.4 partos nacidos vivos por cada mujer, mientras en la LF, el promedio se ubica en 3.5; lo cual es ligeramente más alto que lo reportado en la LB y se infiere que es atribuible al fenómeno que se ha descrito en el cuadro anterior.

2.4 Número de abortos o muerte fetal

Tabla 239: Número de abortos o muerte fetal

Número de abortos o muerte fetal	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
0	88	88.0	70	87.5	18	90.0
1	10	10.0	9	11.3	1	5.0
2	2	2.0	1	1.3	1	5.0
3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	100	100	80	100	20	100

En cuanto a aborto o muerte fetal, la LF reportó que el 88% de las participantes indicaron no haber tenido ningún caso de esta naturaleza, mientras un 10% expresó haber tenido una pérdida, el 2% dos pérdidas.

En relación al análisis comparativo, la LB reportó un porcentaje de pérdidas con respecto al número de partos de 5.7%, frente al 3.9% que se identifica en la LF. En este caso, se identifica un descenso en el porcentaje de pérdidas que las mujeres han tenido en el territorio de intervención del proyecto. Siendo el único grupo en donde se evidencia esta tendencia que ha sido al alza en los demás perfiles.

2.5 Número de prematuros/as o con bajo peso al nacer

Tabla 240: Número de prematuros/as o con bajo peso al nacer

Número de prematuros	Global E LF		Quiché LF		Ixil LF	
	F	%	F	%	F	%
0	93	93.0	77	96.3	16	80.0
1	7	7.0	3	3.8	4	20.0
2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No respondió	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	100	100	80	100	20	100
Número de NN Con bajo peso al nacer	Global E LF		Quiché LF		Ixil LF	
	F	%	F	%	F	%
0	92	92.0	75	93.8	17	85.0
1	7	7.0	4	5.0	3	15.0
2	1	1.0	1	1.3	0	0.0
3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No respondió	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	100	100	80	100	20	100

Según la OMS se considera prematuro al NN que nace antes de las 37 semanas de embarazo. En el caso de la línea final, el 7% de las mujeres entrevistadas indicaron haber tenido un hijo prematuro (7 casos) y también el 7% expresó haber tenido un hijo con bajo peso, seguido del 1% que tuvo dos hijos en estas condiciones, en suma, entre los NN con bajo peso y los prematuros, los casos reportados en la LF suman 16.

En el análisis comparativo, el porcentaje de niños prematuros o con bajo peso, con relación al total de nacidos vivos para la LB fue de 3.5%, mientras que en la LF se ubicó en 4.4% que es un porcentaje más alto y refuerza la noción acerca de que el perfil E se caracteriza por mujeres que iniciaron su vida fértil hace por lo menos 3 años, por lo que no muestran indicadores muy similares a los reportados en la LB o en algunos casos mayores a estos.

2.6 Número de nacidos vivos/as

Tabla 241: Número de nacidos vivos/as

Número de niños vivos/as	Global E LF		Quiché LF		Ixil LF	
	F	%	F	%	F	%
1-2	51	51.0	37	46.3	14	70.0
3-4	28	28.0	22	27.5	6	30.0
5-6	7	7.0	7	8.8	0	0.0
7-8	5	5.0	5	6.3	0	0.0
9-10	7	7.0	7	8.8	0	0.0
11-12	1	1.0	1	1.3	0	0.0
13-14	1	1.0	1	1.3	0	0.0
No respondió	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	100	100	80	100	20	100

Los resultados de la LF indican que el 51% de las mujeres entrevistadas tiene entre uno y dos hijos nacidos vivos, el 28% tiene entre 3 y 4 hijos, el 7% tiene entre 5 y 6 hijos vivos y el 5% entre 7 y 8 hijos. Se identifica una mayor tasa de fecundidad en el grupo quiché en donde el rango es más amplio que en grupo ixil.

Al comparar estos datos con los reportados en la LB se identifica que el promedio de niños nacidos vivos en aquel estudio fue de 3.4 frente al 3.3 que se verifica en la LF indicando que existe un cambio mínimo respecto al número de nacidos vivos en ambos estudios.

2.7 Número de niños muertos (menores de cinco años)

Tabla 242: Número de NN muertos (menores de cinco años)

Grupo E Quiché		
Casos	Edad	Causa
1	1 mes	Nació muerto
2	1 mes	desconocida
Grupo E Ixil		
1	36 meses	vómito

El estudio de LF reportó un total de 4 casos de niños muertos, que, en relación al número de nacidos vivos, representa el 1.1% de la muestra. Por su parte, la LB arrojó un promedio de 2.7, denotando que, en este caso, los datos de la línea final indican un descenso frente a los reportados en la LB.

Historia médica pre embarazo

2.8¿Ha presentado alguna complicación antes del embarazo?

Tabla 243: ¿Ha presentado alguna complicación antes del embarazo?

Respuestas múltiples									
¿Presentó complicaciones antes del embarazo?	LB		Global E		Quiché		Ixil		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
	Si	45	10.7	5	5.0	3	3.8	2	10.0
No	377	89.3	95	95.0	77	96.3	18	90.0	
No respondió	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Total	422	100	100	100	80	100	20	100	
Complicaciones antes del embarazo	LB		Global E		Quiché		Ixil		
	(N45)		(N5)		(N3)		(N2)		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Hipertensión	14	31.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Diabetes	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Albuminuria	0	0.0	2	40.0	0	0.0	2	100	
Edema	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Anemia	19	42.2	2	40.0	2	66.7	0	0.0	
Convulsión	2	4.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Otro*	3	6.7	1	20.0	1	33.3	0	0.0	

Ilustración 99: ¿Presentó complicaciones antes del embarazo?

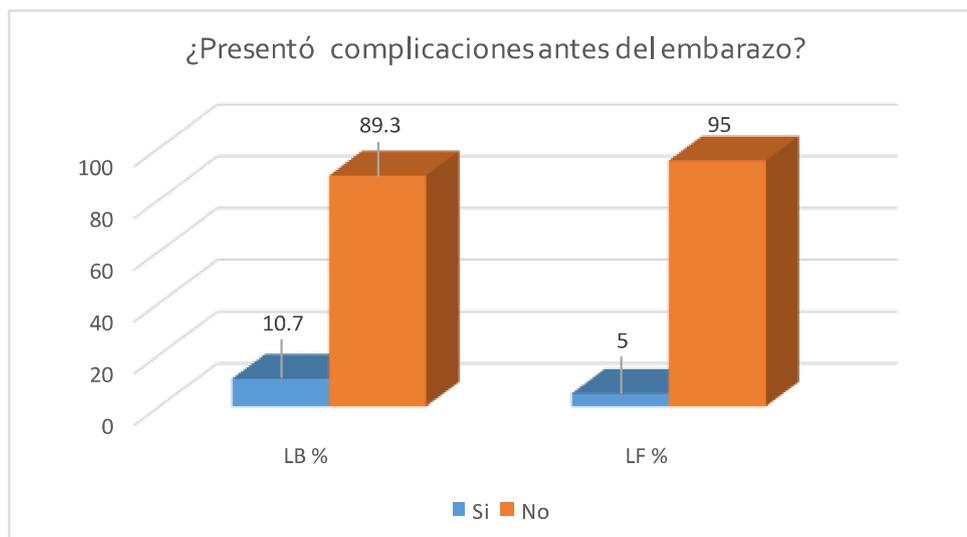
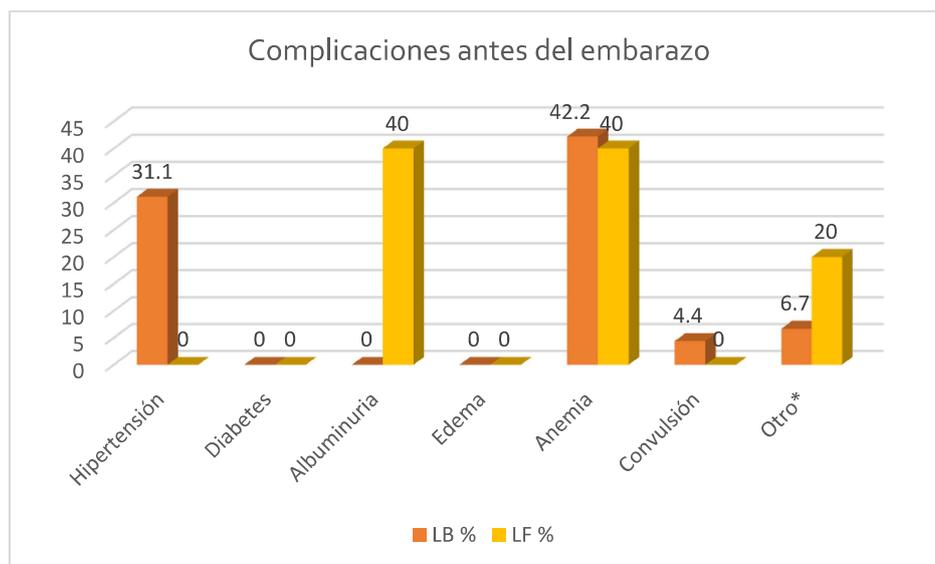


Ilustración 100: Complicaciones antes del embarazo



Los resultados de la LF indican que el 95% de las mujeres en ambos grupos indicaron no haber presentado ninguna complicación durante el embarazo, frente a un 5% que expresó haber tenido alguna enfermedad y/o complicación durante dicho periodo. Dentro de las complicaciones identificadas la albuminuria y la anemia reportan el 40% respectivamente, seguido de la casilla de otros con un 20% en donde se incluye dolor de cabeza, enfermedades gastrointestinales y dolores musculares.

En comparación con estos datos, la LB expresó que un 10.7% de las mujeres en dicho estudio habían tenido complicaciones en el embarazo, relacionadas con la anemia y la hipertensión (42.2 y 31.1% respectivamente).

Se concluye que el porcentaje de complicaciones en el embarazo es menor que lo establecido en la LB, y que las enfermedades que se reportan para este grupo en la LF son anemia y albuminuria.

Historia médica durante el embarazo

2.9 ¿Ha presentado alguna enfermedad durante el embarazo?

Tabla 244: ¿Ha presentado alguna enfermedad durante el embarazo?

¿Presentó alguna enfermedad durante el embarazo?	LB		Global E		Quiché		Ixil	
			LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Si	152	36.0	24	24.0	17	21.0	7	35.0
No	270	74.0	76	76.0	63	79.0	13	65.0
No respondió	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	422	100	100	100	80	100	20	100
Enfermedad durante el embarazo	LB		Global E		Quiché		Ixil	
	(N152)		LF (N24)		LF (N17)		LF (N7)	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Hipertensión	29	19.0	4	16.7	4	23.5	0	0.0
Diabetes	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Albuminuria	1	0.6	9	37.5	7	41.2	2	28.6
Edema	20	13.1	2	8.3	1	5.9	1	14.2
Anemia	56	36.8	4	16.7	4	23.5	0	0.0
Convulsión	7	4.6	2	8.3	1	5.9	1	14.2
Otro*	46	30.2	6	25.0	3	17.6	3	42.6

Ilustración 101: ¿Presentó alguna enfermedad durante el embarazo?

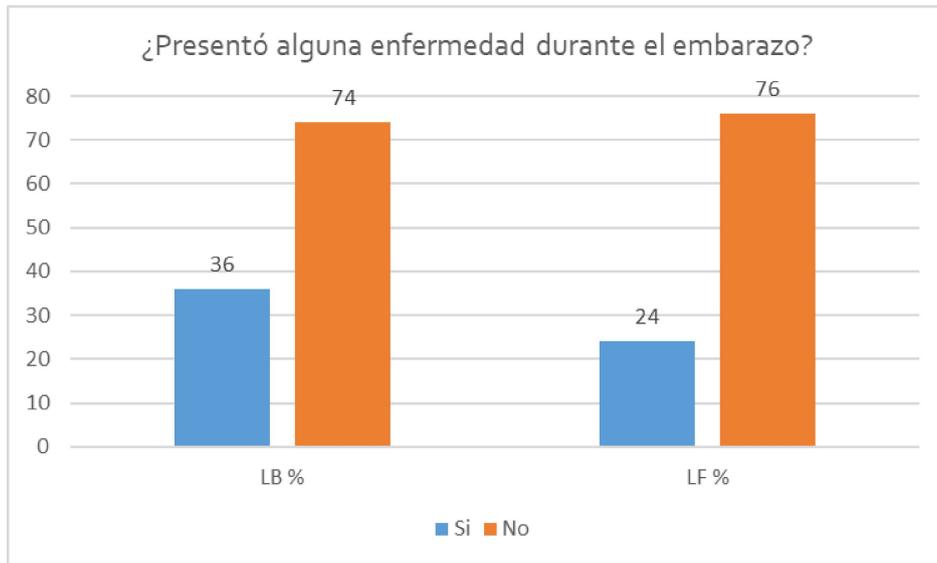
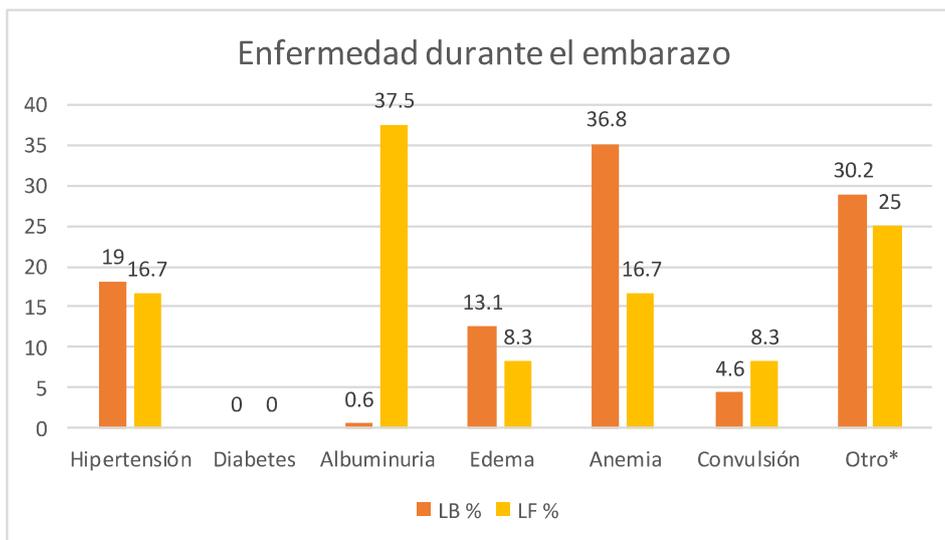


Ilustración 102: Enfermedad durante el embarazo



Los resultados de la LB indicaron que el 36% de las mujeres habían tenido alguna enfermedad durante el embarazo, frente al 24% que se identifica en la LF revelando que existe un porcentaje menor de enfermedades durante el periodo de la gestación.

Dentro de las principales enfermedades reportadas en la LB se indica la anemia con un 36.8% y la hipertensión con un 19%, mientras que en la línea final se reporta la albuminuria con un 37.5% y la hipertensión y anemia con un 16.7% respectivamente.

Los datos indican que, durante el primer estudio, las principales enfermedades que reportaron las mujeres fueron la hipertensión y la anemia y que, en la actualidad, existe un creciente porcentaje de reportes de albuminuria.

2.10 Hábitos antes de su último embarazo

Tabla 245: ¿Ha tenido alguno de estos hábitos antes de su último embarazo?

(Respuestas múltiples)

¿Ha tenido hábitos durante su último embarazo?	LB		Global E		Quiché		Ixil	
			LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Si	ND	ND	76	76.0	61	76.3	15	75.0
No	ND	ND	23	23.0	18	22.5	5	25.0
No contestó	0	0	1	1.0	1	1.3	0	0.0
Total	0	0	100	100	80	100	20	100
Hábitos	LB		Global E		Quiché		Ixil	
	(N204)		(N76)		(N61)		(N15)	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Consumo de Tabaco	2	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Consumo de alcohol	5	2.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Toma de medicina	16	7.8	2	2.6	1	1.6	1	6.6
Consumo de café	176	86.3	67	88.0	54	88.5	13	86.6
Toma de suplemento	4	2.0	22	29.0	21	34.4	1	6.6
Otro*	1	0.5	12	46.0	9	14.7	3	20.0

Ilustración 103 ¿Ha tenido hábitos durante su último embarazo?

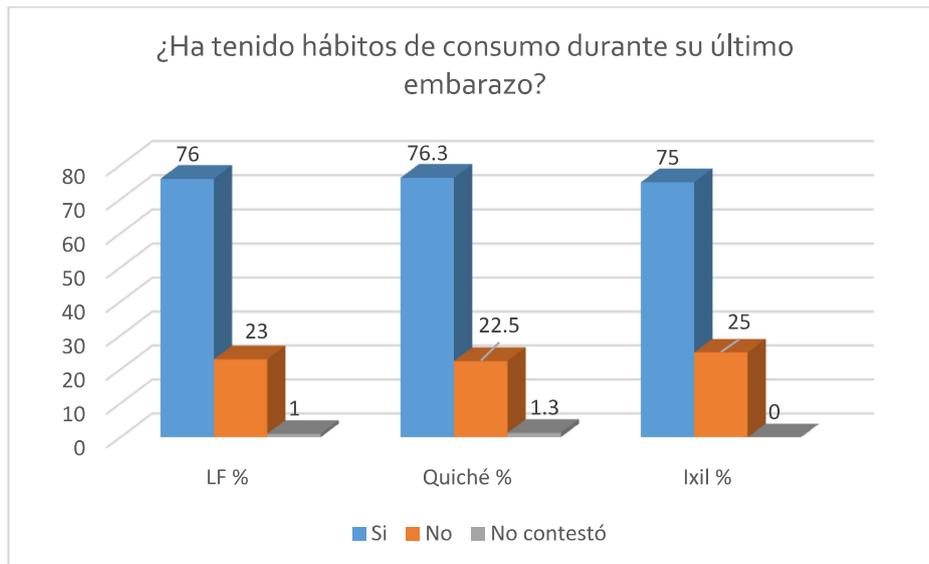
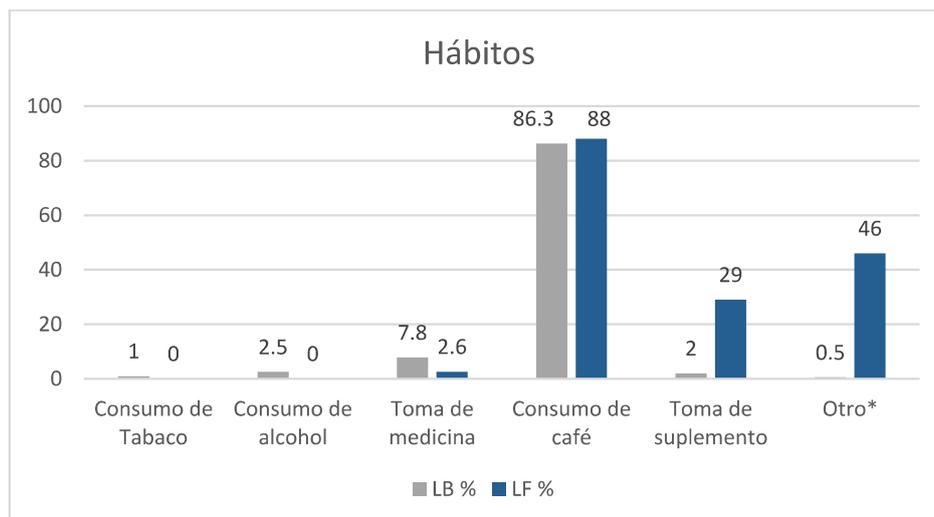


Ilustración 104: Hábitos



Durante el estudio de LF, el 76% de las mujeres indicaron haber tenido hábitos durante el embarazo, frente a un 23% que expresó no haberlos tenido.

Respecto a estos hábitos, la LB indica que el 86.3% de la muestra tomaba café, un 7.8% indicó tomar medicina y el 2% expresó tomar suplementos alimenticios. Al comparar estos hábitos con los reportados en la LF se obtiene que el 88% indicó tomar café y el 29% expresó tomar suplementos alimenticios.

Al igual que en todos los perfiles estudiados en la línea final, existe un aumento considerable en la ingesta de suplementos alimenticios, lo que es un hallazgo importante y merecedor de futuros análisis, aunque se infiere que existe la posibilidad de que los suplementos a los que se refieren las mujeres entrevistadas sean hierro y ácido fólico que les han sido suministrados en los servicios de salud.

La encuesta incluyó una categoría denominada otros: (46% de las respuestas): donde las mujeres podían expresar los hábitos que han tenido durante su último embarazo tales como: el consumo de dulces, chocolates, atoles, agua de masa, atol, frutas.

2.11 ¿Qué hábitos tuvo usted durante su último embarazo?

Tabla 246: Hábitos durante su último embarazo

(Respuestas múltiples)

Hábitos durante su último embarazo	LB		Global E		Quiché		Ixil	
	F	%	F	%	F	%	F	%
	Si	ND	0.0	95	95.0	76	95.0	19
No	ND	0.0	4	4.0	3	3.8	1	5.0
No contestó	ND	0.0	1	1.0	1	1.3	0	0.0
Total			100	100	80	100	20	100
Hábitos	LB		Global E		Quiché		Ixil	
	(N219)		(N95)		(N76)		(N19)	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Consumo de Tabaco	0	0.0	1	1.0	0	0.0	1	5.2
Consumo de alcohol	3	1.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Toma de medicina	9	4.1	2	2.1	2	2.6	0	0.0
Consumo de café	178	81.3	69	72.6	54	56.8	15	78.9
Toma de suplemento	28	12.8	84	88.4	69	90.8	15	78.9
Otro*	1	0.5	15	15.7	11	14.4	4	21.0

Ilustración 105: Hábitos durante su último embarazo

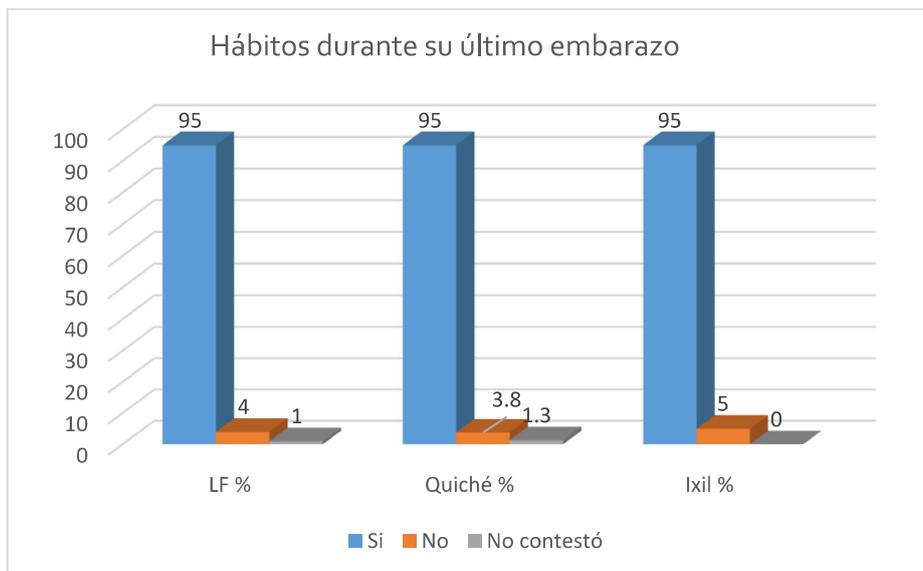
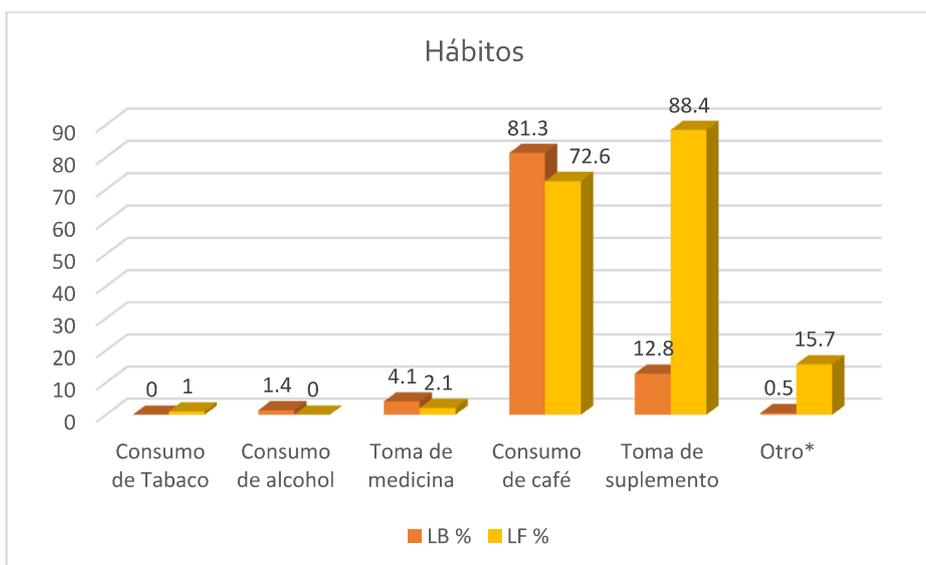


Ilustración 106: Hábitos



En ambos estudios, las mujeres expresan que han tenido hábitos de consumo, principalmente de café que en la LB reportó un 81.3% y en la LF un 72.6%. Llama la atención que la ingesta de suplementos en la LB se ubicó en un 12.8% frente al 88.4% en la LF. Como se ha indicado en cuadros anteriores, este consumo de suplementos supone un riesgo para la salud, ya que se hace sin la recomendación del personal de salud y en la mayoría de casos se trata de productos de venta libre que no requieren receta médica.

Sin embargo, también existe la posibilidad de que en este apartado las mujeres hubieran identificado el consumo de micronutrientes (hierro y ácido fólico), que les fue proporcionado por los servicios de salud.

4.4.3 Encuesta 3 SMI CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) para las madres

Atención Prenatal, Parto, Atención Postnatal

3.1 Primer control prenatal: ¿Debe ser antes de cuántas semanas de gestación?

Tabla 247: Conocimiento acerca del primer control prenatal

Control prenatal	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
1. Primeras 12 semanas	82	82.0	63	78.7	19	95.0
2. Después de 12 semanas	16	16.0	15	18.7	1	5.0
3. Meses	0	0.0	0	0.0	0	0.0
4. Otro /desconoce	1	1.0	1	1.3	0	0.0
5. No contestó	1	1.0	1	1.3	0	0.0
Total	100	100	80	100	20	100

El 82% de la muestra respondió que el primer control prenatal se debe hacer durante las primeras 12 semanas de gestación, seguido del 16% que indicó que sería después de doce semanas.

3.2 ¿Cuántos meses de embarazo tenía usted la primera vez que recibió control prenatal institucional en su último embarazo?

Tabla 248: Control prenatal institucional

Control prenatal institucional	Global E		Quiché		Ixil	
	F	%	F	%	F	%
1. Un mes	19	19.0	15	18.8	4	20.0
2. Dos meses	32	32.0	25	31.2	7	35.0
3. Tres meses	25	25.0	19	23.8	6	30.0
4. Cuatro meses	9	9.0	8	10.0	1	5.0
5. Cinco meses	10	10.0	8	10.0	2	10.0
6. Seis meses	3	3.0	3	3.8	0	0.0
7. Siete meses	1	1.0	1	1.2	0	0.0
8. Ocho meses	0	0.0	0	0.0	0	0.0
9. Nueve meses	1	1.0	1	1.2	0	0.0
10. No lo sé	0	0.0	0	0.0	0	0.0
11. Nunca recibí control prenatal	0	0.0	0	0.0	0	0.0
12. No contestó	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	100	100	80	100	20	100

El control prenatal institucional es una de las acciones del Ministerio de Salud que implica una gran importancia y utilidad para el bienestar de la madre y del feto. En Guatemala la atención prenatal y el parto institucional presentan una brecha que debe superarse a partir de la provisión de servicios con calidad y calidez.

Según la ENSMI (2014-2015), solamente el 32% de los partos son atendidos por los servicios de salud en el departamento de Quiché, sin que el MSPAS pueda garantizar la

cobertura para todas las mujeres embarazadas, por lo que el control prenatal es de vital importancia para la salud de las madres y sus hijos., En esta línea de análisis, el 32% de las mujeres indicó que tenía dos meses de embarazo cuando fue por primera vez a su control prenatal, seguido del 25% que reportó haberlo hecho durante el tercer mes. En ambos casos los resultados son congruentes con la noción de recibir el primer control prenatal durante el primer trimestre del embarazo.

3.3 ¿Cuántos controles prenatales debe tener la mujer embarazada antes del parto?

Tabla 249: Conocimientos sobre el control prenatal

Conocimiento sobre el control prenatal	Global E		Quiché		Ixil	
	F	%	F	%	F	%
1. Una vez	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2. Dos veces	1	1.0	1	1.3	0	0.0
3. 3 veces	7	7.0	6	7.5	1	5.0
4. 4 veces	9	9.0	4	5.0	5	25.0
5. Más de cuatro veces	73	73.0	60	75.0	13	65.0
6. No lo sabe	9	9.0	8	10.0	1	5.0
7. No contestó	1	1.0	1	1.3	0	0.0
Total	100	100	80	100	20	100

El 73% de la muestra en la LF indicó que deben de tener más de cuatro controles prenatales durante el embarazo, seguido del 9% que expresó no saber acerca de este tema.

3.4 ¿Cuántas veces recibió control prenatal durante su último embarazo?

Tabla 250: Control prenatal durante el embarazo

Experiencia de la madre sobre el control prenatal	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
1. No lo sé	3	3.0	3	3.8	0	0.0
2. Una vez	0	0.0	0	0.0	0	0.0
3. Dos veces	3	3.0	2	2.5	1	5.0
4. Tres veces	7	7.0	6	7.5	1	5.0
5. Cuatro veces	13	13.0	10	12.5	3	15.0
6. Cinco veces	8	8.0	6	7.5	2	10.0
7. Seis veces	20	20.0	18	22.5	2	10.0
8. Siete veces	14	14.0	12	15.0	2	10.0
9. Ocho veces	7	7.0	4	5.0	3	15.0
10. Nueve veces	19	19.0	14	17.5	5	25.0
11. Diez veces	3	3.0	2	2.5	1	5.0
12. Once veces	1	1.0	1	1.2	0	0.0
13. Doce veces	1	1.0	1	1.2	0	0.0
Nunca he recibido control prenatal	1	1.0	1	1.3	0	0.0
Total	100	100	80	100	20	100

Los datos de la LF reflejan que el 20% de las entrevistadas recibió al menos 6 controles, seguido del 19% que asistió hasta a nueve controles y el 13% que indicó haber recibido cuatro controles.

Los datos disponibles de la LB indican que la mujer en aquel estudio había recibido un promedio de 5.1 controles, frente a un promedio de 6.2 que se reportaron en la LF expresando que, en promedio, las mujeres embarazadas recibieron más controles prenatales institucionales.

Aunque la pregunta cuestiona sobre la cantidad de veces que la mujer recibió control prenatal durante su último embarazo, no se puede establecer si éste fue un control institucional, y tampoco si los controles se dieron de manera oportuna y según la norma del MSPAS.

Una persona indicó nunca haber recibido control prenatal y tres respondieron que no sabían.

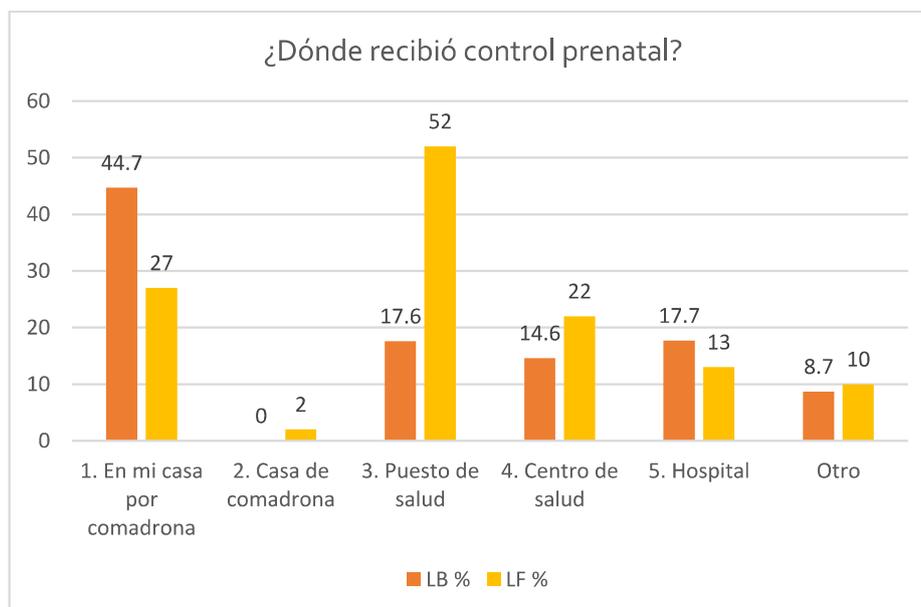
3.5 ¿Dónde recibió control prenatal en su último embarazo?

Tabla 251: ¿Dónde recibió control prenatal en su último embarazo?

(Respuestas múltiples)

¿Dónde recibió control prenatal?	LB		Global E		Quiché		Ixil	
	F	%	LF		LF		LF	
			F	%	F	%	F	%
1. En mi casa por comadrona	189	44.7	27	27.0	21	26.2	6	30.0
2. Casa de comadrona	0	0.0	2	2.0	0	0.0	2	10.0
3. Puesto de salud	72	17.6	52	52.0	43	53.7	9	45.0
4. Centro de salud	62	14.6	22	22.0	19	23.7	3	15.0
5. Hospital	75	17.7	13	13.0	8	10.0	5	25.0
Otro	37	8.7	10	10.0	8	10.0	2	10.0

Ilustración 107: ¿Dónde recibió control prenatal?



Los datos disponibles de la LB indican que el 44.7% de las mujeres participantes en aquel estudio recibió controles prenatales por parte de una comadrona, frente al 27% que se refleja en la línea final.

En relación a los servicios de salud institucional, en suma, lo reportado en la LB expresa un 49.9% frente al 87% (LF), que indicó haber recibido estos servicios en el puesto de salud, en el centro de salud o en el hospital. (52, 22, y 13% respectivamente).

Los datos evidencian un claro aumento en la demanda de los servicios de salud institucionales en las áreas de salud en donde se desarrolló la intervención del proyecto.

3.6 ¿Cuál fue el motivo de recibir control prenatal en su último embarazo en el servicio de salud?

Tabla 252: ¿Cuál fue el motivo de recibir control prenatal en su último embarazo en el servicio de salud?

Motivo de recibir control prenatal institucional	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
1. Mi decisión	81	84.5	62	81.6	19	95.0
2. Recomendación de familia	5	5.3	4	5.3	1	5.0
3. Recomendación de la gente de la comunidad	1	1.0	1	1.3	0	0.0
4. Recomendación del personal de salud	7	7.2	7	9.2	0	0.0
5. Otro	0	0.0	0	0.0	0	0.0
6. No contestó	2	2.0	2	2.6	0	0.0
Total	96	100	76	100	20	100

Los datos reportados por la LF indican que el 84.5% de las mujeres entrevistadas respondió que el motivo de recibir control prenatal institucional fue por su decisión, seguido por el

7.2% de la muestra que lo hizo por recomendación del personal de salud. Se considera que hoy en día, las mujeres buscan más atención en salud durante el embarazo por lo que existe la necesidad de mejorar las condiciones de los servicios de salud con personal e insumos para la atención.

3.7 ¿Durante sus consultas de atención prenatal (en su último embarazo) le hablaron de un plan de emergencia?

Tabla 253: ¿Durante sus consultas de atención prenatal (en su último embarazo) le hablaron de un plan de emergencia?

¿Le hablaron de un plan de emergencia?		Global E		Quiché		Ixil	
		LF		LF		LF	
		F	%	F	%	F	%
1.	Si	90	93.8	70	92.1	20	100.0
2.	No	4	4.2	4	5.2	0	0.0
3.	No contesta	2	2.0	2	2.7	0	0.0
Total		96	100	76	100	20	100

La LF reporta que el 93.8% de las entrevistadas respondió que, sí le hablaron sobre el plan de emergencia durante sus controles prenatales, frente a un 4.2% que indicó que no, y un 2% que no respondió.

Por su parte, la LB incluyó un apartado para preguntar si a las madres se les había hablado sobre “un plan de parto” a lo que respondieron en un 81.8% que sí. Tomando en consideración que la información es similar, se puede indicar que en ambos casos las mujeres fueron informadas sobre estos temas y que en la LF se verifica que existe un aumento de estos mensajes por parte de los servicios de salud.

3.8 ¿Si usted no recibió control prenatal, puede decirnos por qué?

Los datos que arroja la LF para el perfil E indican que una persona respondió que nunca recibió control prenatal y que esto se debió a la falta de dinero, tres personas no respondieron esta pregunta para hacer un total de cuatro casos en los que no se tiene información sobre el control prenatal.

3.9 ¿Sabe los signos de peligro durante el embarazo y el parto?

Tabla 254: ¿Sabe de los signos de peligro durante el embarazo y el parto?

(Respuestas múltiples)

¿Sabe los signos de peligro durante el embarazo y el parto?	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
Si	89	89.0	69	86.3	20	100.0
No	6	6.0	6	7.5	0	0.0
No contesta	5	5.0	5	6.3	0	0.0
Total	100	100	80	100	20	100
Signos de peligro	Global E (N89)		Quiché		Ixil	
	F	%	F	%	F	%
Hemorragia	79	88.7	61	88.4	18	90.0
Dolor de cabeza	69	77.5	52	75.3	17	85.0
Convulsiones	3	3.3	3	4.3	0	0.0
Salida de líquido claro por la vagina	29	32.5	26	37.6	3	15.0
Prolapso del cordón	2	2.2	2	2.8	0	0.0
Salida de mano o pie	4	4.5	4	5.7	0	0.0
Otro*	18	20.2	12	17.3	6	30.0

Los datos recopilados en la LF expresan que el 89% de las mujeres conoce sobre los signos de peligro durante el embarazo y el parto. Dentro de ellos, el 88.7% de las respuestas, identificó la hemorragia, y el dolor de cabeza con el 77.5%, seguido de la salida de líquido claro por la vagina con un 32.5%. Dentro de la clasificación de otros, se identificaron respuestas como: edema, hinchazón de pies, mareos, náuseas, visión borrosa, fiebre, dolor de estómago, dolor de espalda, presión baja, mal de orina, dolor de cintura.

El método de captura de esta pregunta en la LB fue diferente, sin embargo, se dispone de información respecto a que el 29.1% de las entrevistadas en dicho estudio indicó desconocer los signos de peligro durante el embarazo, seguido del 69% que reconoció menos de tres y el 1.9% que identificó más de tres signos.

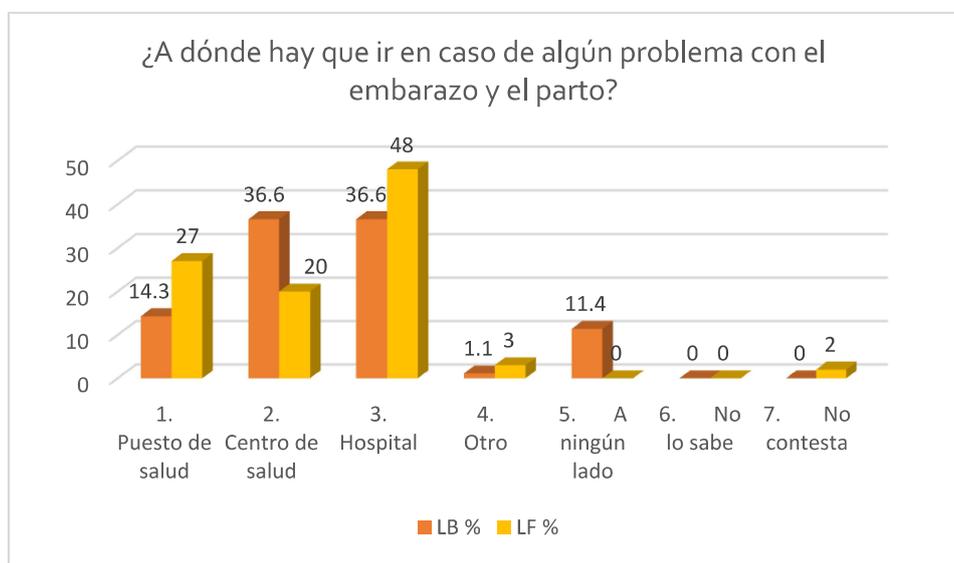
En comparación ambos estudios (LB/LF) indican que las madres que participaron en el estudio de LF tienen mayores conocimientos sobre las señales de peligro en el embarazo y esto se atribuye a una mejor consejería en los servicios de salud.

3.10 ¿A dónde hay que ir en caso de algún problema con el embarazo y el parto?

Tabla 255: ¿A dónde hay que ir en caso de algún problema con el embarazo y el parto?

¿A dónde hay que ir en caso de algún problema con el embarazo y el parto?	LB		Global E LF		Quiché LF		Ixil LF	
	F	%	F	%	F	%	F	%
	1. Puesto de salud	54	14.3	27	27.0	21	26.3	6
2. Centro de salud	138	36.6	20	20.0	15	18.8	5	25.0
3. Hospital	138	36.6	48	48.0	39	48.8	9	45.0
4. Otro	4	1.1	3	3.0	3	3.8	0	0.0
5. A ningún lado	43	11.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
6. No lo sabe	ND	ND	0	0.0	0	0.0	0	0.0
7. No contesta	ND	ND	2	2.0	2	2.5	0	0.0
Total	377	100	100	100	80	100	20	100

Ilustración 108: ¿A dónde hay que ir en caso de algún problema con el embarazo y el parto?



Al analizar comparativamente los resultados de ambos estudios respecto al conocimiento de las mujeres sobre a donde hay que ir en caso de un problema con el embarazo o parto, se verifica que mientras el 87.5% de la muestra en la LB expresó que debía ir a algún servicio de salud (puesto de salud, centro de salud, hospital), el 95% lo indicó en la LF, evidenciando que existe una mayor confianza hacia los servicios de salud en los territorios de intervención y que las mujeres en la actualidad presentan una mayor demanda de estos servicios institucionales.

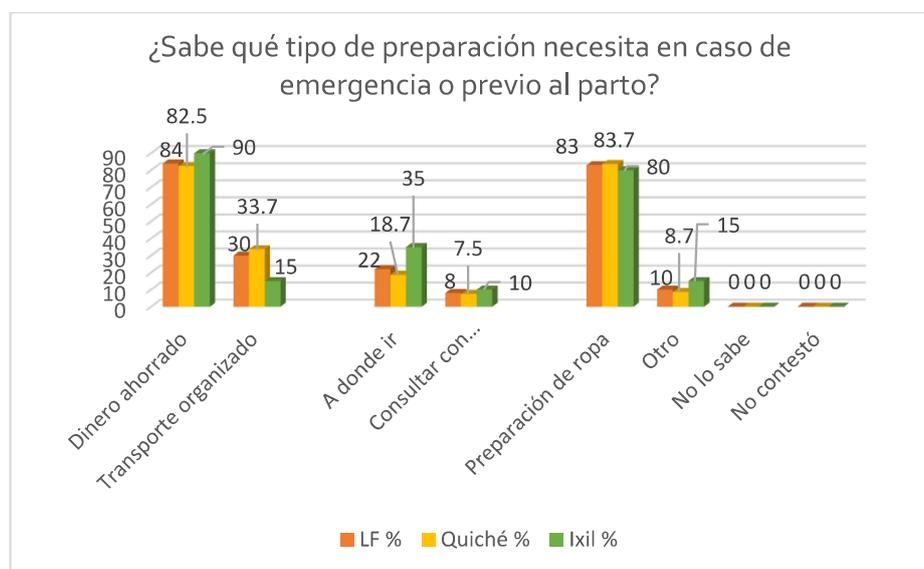
3.11 ¿Sabe qué tipo de preparación necesita para emergencia y/o previo al parto?

Tabla 256: ¿Sabe qué tipo de preparación necesita para emergencia y/o previo al parto?

(Respuestas múltiples)

¿Sabe qué tipo de preparación necesita en caso de emergencia o previo al parto?	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
Dinero ahorrado	84	84.0	66	82.5	18	90.0
Transporte organizado	30	30.0	27	33.7	3	15.0
A donde ir	22	22.0	15	18.7	7	35.0
Consultar con comisión de salud previamente	8	8.0	6	7.5	2	10.0
Preparación de ropa	83	83.0	67	83.7	16	80.0
Otro	10	10.0	7	8.7	3	15.0
No lo sabe	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No contestó	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Ilustración 109: ¿Sabe qué tipo de preparación necesita en caso de emergencia y/o previo al parto?



El 84% de las respuestas indica la necesidad de tener dinero ahorrado, seguido del 83% que mencionó la preparación de ropa y el 30% que menciona la coordinación para tener un transporte organizado.

3.12 ¿Qué cosas hizo para prepararse en caso de emergencia y/o antes de parto?

Tabla 257: ¿Qué cosas hizo para prepararse en caso de emergencia y/o antes del parto?

(Respuestas múltiples)

¿Qué cosas hizo para prepararse en caso de emergencia o antes del parto?	Global E		Quiché		Ixil			
	LB		LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Dinero ahorrado	326	77.2	87	87.0	69	86.2	18	90.0
2. Transporte organizado	53	12.5	31	31.0	28	35.0	3	15.0
3. A donde ir	0	0.0	17	17.0	15	18.7	2	10.0
4. Consultar con comisión de salud previamente	0	0.0	3	3.0	2	2.5	1	5.0

5. Preparación de ropa	368	87.2	94	94.0	75	93.7	19	95.0
6. Otro	123	29.1	17	17.0	15	18.7	2	10.0
7. No lo sabe	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
8. No contestó	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Comparativamente, el dinero ahorrado pasó del 77.2% en la LB al 87% en la LF, de la misma manera el transporte organizado pasó de un 12.5% a un 31%, y la preparación de ropa aumentó de un 87.2% al 94% entre ambos estudios (LB y LF respectivamente).

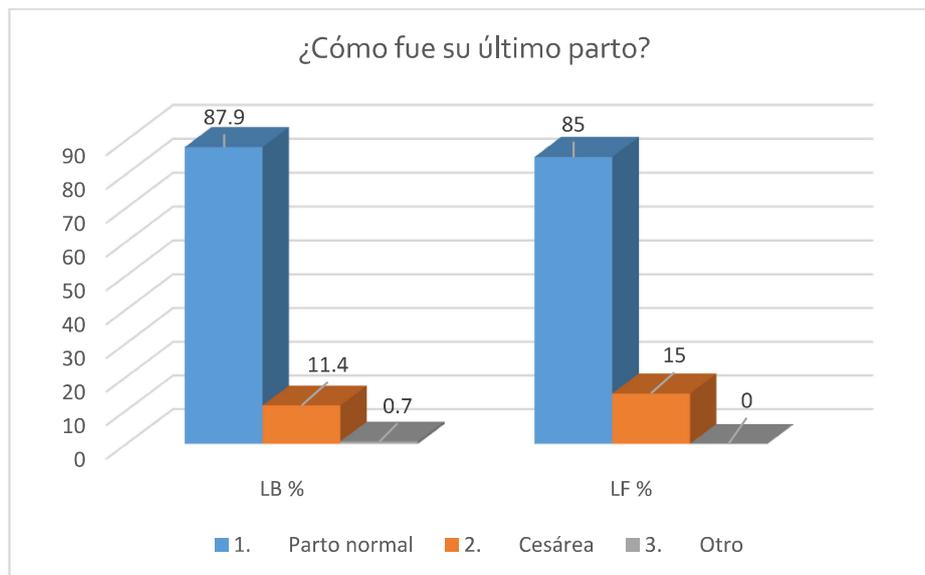
Parto

3.13 ¿Cómo fue su último parto?

Tabla 258: ¿Cómo fue su último parto?

¿Cómo fue su último parto?	LB		Global E LF		Quiché LF		Ixil LF	
	F	%	F	%	F	%	F	%
	1. Parto normal	371	87.9	85	85.0	67	83.8	18
2. Cesárea	48	11.4	15	15.0	13	16.3	2	10.0
3. Otro	3	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	422	100	100	100	80	100	20	100

Ilustración 110: ¿Cómo fue su último parto?



En ambos estudios se reportan índices similares de partos normales (87.9% en la LB y 85% en la LF), mientras que, en el caso de la cesárea, esta presenta un ligero aumento entre la LB (11.4%) y la LF (15%).

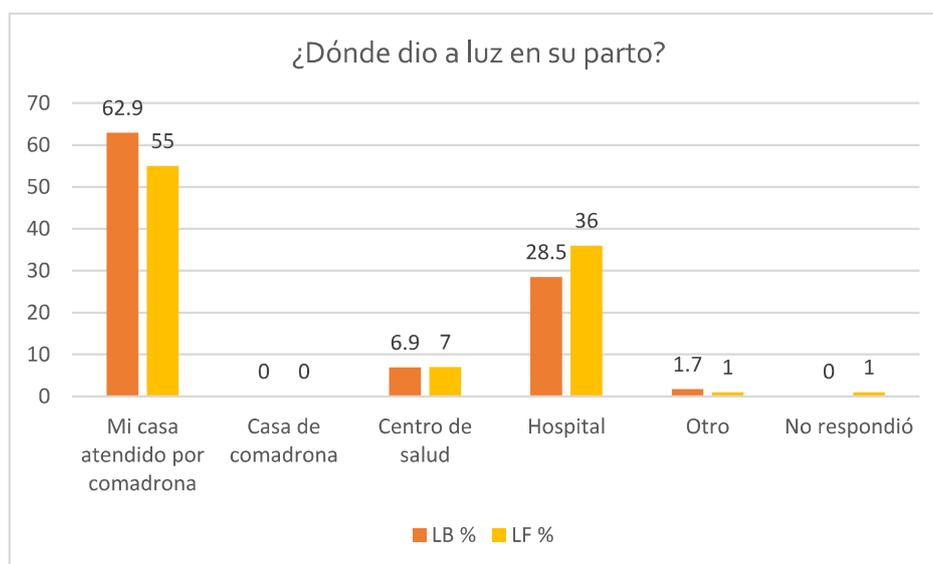
3.14 ¿Dónde dio a luz en su parto?

Tabla 259: ¿Donde dio a luz en su parto?

¿Dónde dio a luz en su parto?	LB		Global E LF		Quiché LF		Ixil LF	
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Mi casa atendido por comadrona	265	62.9	55	55.0	43	53.8	12	60.0
2. Casa de comadrona	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
3. Centro de salud	29	6.9	7	7.0	7	8.8	0	0.0
4. Hospital	120	28.5	36	36.0	28	35.0	8	40.0

5. Otro	7	1.7	1	1.0	1	1.3	0	0.0
6. No respondió	0	0.0	1	1.0	1	1.3	0	0.0
Total	422	100	100	100	80	100	20	100

Ilustración 111: ¿Donde dio a luz en su parto?



Al comparar los resultados entre ambos estudios, se identifica que el uso de los servicios de las comadronas ha descendido del 62.9% en la LB al 55% en la LF para el perfil E, mientras que la demanda de servicios de parto institucional ha aumentado del 35.4% al 43%.

Se identifica una mayor demanda de los servicios de salud institucionales lo que implica el fortalecimiento de las capacidades, competencias e infraestructura de la que dispone el MSPAS en ambas áreas de salud para atender adecuadamente esta demanda.

3.15 ¿Cuál fue el motivo de dar a luz en el centro de salud u hospital?

Tabla 260: ¿Cuál fue el motivo de dar a luz en el centro de salud u hospital?

¿Cuál fue el motivo de dar a luz en el centro de salud u hospital?	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
1. Mi decisión	24	54.5	19	52.8	5	62.5
2. Recomendación de familia	4	9.1	4	11.1	0	0.0
3. Recomendación de la gente de la comunidad	1	2.3	1	2.8	0	0.0
4. Recomendación del personal de salud	13	29.5	10	27.8	3	37.5
5. Otro	2	4.5	2	5.6	0	0.0
Total	44	100	36	100	8	100

El 54.5% de las mujeres (LF), respondió que dio a luz en el servicio de salud debido a su decisión, mientras el 29.5% indicó que lo hizo por recomendación del personal de salud. El comportamiento es muy similar en ambas áreas y se manifiesta que existen mujeres a quienes los mensajes de salud y la atención que se brinda en los servicios, específicamente los cuidados prenatales les han permitido confiar en el parto institucional como una medida de seguridad para ellas y sus hijos.

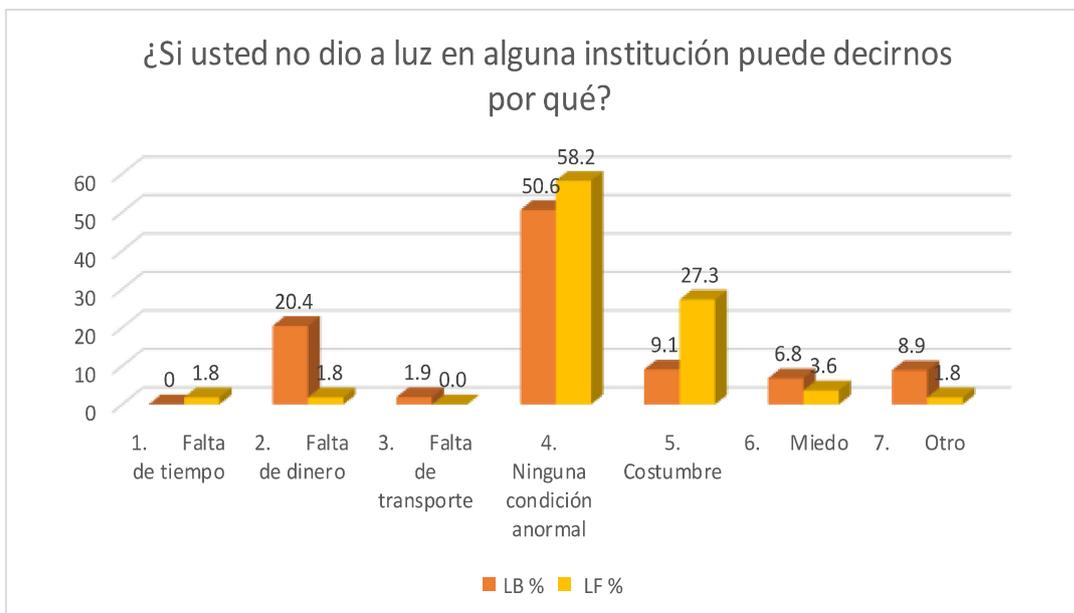
3.16 ¿Si usted no dio a luz en alguna institución puede decirnos porque“?

Tabla 261: ¿Si usted no dio a luz en alguna institución puede decirnos por qué?

¿Si usted no dio a luz en alguna institución puede decirnos por qué?	LB		Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Falta de tiempo	0	0.0	1	1.8	1	2.3	0	0.0
2. Falta de dinero	54	20.4	1	1.8	0	0.0	1	8.3
3. Falta de transporte	5	1.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0
4. Ninguna condición anormal	134	50.6	32	58.2	24	55.8	8	66.7

5. Costumbre	24	9.1	15	27.3	12	27.9	3	25.0
6. Miedo	18	6.8	2	3.6	2	4.7	0	0.0
7. Otro	23	8.9	1	1.8	1	2.3	0	0.0
8. No contesta	0	0.0	3	5.0	3	7.0	0	0.0
Total	258	100	55	100	43	100	12	100

Ilustración 112: ¿Si usted no dio a luz en alguna institución puede decirnos por qué?



Al preguntar a las mujeres sobre las razones por las que no dieron a luz en un servicio de salud indicaron en su mayoría en ambos estudios (50.6% LB y 58.2% LF), que no existía ninguna condición anormal en el embarazo, por lo que no consideraron la necesidad de ser atendidas en su servicio de salud. Así mismo, el 27.3% expresó en la LF que existe la costumbre de que las mujeres den a luz en sus casas con el apoyo de una comadrona.

Atención postparto

3.17 ¿Conoce cuánto tiempo después del parto debe recibir atención postparto?

Tabla 262 ¿Conoce cuánto tiempo después del parto debe recibir atención postparto?

¿Conoce cuánto tiempo después del parto debe recibir atención postparto?	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
1. Una hora	70	70.0	56	70.0	14	70.0
2. 24 horas	8	8.0	7	8.8	1	5.0
3. De dos a tres días	1	1.0	1	1.2	0	0.0
4. 6 y 7 días	1	1.0	1	1.2	0	0.0
5. Otro	1	1.0	1	1.2	0	0.0
6. No lo sabe	16	16.0	13	16.4	3	15.0
7. No contesta	3	3.0	1	1.2	2	10.0
Total	100	100	80	100	20	100

El 70% de las entrevistadas indicó que la atención postparto debe darse en seguida, después del parto y/o dentro de la siguiente hora, seguido del 16% que respondió que no sabe y el 8% que explicó que esta atención debe darse durante las siguientes 24 horas.

3.18 ¿Usted en su último parto cuánto tiempo después recibió atención postparto?

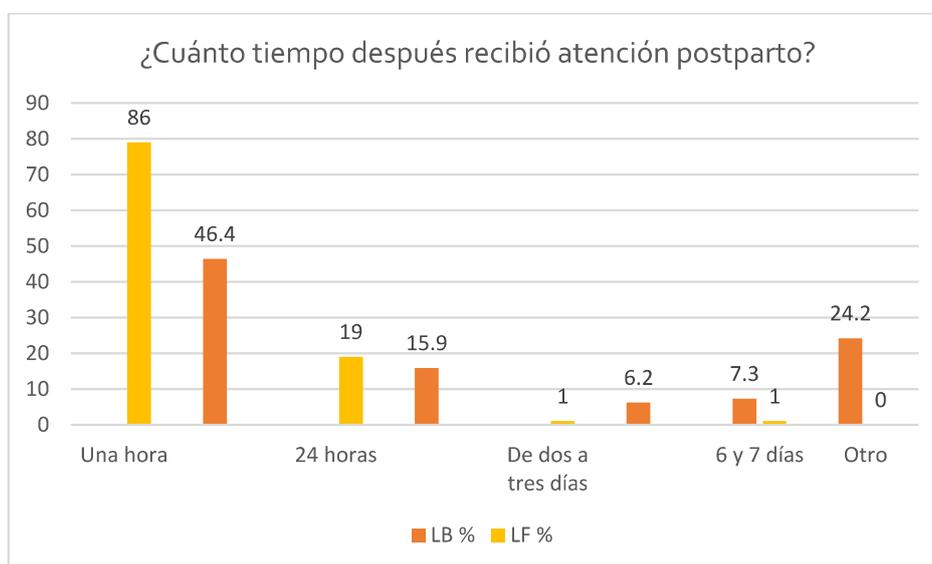
Tabla 263: ¿Usted en su último parto cuánto tiempo después recibió atención postparto?

Respuestas múltiples

¿Cuánto tiempo después recibió atención postparto?	LB		Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Una hora	196	46.4	86	86.0	67	83.7	19	95.0

2. 24 horas	67	15.9	19	19.0	17	21.3	2	10.0
3. De dos a tres días	26	6.2	1	1.0	1	1.2	0	0.0
4. 6 y 7 días	31	7.3	1	1.0	1	1.2	0	0.0
5. Otro	102	24.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
6. No lo sabe	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
7. No contesta	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Ilustración 113: ¿Cuánto tiempo después recibió atención postparto?



Los datos disponibles en la línea basal indican que las mujeres respondieron en un 46.4% que habían recibido atención dentro de la primera hora después del parto, frente al 86% que respondió de esta manera en la LF. El 15.9 en la LB indicó que había recibido esta atención durante las siguientes 24 horas, frente al 19% que se refleja en la LF.

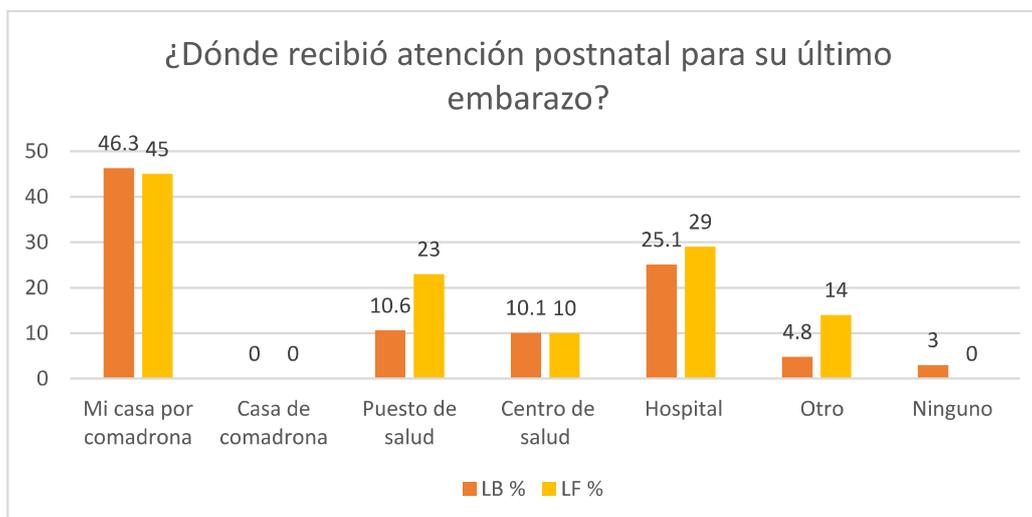
3.19 ¿Dónde recibió atención postnatal para su último embarazo?

Tabla 264: ¿Dónde recibió atención postnatal para su último embarazo?

(Respuestas múltiples)

¿Dónde recibió atención postnatal para su último embarazo?	LB		Global E		Quiché		Ixil	
			LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Mi casa por comadrona	201	46.3	45	45.0	36	45.0	9	45.0
Casa de comadrona	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Puesto de salud	46	10.6	23	23.0	18	22.5	5	25.0
Centro de salud	44	10.1	10	10.0	10	12.5	0	0.0
Hospital	109	25.1	29	29.0	21	26.5	8	40.0
Otro	21	4.8	14	14.0	12	15.0	2	10.0
Ninguno	13	3.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Ilustración 114: ¿Dónde recibió atención postnatal para su último embarazo?



Comparativamente, se evidencia que mientras los servicios prestados por las comadronas, respecto a control postnatal han descendido de un 46.3% al 45%; los servicios institucionales han aumentado de un 45.8% al 62%. Lo que denota al igual que los cuadros anteriores una mayor demanda de servicios en el contexto de la salud materno infantil a nivel institucional.

3.20 ¿Cuál fue el motivo de recibir atención postparto después de su último embarazo?

Tabla 265: ¿Cuál fue el motivo de recibir atención postparto después de su último embarazo?

Motivo para recibir atención postparto	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
1. Mi decisión	83	83.0	65	81.3	18	90.0
2. Recomendación de familia	1	1.0	1	1.3	0	0.0
3. Recomendación de la gente de comunidad	2	2.0	1	1.3	1	5.0
4. Recomendación del personal de salud	11	11.0	10	12.5	1	5.0
5. Otro	3	3.0	3	3.8	0	0.0
Total	100	100	80	100	20	100

El 83% de las mujeres entrevistadas recibió atención postparto por su propia decisión, seguido por un 11% por personal de salud, 2% recomendación de la gente de la comunidad. Aquí se ve reflejado el interés de las mujeres embarazadas por asistir a sus controles.

3 21 ¿Si usted no recibió atención postnatal puede decirnos por qué?

El 100% de las mujeres embarazadas recibieron su control postnatal.

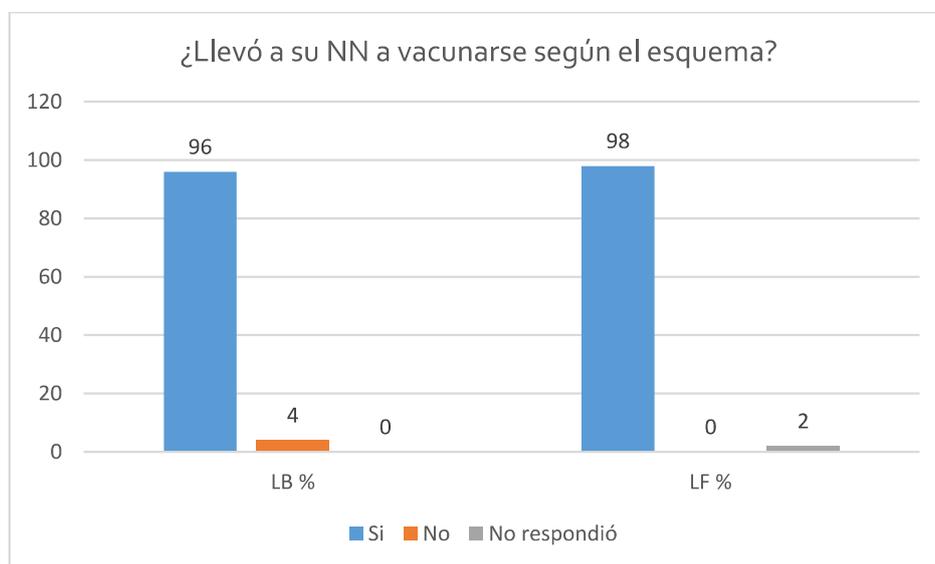
Vacunación

3.22 ¿Llevó a su NN menor a vacunarse de acuerdo a su esquema de vacunación?

Tabla 266: ¿Llevó a su NN menor a vacunarse de acuerdo a su esquema de vacunación?

¿Llevó a su NN a vacunarse según el esquema?	LB		Global E		Quiché		Ixil	
			LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Si	408	96.0	98	98.0	78	97.5	20	100.0
No	17	4.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No respondió	0	0.0	2	2.0	2	2.5	0	0.0
Total	425	100	100	100	80	100	20	100

Ilustración 115: ¿Llevó a su NN vacunarse según el esquema de vacunación?



Mientras que el 96% de las entrevistadas en la LB indicó que, sí había llevado a sus hijos a vacunar, en la LF este índice aumentó al 98% denotando una mayor demanda de los servicios de vacunación para NN en ambas áreas de salud.

3.23 ¿Si su respuesta fue "no" puede decirnos por qué?

El 98% las mujeres del cuadro anterior indicaron que, sí han llevado a sus hijos a vacunarse según el esquema del MSPAS, mientras que el 2% no respondió a la pregunta; No existen variaciones dentro de las dos áreas de salud por lo que se infiere que la cobertura de vacunación es adecuada en ambos territorios.

3.24 ¿Aceptaría las visitas del médico/enfermero a su casa para vacunar a sus niños/as?

Tabla 267 ¿Aceptaría las visitas del médico/enfermero a su casa para vacunar a sus NN?

¿Aceptaría las visitas de médico o enfermero para vacunar a sus NN?	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
Si	99	99.0	79	98.8	20	100.0
No	1	1.0	1	1.3	0	0.0
Total	100	100	80	100	20	100

El 99% de las entrevistadas respondió que, sí aceptaría la visita en su hogar del personal de salud para vacunar a sus hijos. No existe rechazo dentro de las dos áreas de salud por lo que se infiere que la cobertura de vacunación es adecuada en ambos territorios.

3.25 ¿Si su respuesta fue “no” puede decirnos por qué?

Tabla 268: ¿Por qué no aceptaría las visitas del personal de salud?

¿Por qué no aceptaría la visita del personal de salud para vacunar a sus niños/as?	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
Falta de tiempo	1	100.0	0	0.0	0	0.0
Falta de dinero	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No es necesario	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Miedo	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otro	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No contestó	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	100	100	0	0	0	0

El estudio identificó un caso en el que la mujer entrevistada respondió que no aceptaría las visitas del personal de salud para vacunar a sus hijos, y explicó que no tiene tiempo para recibir estas visitas, por lo que ella lleva a sus hijos a los servicios de salud cuando lo necesitan.

Participación en actividades comunitarias

3.26 ¿En la asamblea comunitaria ha escuchado las charlas sobre la salud?

Tabla 269: ¿En la asamblea comunitaria ha escuchado las charlas sobre la salud?

¿Ha escuchado hablar de salud en las asambleas comunitarias?	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
Si	64	64.0	46	57.5	18	90.0
No sabe	22	22.0	21	26.3	1	5.0
No	14	14.0	13	16.3	1	5.0
Total	100	100	80	100	20	100

El 64% de las entrevistadas en la LF indicó que, sí ha escuchado hablar de temas de salud en las asambleas comunitarias, seguido del 22% que expresó que no ha escuchado y el 14% que dijo no saber sobre este tema. El caso de las asambleas comunitarias es complejo ya que a la mayoría de ellas no se convoca a las mujeres y solamente asisten los hombres como representantes de sus familias, sin embargo, se organizan reuniones de mujeres y talleres de capacitación a nivel comunitario en donde se exponen estos temas.

Por su parte, la LB reportó que el 80.6% de las madres sabían de actividades proporcionadas de sesiones educativas o charlas sobre salud en los servicios de salud más cercanos. Se considera que ambos datos no pueden ser equiparables ni comparables, pero se presentan para presentar un panorama más amplio para el análisis de las acciones que deben desarrollarse en este contexto.

3.27 Si la respuesta es "sí" ¿Qué hablaron?

Tabla 270: ¿De qué hablaron en la asamblea comunitaria?

¿De qué hablaron en la asamblea comunitaria?	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
Señales de peligro de embarazadas	19	29.7	10	21.7	9	50.0
Traslado en emergencia	8	12.5	5	10.9	3	16.7

Alimentación para embarazadas	21	32.8	17	37.0	4	22.2
Desnutrición en niños	22	34.4	18	39.1	4	22.2
Otros	29	45.3	23	50.0	6	33.3

Un aspecto a mencionar en esta pregunta es el hecho de que en muchas comunidades las mujeres no son convocadas a las asambleas comunitarias, pues se considera que son espacios de discusión exclusivos para los hombres, aquellas que asisten, van en representación de sus esposos; sin embargo, también se organizan reuniones de mujeres en donde se realizan talleres y charlas en las que se abordan temas como agua segura, higiene del hogar, preparación de alimentos nutritivos y otros. En este sentido, el 45.3% de las respuestas identifican estos espacios en la casilla de "otros", seguido por el 34.4% que indicó que le han hablado sobre desnutrición, y el 32.8% sobre alimentación de la mujer embarazada.

3.28 ¿Los líderes comunitarios y/o en la asamblea comunitaria le han informado que puede recibir orientación sobre nutrición en un servicio de salud?

Tabla 271: ¿Le han informado que puede recibir información sobre nutrición en un servicio de salud?

¿Le han informado que puede recibir orientación sobre nutrición en un servicio de salud?	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
Si	13	13.0	11	13.8	2	10.0
No	28	28.0	26	32.5	2	10.0
No contestó	59	43.0	43	53.8	16	80.0
Total	100	100	80	100	20	100

El 13% de las mujeres encuestadas indicó que, si se le ha informado sobre este aspecto, mientras el 28% respondió que no y el 59% no respondió a la pregunta. Se considera que el aspecto comunitario debe reforzarse para lograr que los líderes en las comunidades tengan competencias y capacidades para el traslado adecuado de información a los habitantes en todos los territorios.

Estimulación temprana

3.29 ¿Sabe qué tipo de actividades son efectivas para el desarrollo infantil?

Tabla 272: ¿Sabe qué tipo de actividades son efectivas para el desarrollo infantil?

(Respuestas múltiples)

Actividades en el desarrollo infantil	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
1. Hablar	87	87.0	68	85.0	19	95.0
2. Cantar	46	46.0	35	44.0	11	55.0
3. Jugar con el NN	74	74.0	57	71.0	17	85.0
4. Leer un libro	1	1.0	1	1.0	0	0.0
5. Contar/leer un cuento	6	6.0	6	8.0	0	0.0
6. Otro	13	13.0	11	14.0	2	10.0
7. No lo sabe	0	0.0	0	0.0	0	0.0
8. No contesta	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Al analizar las respuestas dadas por las madres se identificó que el 87% de ellas expresó que hablar con los NN es una actividad adecuada para su desarrollo, seguido de jugar con ellos (74%) y cantar (46%). Según la OMS, cantar con los niños, jugar con ellos, leerles cuentos y propiciar el diálogo y la convivencia con ellos, son actividades adecuadas para su estimulación y que puedan hacer un correcto proceso de socialización y desarrollo infantil.

3.30 En los últimos 3 días, ¿(usted o cualquier otro miembro de la familia mayor de 15 años) contó cuentos a los NN?

Tabla 273: ¿Contó cuentos a los NN?

(Respuestas múltiples)

¿Contó cuentos a los NN?	Global E		Quiché		Ixil	
	F	%	F	%	F	%
Si	33	33.0	26	32.5	7	35.0
No	66	66.0	54	67.5	12	60.0
No contesta	1	1.0	0	0.0	1	5.0
Total	100	100	80	100	20	100

¿Quién?	Global E		Quiché		Ixil	
	F	%	F	%	F	%
a. Madre	11	33.3	10	32.3	1	14.3
b. Padre	9	27.3	6	19.4	3	42.9
c. Pariente	16	48.5	15	48.4	3	42.9
d. Otro	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Ilustración 116: ¿Contó cuentos a los NN?

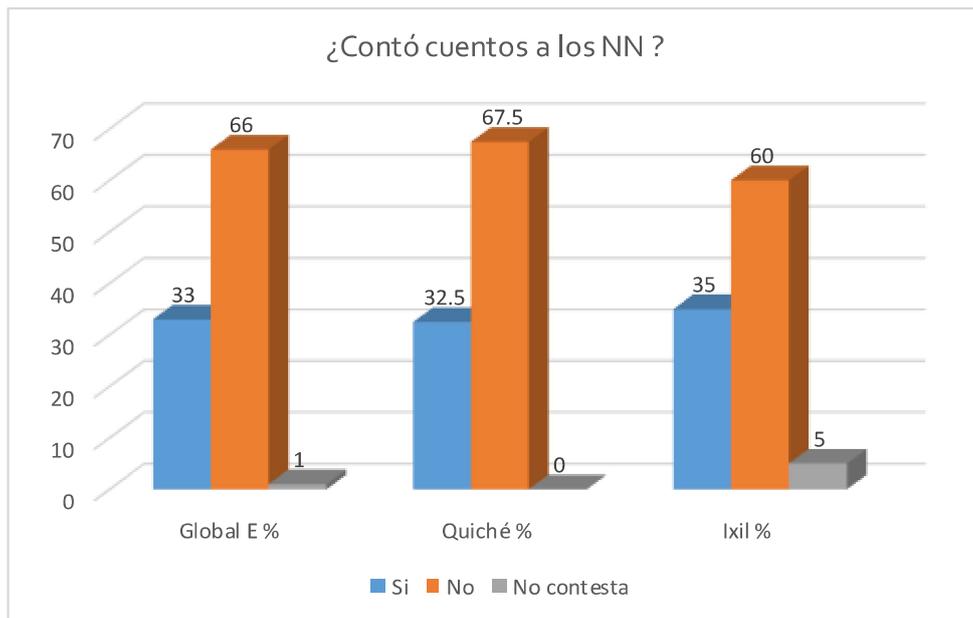
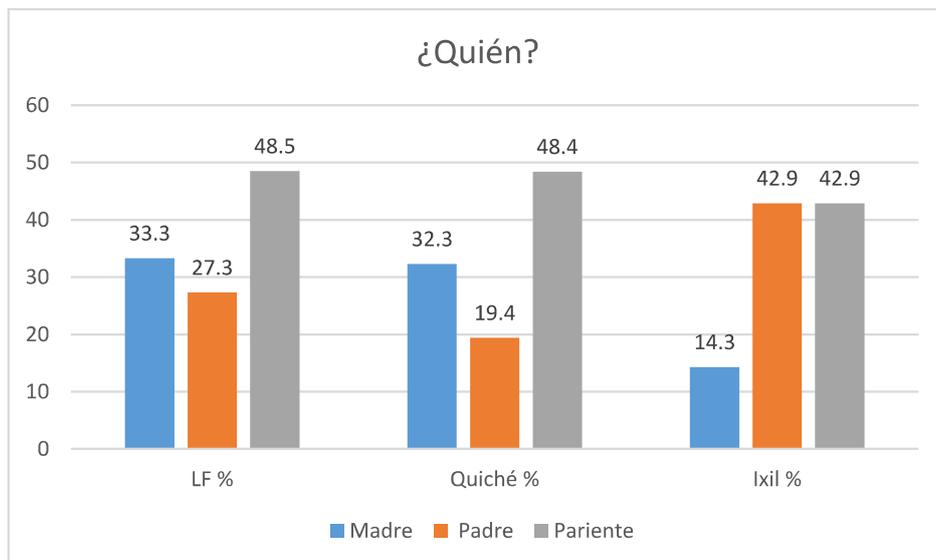


Ilustración 117: ¿Quién?



Los hallazgos encontrados en la LF expresan que el 33% de las entrevistadas indicó que si han contado cuentos a los NN; frente al 66% que expresó no hacerlo.

Al preguntar por el familiar que lo hace, aparecen los parientes (tíos, primos, abuelos), en el primer lugar con un 48.5%, seguido de las madres con un 33.3% y los padres con un 27.3%.

Parfraseando a Rondón (2017), contar cuentos a los niños es una actividad de estimulación infantil adecuada que ayuda a desarrollar su memoria e imaginación, estimula el desarrollo de lenguaje y transmite conocimientos y valores, por lo que se considera muy oportuna para el desarrollo de los NN.

3.31 En los últimos tres días, ¿usted o cualquier otro miembro de la familia mayor de 15 años jugó con los NN?, si su respuesta es "sí" ¿quién jugó

Tabla 274: ¿Quién jugó?

(Respuestas múltiples)

¿Jugó con los NN?	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	F	%	F	%	F	%
Sí	78	78.0	62	77.5	16	80.0
No	21	21.0	18	22.5	3	15.0
No contesta	1	1.0	0	0.0	1	5.0
Total	100	100	80	100	20	100
¿Quién?	Global E		Quiché		Ixil	
	LF		LF		LF	
	(N78)		(N62)		(N16)	
	F	%	F	%	F	%
e. Madre	41	52.6	33	53.2	8	44.4
f. Padre	25	32.1	20	32.3	5	27.8
g. Pariente	46	59.0	41	66.1	5	27.8
h. Otro	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Ilustración 118: ¿Jugó con los NN?

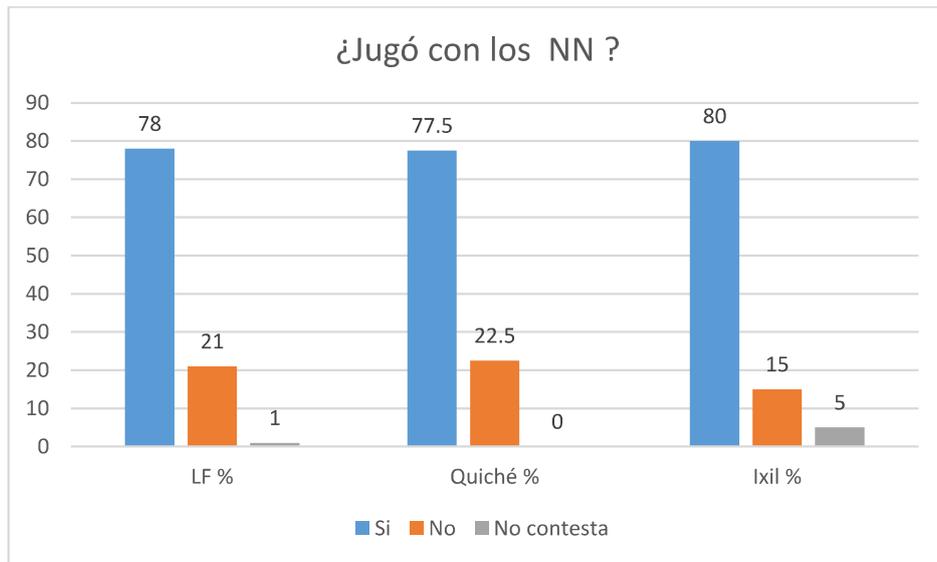
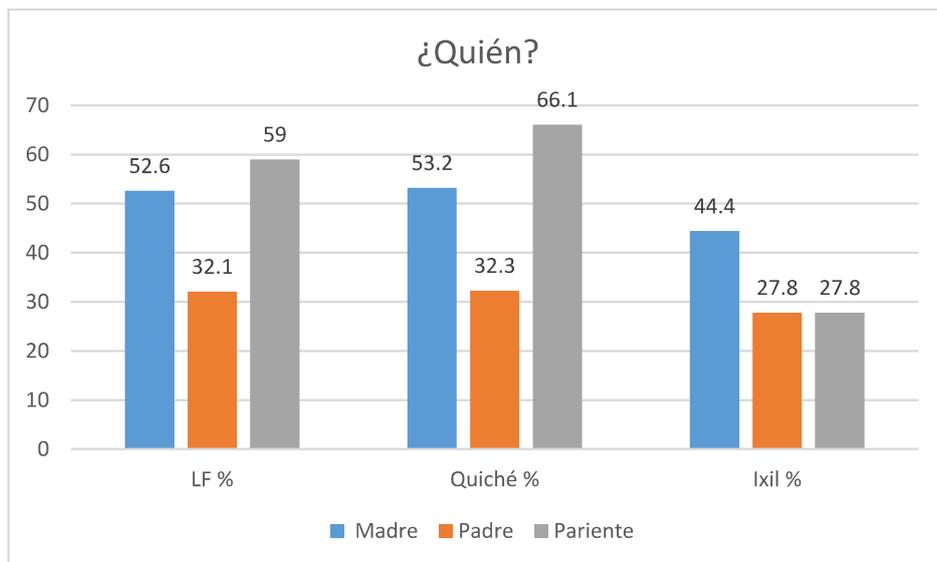


Ilustración 119: ¿Quién?



Al preguntar a las madres acerca de si ellas o algún pariente había jugado con los NN, el 78% refirió que sí y el 21% que no.

Al preguntar quién de los parientes había jugado con los NN, la LF reporta en primer lugar a los parientes con el 59%, seguido de la madre con el 52.6% y el padre con el 32.1%

Se considera que la socialización de los NN depende de la calidad y cantidad de intercambios positivos que tengan en su desarrollo, en este sentido, jugar con ellos es un indicador de salud mental y de desarrollo psicomotor e intelectual.

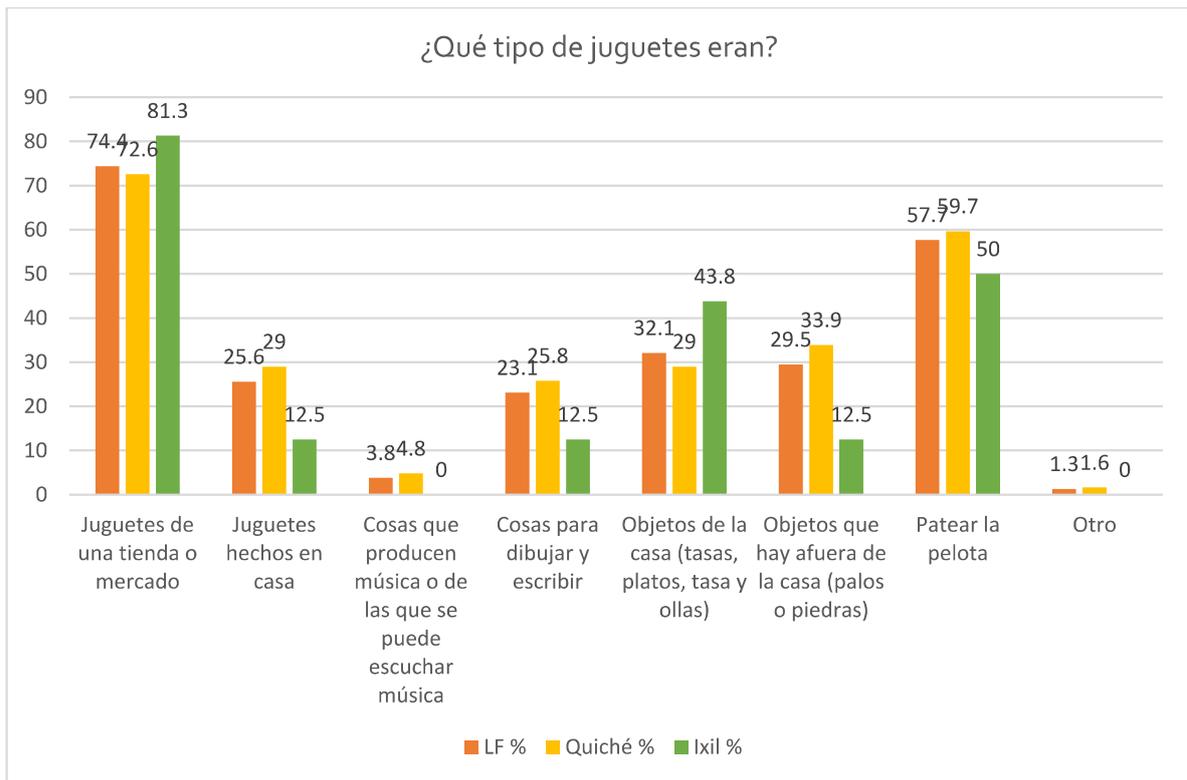
3.32 ¿Qué tipo de juguetes y juegos eran?

Tabla 275: ¿Qué tipo de juguetes y juegos eran?

(Respuestas múltiples)

¿Qué tipo de juguetes eran ?	Global E LF (N78)		Quiché LF (N62)		Ixil LF (N16)	
	F	%	F	%	F	%
Juguetes de una tienda o mercado	58	74.4	45	72.6	13	81.3
Juguetes hechos en casa	20	25.6	18	29.0	2	12.5
Cosas que producen música o de las que se puede escuchar música	3	3.8	3	4.8	0	0.0
Cosas para dibujar y escribir	18	23.1	16	25.8	2	12.5
Objetos de la casa (tasas, platos, tasa y ollas)	25	32.1	18	29.0	7	43.8
Objetos que hay afuera de la casa (palos o piedras)	23	29.5	21	33.9	2	12.5
Patear la pelota	45	57.7	37	59.7	8	50.0
Otro	1	1.3	1	1.6	0	0.0

Ilustración 120: Tipo de juguetes



El 74.4% de las respuestas en esta pregunta se dirige a que son juguetes comprados en el mercado o en la tienda, seguido del 57.7% que se refiere a jugar pelota y el 32.1% que respondieron que jugaban con objetos que hay en la casa. El 29.5% de las respuestas indicó que juegan con objetos que están fuera de la casa y el 25.6% expresó que utiliza juguetes hechos en casa.

V. EVALUACIÓN DE RESULTADOS Y ALCANCES DE LA META DE LA MATRIZ DE DISEÑO DEL PROYECTO (PDM).

A continuación, se presenta la evaluación de resultados y alcances de la meta de la matriz de diseño del proyecto. La intención es verificar la medida en la que la intervención ha alcanzado las metas propuestas.

Para ello, se consultaron las fuentes de verificación que se indican en la matriz, siendo estos de manera general los datos disponibles en el proyecto, los que arrojaron los siguientes resultados:

Indicadores de la meta superior del proyecto	Resultados (Fuente: Proyecto)	Análisis con respecto a la LF
1. Disminuir la razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos de 120, promedio de 5 años anteriores a 96 en 2023 en el área de salud de Quiché y de 285 en 2016 a 142 en 2023 en el área de salud Ixil.	Quiché.89 Ixil: 94	
2. Evidenciar la continuidad de la tasa de mortalidad en neonatos de 4.5 por 1,000 nacidos vivos en 2023 en el área de salud de Quiché y disminuir la tasa de mortalidad de neonatos del 36.4 en 2016 al 30.4 en 2023 por cada 1000 nacidos vivos en el área de salud de Ixil.	Quiché.2.6 Ixil: 14.8	Según los datos proporcionados se ha disminuido la tasa de mortalidad al 2.6% en el área quiché y al 14.8% en el área Ixil lo que indica que las acciones desarrolladas en el contexto de la salud materno infantil han sido adecuadas y los servicios de salud han sido más efectivos para dar control y acompañamiento a las madres gestantes. Se infiere que las consejerías y en relación a los signos de peligro durante el embarazo y el control prenatal han sido fortalecidos lo que en suma ha contribuido a la mejoría de estos indicadores.
3. Evidenciar la continuidad la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años en 3.6 por cada 1,000 niños menores de 5 años en 2023 en el Área de Salud de Quiché, y disminuir la tasa de mortalidad de niños de 29 días a menores de 5 años del	Quiché.0.4 Ixil: 1.58	Los datos del proyecto reportan una disminución bastante notable lo que expresa que se alcanzó la meta propuesta al inicio de la intervención,

<p>3.8 en 2016 al 3.0 en 2023 por cada 1,000 niños de 29 días a menores de 5 años en el Área de Salud de Ixil.</p>		
<p>4. Disminuir el porcentaje de los nacidos con bajo peso del 36.5% en 2016 al 26.5% en 2023 en el Área de Salud de Quiché, y del 19% en 2017 a 12% en 2023 en el Área de Salud de Ixil.</p>	<p>Quiché.13.6 Ixil: 4.0</p>	<p>En relación a la disminución del porcentaje de NN nacidos con bajo peso, el proyecto ha tenido un desarrollo exitoso, disminuyendo hasta un 13.6% en el área quiché, lo que denota una brecha positiva de 12.9% con respecto a la meta para 2023. En el área Ixil, la brecha positiva es de 8 puntos, logrando un 4% frente a la meta del 12% para 2023. Se considera que las acciones de consejería en nutrición, el calendario nutricional y el monitoreo adecuado de talla y peso durante el embarazo han contribuido a que se dé una mejor atención a las mujeres embarazadas en los servicios de salud lo que a su vez tiene un impacto positivo en la salud neonatal.</p>
<p>5. Disminuir el porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica del 46.0% en 2016 al 36.0% en 2023 en el Área de Salud de Quiché, y del 47% en 2016 al 40% en 2023 en el Área de Salud de Ixil.</p>	<p>Quiché: 23.2 Ixil: 50.3</p>	<p>Respecto al porcentaje de NN menores de 5 años con desnutrición crónica se ha disminuido al 23.2% en el área quiché lo que supone un éxito y la superación de la meta propuesta para 2023 que era del 36%. Sin embargo, en el área Ixil, cuya meta para 2023 era del 40%, se establece un índice de desnutrición del</p>

		50.3% lo que expresa que hace falta más acciones para el fortalecimiento de la consejería en nutrición en dicha zona, aunque se infiere que las condiciones de pobreza y vulnerabilidad social, como se ha mencionado, son más profundas en el área Ixil, lo que indica también el hecho de que existe pobreza que se traduce en falta de acceso y disponibilidad de alimentos, factores que no pueden ser resueltos a través de la consejería en los servicios de salud.
--	--	---

Respecto a mejorar la atención de salud y nutrición materno infantil apegada a la norma de atención integral para las mujeres embarazadas y los niños menores de 2 años en 12 municipios en el Departamento de El Quiché.

Indicadores de Propósito del proyecto	Resultados (Fuente: Proyecto)	Análisis con respecto a la LF
<p>1. Aumentar el porcentaje de mujeres que recibieron control prenatal conforme a la norma:</p> <p>a. Con 1er control antes de las 12 semanas del 32.7% en el 2015 al 48.7% en 2019 en el Área de Salud de Quiché, y del 28% en el 2015 al 38% en 2019 en el Área de Salud de Ixil.</p> <p>b. Con 4 controles prenatales mínimos del 28.9% en el 2015 al</p>	<p>a. Quiché 22.6% Ixil: 24.7%</p> <p>b. Quiché: 26.6%</p>	<p>Respecto a los controles prenatales conformes a la norma, el estudio de LF verificó que, si existe un aumento en la demanda de las mujeres en los servicios de salud para el control prenatal, sin embargo, este aún se da sin una mayor rigurosidad de parte de las madres, que no asisten con la regularidad y en la periodicidad que la norma indica. Es por ello que, en ambos casos, tanto el epígrafe a como</p>

<p>32.0% en 2019 en el Área de Salud de Quiché.</p>		<p>el b, presentan alcances menores a los esperados en las metas propuestas por el proyecto. Se hace necesario fortalecer el conocimiento de las madres sobre la idoneidad con la que deben de llevar a cabo sus controles y asistir a los servicios de salud.</p>
<p>2. Aumentar el porcentaje de partos institucionales (partos atendidos por profesionales de salud) del 22.6% en el 2015 al 30% en 2019 en Área de Salud de Quiché, y del 44% en el 2015 al 55% en 2019 en el Área de Salud de Ixil.</p>	<p>Quiché' 29.7% Ixil: 45.6%</p>	<p>Según los datos proporcionados por el proyecto, la meta de atención de partos institucionales para el área de salud de Quiché era del 30%. Habiéndose alcanzado un 29.7% lo que indica mayoritariamente que esta meta fue alcanzada, sin embargo, en el área Ixil, en donde la meta era del 55% se alcanzó únicamente un 45.6% denotando que hace falta mayores acciones para lograr que las mujeres embarazadas acudan a los servicios de salud para la atención de sus partos. El estudio de LF identificó que existe una mayor conciencia de parte de las madres sobre la importancia del parto institucional y que en la actualidad existe una mayor demanda de estos servicios por lo que se infiere que si bien no se alcanzaron a plenitud las metas establecidas, se ha comprobado un avance notable que tiene impactos significativos en la</p>

		salud neonatal en ambas áreas de salud.
<p>3. Aumentar el porcentaje de vacunación útil en Área de Salud de Quiché</p> <p>a. OPV del 83.3% en el 2015 al 86.0% en 2019.</p> <p>b. PENTA del 75.4% en 2015 al 85.0% en 2019.</p> <p>c. BCG del 86.3% en 2015 al 93.0% en 2019.</p> <p>Alcanzar el porcentaje de vacunación útil en un 95% en 2019 en el Área de Salud de Ixil.</p> <p>El dato de línea basal de 3 tipos de vacunación útil en 2015 es siguiente:</p> <p>a. OPV3: 99.5% b. PENTA 98% c. BCG: 95.5%</p>	<p>Quiché</p> <p>a. 93.3%</p> <p>b. 95.1%</p> <p>c. 99.9%</p> <p>Ixil</p> <p>a. 99.2%</p> <p>b. 99.5%</p> <p>c. 101.9%</p>	<p>Respecto al área de salud de Quiché se verifican los siguientes hallazgos:</p> <p>a. Alcanzada la meta y superada en un 7.3%.</p> <p>b. Alcanzada la meta y superada en un 14.5%</p> <p>c. Alcanzada la meta y superada en un 7.9%.</p> <p>Con respecto al área de salud Ixil los hallazgos son los siguientes:</p> <p>a. Alcanzada y superada la meta en un 13.2%.</p> <p>b. Alcanzada y superada la meta en un 14.2%</p> <p>c. Alcanzada y superada la meta en un 8.9%.</p>
<p>4. De acuerdo con la normativa, el porcentaje de niños:</p> <p>a. menores de 1 año que inicia monitoreo de crecimiento y desarrollo, aumentar del 43% en 2015 al 53% en 2019 en el Área de Salud de Quiché, y del 88% en 2015 al 95% en 2019 en el Área de Salud de Ixil.</p> <p>b. de 1 a 2 años que inicia el monitoreo de crecimiento y desarrollo, aumentar del 42% en 2015 al 52% en 2019 en el Área de Salud de Quiché, y del 88% en 2015 al 95% en 2019 en el Área de Salud de Ixil.</p>	<p>a.</p> <p>Quiché: 79.2%</p> <p>Ixil: 82.1%</p> <p>b.</p> <p>Quiché: 86.5%</p> <p>Ixil: 77.4%</p>	<p>Respecto al porcentaje de NN menores de un año que inicia monitoreo de crecimiento y desarrollo se alcanzó la meta propuesta por el proyecto y se superó en un 26.2% en el área de salud de Quiché, mientras que en el área de salud de Ixil se alcanzó únicamente el 82.1%, siendo la meta el 95% lo que denota que no se logró el objetivo esperado. Se recomienda hacer análisis a lo interno de las áreas de salud para verificar las razones del éxito en la primera y las debilidades en la segunda.</p>

		<p>En cuanto a NN de 1 a 2 años que inician monitoreo de crecimiento en el área de salud de Quiché se alcanzó la meta y se superó en un 34.5%, mientras que en el área de salud Ixil al igual que en el caso anterior no se alcanzó el objetivo, siendo este el 95% y habiéndose alcanzado el 77.4%.</p> <p>Se concluye que existen razones a analizar que podrían explicar el hecho del considerable aumento en el área quiché y la disminución de casos en el área Ixil.</p>
<p>5. Aumentar el porcentaje de niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva del 29.3% en 2016 al 39.3% en 2019 en el Área de Salud de Quiché.</p> <p>Lograr que el 80% de las madres de los nacidos vivos a nivel institucional reciban consejería sobre lactancia materna exclusiva en las primeras 24 horas en 2019 en el Área de Salud de Ixil.</p>	<p>Quiché: 103.5% Ixil: 92.6%</p>	<p>Se alcanzó la meta y se superó ampliamente el caso de ambas áreas de salud, lo que denota que las acciones en torno a la lactancia materna, la consejería y monitoreo fueron efectivas y permitieron un incremento notable en la práctica de la lactancia materna exclusiva.</p>
<p>6. Aumentar el porcentaje de niños de 6 meses que inician alimentación complementaria del 17.8% en 2016 al 27.8% en 2019 en el Área de Salud de Quiché.</p> <p> Demostrar que 80% de niños de 6 meses que asisten al monitoreo de crecimiento</p>	<p>Quiché: 47.7% Ixil: 48.6%</p>	<p>Respecto al aumento del porcentaje de NN de 6 meses que inician alimentación complementaria, la meta para 2019 era del 27.8%, alcanzándose un 47.7 en el área de salud Quiché y el 48.6% en el área Ixil, lo que implica una brecha positiva e indica que la</p>

<p>y desarrollo han iniciado la alimentación complementaria, el cual es el mismo nivel de 2016, en 2019 en el Área de Salud de Ixil.</p>		<p>consejería en nutrición ha mejorado su calidad y sus alcances dentro de la población materno infantil en los territorios donde se inserta el proyecto.</p>
<p>7. Aumentar: a. de 12.3% en 2017 a 30% en 2019 de mujeres embarazadas con ganancia de peso en el cuarto control según lo establecido en la norma (CMB) (en caso del primer control antes de las 12 semanas) en el Área de Salud de Quiché, y de 51.5% en 2018 (hasta noviembre) a 65% en 2019 en el Área de Salud de Ixil, b. de 17.8% en 2017 a 30% en 2019 de mujeres embarazadas con ganancia de peso en el cuarto control según lo establecido en la norma (IMC) (en caso del primer control después de las 12 semanas) en el Área de Salud de Quiché, y de 26.9% en 2018 hasta noviembre a 50% en 2019 en el Área de Salud de Ixil.</p>	<p>a. Quiché: 31.5% Ixil: 38.8% b. Quiché: 38.1% Ixil: 47.2%</p>	<p>En el área de salud de Quiché se alcanzó la meta respecto al 30% de mujeres embarazadas que reportan ganancia de peso, habiéndose logrado un 31.5%, mientras que en el área Ixil es el caso contrario, teniendo la meta del 65% y habiéndose alcanzado el 38.8%.</p> <p>Respecto a la meta del 30% de mujeres embarazadas con ganancia de peso en el cuarto control en el área de salud de Quiché se alcanzó un porcentaje del 38.1%. Mientras que en el área Ixil cuya meta era del 50% se alcanzó el 47.2% reforzando la noción de que existieron factores en el área Ixil que impidieron el logro de las metas establecidas por el proyecto en temas relacionados con salud materno infantil y nutrición.</p>
<p>8. Aumentar el porcentaje de mujeres que recibieron atención post-parto conforme a la norma: (en el Área de Salud de Quiché)</p>	<p>a. ' Quiché 36.2% Ixil: 96.1% b. Quiché: 42.4%</p>	<p>En el área de salud de Quiché la meta establecida fue de un 38% habiéndose alcanzado el 36.2%, mientras que en el área Ixil se alcanzó habiendo superado del</p>

<p>a. 24-48 horas: del 26% en 2015 al 38% en 2019.</p> <p>b. 48 horas hasta 42 días: del 37.6% en 2015 al 57.6% en 2019. (en el Área de Salud de Ixil) durante las primeras 24 horas: del 37% en 2016 al 47% en 2019.</p>		<p>47% establecido al 96.1% que se alcanzó.</p>
---	--	---

VI. LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones que se encontró para el desarrollo del estudio se listan las siguientes:

Debido a los índices de violencia y criminalidad que existen en Guatemala, existe un alto nivel de desconfianza en las personas hacia las encuestas o entrevistas domiciliarias, esto fue evidente en la comunidad Monte María en Chicamán en donde las autoridades comunitarias convocaron a asamblea y de manera unánime las personas decidieron no participar en el estudio y solicitaron al equipo encuestador que se retirara del lugar, esto implicó cambiar los planes de visita a las comunidades y replantear la muestra que se tenía programada para dicho territorio, sin que hubiera mayores complicaciones al respecto.

Se tuvo dificultades para acceder a las viviendas en el municipio de Chiché que presentó el nivel de resistencia más alto de todos. Las personas de manera general indicaban que no deseaban colaborar con el estudio, y más aún en lo que corresponde a talla y peso de los NN.

VII. CONCLUSIONES

Salud Materno Infantil

- Se verifica que las mujeres participantes en el estudio corresponden a un estrato social que se caracteriza en primer lugar por ser jóvenes, lo que es congruente con la literatura nacional y los datos disponibles respecto al promedio de edad de inicio de la vida sexual y del primer parto. En síntesis, las frecuencias más altas se ubicaron en el rango de edad entre los 15 y 19 años para el nacimiento del primer hijo, caracterizando una población materno infantil que presenta factores de riesgo

relacionados con la edad de la madre (antes de los 20 años). , aunque también se identificó a madres que por ser mayores de 35 años presentan un segundo factor de riesgo relacionado a la edad.

- Las mujeres en su mayoría son alfabetas y bilingües, aunque en el caso del índice de alfabetismo, de manera general es más bajo que la media departamental de 64.4%. Por su parte, el bilingüismo en el estudio es alto, lo que permite inferir que la barrera del idioma es un factor que está en declive, aunque se hace necesario fortalecer los servicios de salud con personal maya hablante ya que, si bien las mujeres entienden el idioma español, tienen deficiencias para expresarse y para comprender mensajes relacionados con salud y nutrición, que serían más efectivos y oportunos si fueran comunicados en el idioma materno de las mujeres.
- La LF identifica un descenso en los promedios de embarazo por mujer respecto a lo reportado en la LB, se infiere que en la actualidad las mujeres tienen menos embarazos, lo que implica un descenso en la tasa de natalidad. Esto plantea un impacto a futuro en cuanto a la composición demográfica de la zona.
- El estudio identificó un aumento en los porcentajes de demanda de servicios institucionales respecto a la atención pre y post parto. Así mismo, el parto institucional ha aumentado sus índices en la región en ambas áreas de salud, lo que implica la necesidad de fortalecer las capacidades y competencias del personal para que pueda atender adecuadamente este aumento en la demanda. Así mismo, se hace necesario apoyar a los servicios de salud en materia de infraestructura y disponibilidad de equipos, insumos y medicamentos.
- En ambos estudios, se identifica la hipertensión arterial como una de las enfermedades presentes en las mujeres tanto antes del embarazo como durante el mismo y esta, presenta enfermedades asociadas como la albuminuria, hinchazón de manos y pies, dolor de cabeza entre otros. Es importante recordar que la hipertensión es la segunda causa a nivel nacional de mortalidad materna por lo que se hace indispensable generar acciones para promover mejores hábitos de salud y nutrición que podrían contribuir a mejorar las condiciones de vida de las mujeres que les hacen proclives a padecer de dichas enfermedades.

- Se considera que se ha avanzado notablemente respecto a lo relacionado con vacunación de los NN. Los índices de cobertura de biológicos son adecuados y expresan que las mujeres tienen una mayor confianza hacia los servicios de salud y demandan con mayor frecuencia sus servicios para el monitoreo y control de sus NN. Esto como se ha dicho en casos anteriores implica la necesidad de fortalecer los servicios para que puedan atender la creciente demanda.
- El estudio de LF identifica un mayor conocimiento de las madres respecto a las señales de peligro durante el embarazo y el plan de emergencia. Los resultados comparativos entre la LB y la LF indican que se ha fortalecido la consejería en estos temas y que las mujeres tienen mejores conocimientos respecto a los mismos. Esto marca un cambio sustancial en las posibilidades de atención oportuna en caso de emergencia para la mujer embarazada lo que tendría que incidir en la disminución de las muertes maternas.
- Respecto a la participación de mujeres en actividades comunitarias el estudio de LF identificó que este es un escenario que requiere de mayores acciones para su fortalecimiento. Según los datos recopilados hay municipios en donde las mujeres no son convocadas a los espacios comunitarios pues se considera que estos son asuntos que deben tratar los hombres. En este sentido, se hace importante fortalecer a las comisiones comunitarias de salud para que desarrollen un trabajo de concienciación a la población sobre la importancia de la participación femenina y que desde ese espacio se puedan organizar jornadas de charlas y reuniones para mujeres en donde se puedan tratar temas relacionados con salud y nutrición.
- En lo que se relaciona con actividades de estimulación temprana se identifica que existe aún una brecha respecto a las prácticas de las madres para brindar esta estimulación a sus hijos. En general la población desconoce sobre estos temas y la consejería en los servicios de salud los aborda de manera general, sin dar un énfasis adecuado a su importancia. Se concluye que es necesario fortalecer las capacidades y competencias del personal de salud para que brinde una adecuada consejería respecto a esto, a la vez que se concientice a las madres sobre la importancia de brindar este tipo de atención a sus hijos para su adecuado crecimiento.

Respecto a nutrición:

- Con relación a la Frecuencia de Consumo de Alimentos de la mujer embarazada se puede verificar que mayoritariamente su dieta se constituye por la ingesta de cereales, granos y tubérculos dentro de los que el maíz, es el principal alimento, mismo que se consume como tamalitos, tortillas y atol. Siendo esta la principal fuente de carbohidratos en la dieta de las madres.
- El consumo de hierbas y verduras es de manera general bajo, y se infiere que se debe a la falta de acceso que tienen las comunidades más alejadas a mercados en donde puedan comprar alimentos variados, así como a la escasez de recursos económicos que no permiten acceder a esta variedad alimentaria.
- Respecto al consumo de frutas, ambos estudios identifican que las mujeres no tienen acceso adecuado a una diversidad de frutas, por lo que el banano, siendo una planta endémica de muchas regiones, presenta un alto consumo, que, a su vez, suma el índice de calorías provenientes de los carbohidratos que se consumen diariamente.
- Ambos estudios identifican que existe un bajo consumo de productos lácteos, se infiere que esto se relaciona con la disponibilidad y acceso a estos alimentos.
- Respecto al consumo de proteínas ambos estudios identifican que el alimento más consumido es el huevo, y que las carnes de manera general tienen un consumo bajo que se interrelaciona con los niveles de pobreza que generan falta de acceso a estos alimentos.
- En cuanto a las grasas consumidas por las mujeres embarazadas, el aceite ocupó el primer lugar, mientras el aguacate tiene un consumo muy limitado.
- El estudio de línea final identificó un alto consumo de alimentos no recomendados como gaseosas, jugos artificiales y bolsitas; más de la mitad de las mujeres embarazadas reportó consumir en una frecuencia de 2 a 3 veces por semana, lo que implica una alta ingesta de sodio y de grasas trans que se interrelaciona con la alta prevalencia de cuadros de hipertensión y de sobrepeso y obesidad.
- En cuanto a la dieta de los NN entre 0 y 6 meses se identifica que existe un adecuado conocimiento de las madres acerca de la lactancia materna exclusiva, aunque tienen dificultades para explicar lo que esto significa, las mujeres comprenden que

durante esta etapa ellas deben suministrar pecho a sus hijos a libre demanda y de manera exclusiva, se infiere que la consejería en estos temas en los servicios de salud ha logrado concientizar a las madres sobre la importancia de este proceso para la salud de los neonatos ya que además de que se verifica un aumento en la práctica de la lactancia materna exclusiva, las madres identifican más razones por las que esta práctica deben darse en el hogar.

- Al comparar los resultados de la LB frente a la LF se identifica que la lactancia materna, tanto durante los primeros 6 meses de vida (exclusiva) como durante el desarrollo del NN (hasta los 24 meses) se ve aumentada. Sin embargo, las madres presentan mayores dudas e inquietudes respecto a factores como temporalidad en la que deben extender la lactancia materna, el número de episodios que deben suministrar al día, el momento de la introducción de alimentos y la alternancia entre la lactancia y el consumo de alimentos por parte de los NN. Estos elementos indican la necesidad de fortalecer la consejería en nutrición y alimentación para NN para que se incluyan estos temas y se permita que las mujeres expongan sus dudas al respecto, que además incluyen temas relacionados a los beneficios que tiene para la madre y el cuidado que ellas deben de tener durante el periodo de lactancia para evitar el sobrepeso o en su defecto, la desnutrición, ya que, en ambos casos, existen consecuencias para la salud y nutrición de los NN.
- Respecto a alimentación de los NN se verifica que el grupo de alimentos que más consumen los NN es el de granos, raíces y tubérculos, seguido de leguminosas. Al igual que en el caso de la alimentación de las mujeres embarazadas se identifica un alto consumo de carbohidratos provenientes de los granos y los cereales, siendo el maíz la principal fuente de alimentación de los NN que se consume como tamalitos, tortillas y atoles.
- Se identifica un bajo consumo de proteínas de origen animal lo que correlacionado con el alto consumo de carbohidratos genera un proceso alimentario que puede llevar al sobrepeso o a la obesidad sin que esto implique una adecuada ingesta de nutrientes para el cuerpo, lo que tiene grandes impactos en el desarrollo evolutivo del NN.
- Correlacionando los hallazgos en materia de nutrición por parte de las mujeres embarazadas y los NN se puede caracterizar un panorama en donde la mayor disponibilidad de alimentos se refiere al consumo de maíz y de otros granos y tubérculos que en síntesis plantean un panorama alimentario en donde predomina

la ingesta de carbohidratos, con un bajo consumo de proteínas, mayoritariamente aquellas de origen animal que durante el segundo y tercer trimestre del embarazo son fundamentales para una adecuada nutrición del feto y para la formación de tejido a nivel nervioso y neuronal.

- Los NN por su parte también están inmersos en este patrón alimentario que incluye mayoritariamente carbohidratos provenientes de los cereales o granos que no contribuyen a un balance nutricional adecuado.
- La consecuencia de este fenómeno es el sobrepeso en la mujer embarazada sin que ella pueda traducir esta ganancia de peso en una adecuada nutrición para el feto, muchos de ellos nacen en condiciones de bajo peso y talla generando el fenómeno de la doble carga nutricional.
- Por su parte, los NN al consumir una dieta rica en carbohidratos generan patrones de sobrepeso y obesidad que implican una alimentación no equilibrada y que tiene impactos en su desarrollo y a lo largo de sus vidas.
- Se identificó que existe un avance respecto a la difusión de la consejería en materia de salud y nutrición en los servicios de salud; las mujeres entrevistadas reportaron haber recibido dichos mensajes en puestos y centros de salud mayoritariamente. Sin embargo, también se identificó que en la actualidad las madres tienen inquietudes sobre lo que se refiere a la alimentación no solo de ellas sino de sus hijos y que se hace necesario fortalecer las capacidades y competencias del personal de salud para que se incorporen espacios donde ellas puedan plantear sus dudas y aclarar los temas que les resultan confusos.

VIII. RECOMENDACIONES

- Se hace importante presentar los resultados de la línea final al personal de salud de las dos áreas en las que se ha trabajado el proyecto, para que conozcan sus avances y también sus limitaciones y que de manera conjunta puedan identificar acciones de seguimiento y fortalecimiento para el beneficio de la población en el departamento de Quiché.

- Se recomienda profundizar los procesos de capacitación al personal de salud para que fortalezca sus capacidades y competencias en temas relacionados con la consejería en salud y nutrición. Se ha evidenciado que existe un cambio de comportamiento positivo respecto a la manera en que el personal brinda estos servicios, por lo que es oportuno fortalecer estos conocimientos a través de un seminario o un taller donde se identifiquen las buenas practicas que se han desarrollado en las áreas de salud para trabajar los temas más importantes de dicha consejería.
- Dotar de insumos a los distritos de salud para que puedan seguir con la distribución de materiales como la olla nutricional y mi calendario nutricional que demostraron ser un aliado efectivo para la difusión de estos mensajes en las familias beneficiadas por la intervención.
- Generar reuniones de dialogo con los encargados de distrito y personal de territorios para que identifiquen las brechas que tienen en su trabajo, sus necesidades y las oportunidades de mejora que presentan de tal manera que al finalizar el proyecto quede un panorama de hacia donde se deben dirigir los esfuerzos por parte del MSPAS en dicha región.
- Fortalecer las capacidades y competencias del personal de salud para que pueda dar una consejería adecuada en temas de salud, nutrición, lactancia materna, higiene en el hogar, estimulación temprana entre otros.
- Promover la organización comunitaria y el fortalecimiento de las comisiones comunitarias de salud que según se ha indicado en el estudio, parecen estar estancadas. Se hace necesario su impulso y promoción para que puedan organizarse efectivamente y tengan la capacidad de reaccionar ante una emergencia en salud en sus comunidades.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- FLACSO (2018), El eterno cerco a la democracia, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Guatemala.

- ICEFI (2016), Pobreza multidimensional infantil y adolescente en Guatemala, privaciones a superar; Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales, Guatemala. Disponible en https://icefi.org/sites/default/files/muestra_pobreza_multidimensional_en_guatemala.pdf
- INE (2018), Censo Nacional de población y vivienda, INE, Guatemala.
- MSPAS (2017), Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil –ENSMI-, Guatemala.
- OMS (S.F) Página de internet, disponible en : <https://www.who.int/es>
- PNUD (2016), Informe de Desarrollo Humano, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Guatemala. Disponible en http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016_SP_Overview_Web.pdf

Hoja de Monitoreo Ver.9
(Julio 2020~Diciembre 2020)

Para el Director de la Oficina de JICA en Guatemala

HOJA DE MONITOREO DEL PROYECTO

Título del Proyecto: El Proyecto de Mejoramiento de Salud y Nutrición Materno Infantil de Guatemala

Versión de la Hoja: Ver.9 (Término: Julio, 2020 – Diciembre, 2020)

Nombre: Yuko Hishida

Título: Asesora Jefa/Salud Comunitaria 1

Nombre: Francisco Rosal

Título: Director de Área de Salud de Quiché

Nombre: Iván Guzmán

Título: Director de Área de Salud de Ixil

Fecha de Sumisión: 14 de enero, 2021

I. Resumen

1 Progreso

1-1 Progreso de Insumos

Parte Japonesa

- La asignación de los expertos en su mayoría se cumplió según lo previsto, excepto el cambio de estilo de trabajo in situ por trabajo remoto o a distancia desde Japón.
- En cuanto a los trabajos de las consultoras locales fueron asignados según lo programado. Los detalles de la asignación se resumen en el siguiente Cuadro 1.

Cuadro 1: Asignación de los expertos japoneses y la consultora local

Expertas/Consultora Local	Periodo (de julio hasta diciembre, 2020)
Asesora Jefa/Salud Comunitaria 1	Julio – diciembre de 2020 (Trabajo a distancia desde Japón)
Salud Materno Infantil 2	
Mejoramiento de Nutrición 1	
Mejoramiento de Nutrición 2	
Promoción de Salud 1/Participación Comunitaria	
Atención Continua/Promoción de Salud 2	
Coordinación Administrativa/Planificación de Capacitación	
Consultora Local (Apoyo en Nutrición)	Enero de 2020 – hasta la fecha
Consultora Local (Apoyo en la implementación de la capacitación y material didáctico, apoyo en la coordinación de actores involucrados)	Enero de 2020 – hasta la fecha
Consultor Local (Apoyo en prevención de infecciones)	Mediados de agosto de 2020 – hasta la fecha
Consultora Local (Apoyo en participación comunitaria)	Septiembre de 2020 - hasta la fecha

- Los insumos necesarios para la implementación de la capacitación se asignaron según lo planificado. Esos insumos correspondientes se muestran en el siguiente Cuadro 2.

Cuadro 2: Insumos necesarios para la implementación de la capacitación (Parcialmente en proceso de adquisición)

Materiales didácticos/elementos de capacitación
Materiales para capacitación sobre prevención infecciones (pulsioxímetro (para adulto), termómetro infrarrojo, guante (no estéril), mascarillas quirúrgica (para uso de personal de salud y pacientes), protector facial, máscara para partículas finas, bata de aislamiento, gafas de protección, alcohol desinfectante de manos (para disponer en los establecimientos de atención a la salud, portátil), jabón líquido, toalla de papel, hipoclorito de sodio como agente desinfectante (para la limpieza). Insumo de test de screening o cribado (tira reactiva en orina, kit medidor de glucosa sanguínea (medidor de glucosa en sangre, chip de medición de glucosa en sangre, equipo de punción y aguja para medidor de glucosa) para embarazadas de alto riesgo (diabetes/hipertensión), vaso desechable para colección de muestra de orina, caja de desechos de agujas (5 litros, 1 litro).
Materiales didácticos de la capacitación (costo de impresión de materiales de distribución, materiales para la elaboración de textos didácticos y elaboración)
Costo de capacitación (costo de alquiler del local, costo de equipos de alquiler, costo de refrigerios/almuerzo)

- Donación de equipos

Véase el avance de las Actividad 1-2 y Actividad 2-2 **【Actividades del período de prórroga】** Véase los preparativos de los materiales y equipos necesarios para prevención y control de infecciones y en emergencia(pág. 8).

Parte Guatemala

- La sede de la Dirección de Área de Salud (DAS) de Quiché siguió disponible tanto el personal contraparte (CP: Contraparte) y espacio físico para la oficina del proyecto, incluyendo los mobiliarios de oficina. En el caso de DAS Ixil, no se dio la misma situación debido a que el personal asistente se retiró en febrero de 2020, antes de la fecha de finalización del proyecto programado originalmente, y a pesar de la extensión del período del proyecto no se logró asegurar nuevamente. Por otro lado, se aseguró el espacio físico de trabajo en el Distrito Municipal de Salud (DMS) de Chajul:

1-2 Progreso de Actividades

➤ **Elaboración de Plan de Trabajo del periodo de prórroga**

Con la propagación mundial de la infección con nuevo coronavirus (COVID-19), parte de las actividades del proyecto se suspendieron, incluyendo la última reunión del Comité de Coordinación Conjunta, razón por la cual se vio la necesidad de extender el periodo de implementación del proyecto, y por ende obtener común acuerdo entre las partes a fin de asegurar el logro del objetivo del proyecto. Por la propagación del COVID-19, también se vio obligado en tomar las medidas necesarias para prevenir el contagio en el sitio de influencia del proyecto. Además, se requirió analizar las medidas a implementar considerando el período de extensión.

En el mes de mayo de 2020, se acordó prorrogar el proyecto con fecha de culminación de julio de 2020 a marzo de 2021, y como primer paso, el equipo conformado por expertos japoneses y la consultora local trabajó en la elaboración del borrador del plan operativo del proyecto correspondiente al período extendido. Después de una serie de reuniones sobre el plan mencionado entre los meses de mayo y septiembre de 2020, la CP de DAS Quiché y DAS Ixil, consultora

local y expertos japoneses llegaron a un acuerdo. El contenido acordado se agregó al Plan de Trabajo elaborado en el mes de marzo de 2016.

A continuación, se describe una síntesis del proyecto correspondiente a dicho período de prórroga:

■ **Objetivo del período de prórroga del Proyecto:**

Contribuir al logro de la Meta Superior del Proyecto.

■ **Objetivo específico del período de prórroga del Proyecto:**

Validar la operatividad del sistema de gestión de riesgos a través del modelo piloto para mejorar la capacidad de atención en los servicios de salud ante caso de emergencia o brote de enfermedades infecciosas.

■ **Principales actividades del período de prórroga del Proyecto:**

1) Monitoreo de la continuidad de las actividades del proyecto: Monitorear las actividades implementadas hasta ahora.

2) Como experiencia piloto, realizar las actividades adicionales en 2 DMS de la DAS Quiché y 1 DMS de la DAS Ixil.

➤ **Actividad 1-1 “Se realizan periódicamente el monitoreo y supervisión de los servicios de salud materno infantil con énfasis en nutrición en los servicios de salud del primer y segundo nivel.”**

【Actividad del período de prórroga】 Promover la implementación de monitoreo y supervisión relacionado con situaciones de emergencias en el Distrito Municipal de Salud y en los establecimientos de salud.

Se decidió agregar ítems relacionados con situaciones de emergencias en el instrumento integrado de Monitoreo & Supervisión (M&SV) elaborado en el marco del proyecto. Los ítems a adicionar son 3 que son gestión de riesgo, comunicación de riesgo, control y prevención de infecciones en establecimientos de salud de primer y segundo nivel.

■ **Confirmación de Protocolo (Manual) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala y materiales relacionados**

A fin de agregar en el instrumento de M&SV aquellos ítems relacionados con el manejo de emergencias; Gestión y comunicación de riesgos y prevención de infecciones, se recopiló información de diferentes fuentes. Además de normativas y protocolos (manual) del MSPAS. En cuanto a la gestión de riesgo, se obtuvo información y confirmación del contenido relacionado con el Plan Nacional y Manual de la Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres (CONRED) de Guatemala. Referente a la comunicación de riesgos, debido a que no se ha encontrado la guía del Gobierno de Guatemala además de lineamientos generales del MSPAS en el marco del COVID-19, se recopiló y se tomó como referencia las guías de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el Cuadro 3 muestra los materiales referidos para tal efecto:

Cuadro 3: Materiales relacionados a gestión de riesgos y prevención de infecciones en Guatemala

Material	Publicación	Contenido
Manejo de la Gestión de Riesgo en el Ministerio de Salud Pública. Unidad de Gestión de Riesgo	MSPAS	<ul style="list-style-type: none"> • El Comité de Gestión de Riesgo y sus funciones.
Plan Nacional de gestión de riesgo de desastres Guatemala 2018-2022	CONRED	<ul style="list-style-type: none"> • Simulación sobre gestión de riesgo con la participación de la comunidad. • Comprensión sobre riesgo de desastres.
Manual de Gestión para la Reducción del Riesgo a los Desastres en los procesos de desarrollo municipal.	CONRED	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico e identificación de riesgo, amenaza y vulnerabilidad en colaboración con los líderes comunitarios y actores involucrados (incluye la tradición oral y saberes ancestrales).
Comunicación de riesgos en emergencias de salud pública.	Organización Mundial de la Salud (OMS)	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del coordinador comunitario. • Aseguramiento de la intervención colaborativa y contextual • Plan de comunicación de riesgos (difusión de información, consolidación de la red de comunicación, capacitación sobre funciones y responsabilidades, etc.)
Guía para la elaboración de estrategia de comunicación de riesgo	Organización Panamericana de la Salud (OPS)	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de comunicación de riesgo: Conformación de equipo multidisciplinario e interinstitucional. Estudio, diagnóstico situacional, elaboración de mapa de riesgos, e identificación de grupo vulnerable y su entorno cultural, canal de comunicación, conciencia del riesgo. • Comunicación de riesgo: Énfasis en el diálogo con la comunidad, brindar la información necesaria para tomar la mejor decisión posible.
Plan para la prevención, contención y respuesta a casos de Coronavirus (COVID-19) en Guatemala Anexo 5.3 Requerimientos para uso de equipos de protección personal (EPP) para el nuevo coronavirus (COVID-19) en establecimientos de salud y control de infecciones.	MSPAS	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de equipos de protección personal.

■ Confirmación de la situación real y análisis de brecha con el protocolo.

En el Cuadro 4 se sintetiza la situación real y su comparación con el contenido del material descrito. La comparación se muestra en el Cuadro XX.

Cuadro 4: Comparación entre lineamientos o protocolos y situaciones reales referente a manejo de gestión de riesgos

Ítems	Contenido del material	Situación real
Gestión de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación del comité y sus funciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • No es claro la organización del comité y sus funciones.
Gestión de riesgo y comunicación de riesgo	Participación en talleres y reuniones sobre gestión de riesgo liderado por el municipio, y la articulación. <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico e identificación de riesgo, amenaza, vulnerabilidad. • Involucramiento y participación comunitaria • Elaboración del plan de comunicación de riesgo. • Simulación sobre gestión de riesgo con la participación de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay suficiente articulación en el municipio.
Control y prevención de infecciones en los establecimientos de salud de primer y segundo nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de equipos de protección personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta orientación y práctica del personal de salud sobre su uso y el sistema de manejo.

A partir de la experiencia con COVID-19, se tiene las instrucciones concretas y específicas del MSPAS sobre su manejo y gestión de riesgo durante la emergencia. Sin embargo, cuando se trata de prepararse para emergencias y prevenir o reducir riesgos, se identificó la necesidad de fortalecer los conocimientos y mejorar la comprensión. Por ejemplo, si bien hace mención sobre la conformación del comité de gestión de riesgo de DMS y el plan de gestión de riesgo, el contenido no se ha discutido suficientemente a nivel de los miembros del comité, ni socializado internamente. Además, se debe mejorar la socialización de información que es un aspecto importante para lograr mayor articulación y colaboración entre municipio, comunidad y actores locales. A través de la recopilación de la información sobre la situación actual, los miembros del comité de gestión de riesgo señalaron que no tenían suficiente conocimiento sobre el concepto de riesgo reconociendo la necesidad de fortalecer.

■ Análisis y validación de los ítems de verificación necesarios para el instrumento de M&SV

El instrumento de M&SV es de uso cotidiano, por tanto, es apropiado agregar los ítems relacionados con la acción preparatoria para emergencia y prevención del riesgo. En base al contenido descrito en los materiales del Cuadro 5, se elaboró el borrador de los ítems a agregar en el instrumento de M&SV. El resumen del borrador se indica en el Cuadro 5.

Cuadro 5: Resumen de la adición al instrumento de M&SV

Ítem	Resumen de la propuesta de contenido a agregar
Gestión de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación del comité de gestión de riesgo, fortalecimiento de conocimiento de los miembros del comité, clarificación de sus funciones. • Diagnóstico de riesgo con la participación de la comunidad. • Elaboración de plan de gestión de riesgo, explicación a los líderes de la comunidad y actores locales. • Simulación de referencia en articulación con la red de servicio de salud (presentación y traslado de paciente).
Gestión de riesgo y comunicación de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación de equipo multidisciplinario de comunicación de riesgo, fortalecimiento de conocimiento de los miembros del comité, clarificación de sus funciones. • Elaboración del plan de comunicación de riesgo, participación de líderes comunitarios en la planificación, y socialización de experiencias. • Simulación de comunicación de riesgo con la participación de líderes de la comunidad, actores locales y municipio.
Control y prevención de infecciones en los establecimientos de salud de primer y segundo nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Nombramiento del responsable de la prevención de infecciones. • Verificar la disponibilidad de materiales relacionados a prevención y control de infecciones en el servicio de salud (guía, manual, etc.) • Planificación, implementación de M&SV de prevención de infecciones, y socialización de resultados.

Dado que aún no se ha aplicado el contenido del Cuadro 5 a nivel de DMS, la validación del instrumento se realizó con la entrevista a los directores de DMS involucrados en la gestión de riesgo. No habiendo contenido difícil de comprender, se determinó socializar el instrumento de M&SV con los actores de DMS e implementar las actividades de M&SV a partir de 2021. Se procederá la socialización de los resultados de M&SV y se analizará el ajuste del instrumento si fuere necesario.

➤ **Actividad 1-2 “Se retroalimenta el resultado del análisis de los comités de muerte materna y muerte por desnutrición aguda en menores de 5 años con todos los servicios de salud.”**

■ **Recopilación de información y promoción en la utilización de casos reales para toma de decisiones**

En el marco del Proyecto, se ha continuado con la recopilación de información necesaria a través de la participación en la reunión de análisis de casos de muerte materna en las Áreas de Salud de Quiché e Ixil; asimismo se está socializando con el personal de salud y promoviendo el uso de los casos en cada DMS.

A nivel de DAS Quiché, se ha reportado¹ 27 casos de muerte materna en un período de entre enero a diciembre

¹ Fuente: Datos estadístico de salud reproductiva 2020 del programa de Salud Reproductiva de la Dirección del Área de Salud de Quiché.

de 2020 (casos confirmados), pero aún queda por analizar 7 casos de muertes. En cuanto a DAS Ixil, en este mismo período se tiene reportado 5 casos y queda un caso por analizar.

Los posibles motivos por el cual el análisis de varios casos no se ha realizado en tiempo son: 1) debido a las medidas sanitarias aplicadas ante la propagación del COVID-19, entre los meses de marzo y junio, se suspendieron las reuniones presenciales para análisis de casos de mortalidad materna; 2) a partir de julio, se retomó las reuniones online utilizando la plataforma gratuita de Google Meet, pero la participación se limitó entre DAS y DMS donde ocurrió casos de muerte materna,} debido a la limitación en número de participantes, por tanto, no fue posible analizar de manera eficiente varios casos a la vez; además, 3) el epidemiólogo no estaba en condiciones de participar, por eso se pospuso la realización de las reuniones virtuales del tema en cuestión.

En cuanto a la Actividad 1-2, a pesar que no se han realizado todas las reuniones para análisis de casos, las debilidades identificadas referente a la reunión del comité de análisis de la muerte materna son: 1) Falta socialización de resultados del análisis de casos de muerte materna por parte del personal encargado de DMS que participa en la reunión a todo el personal de salud de DMS; 2) falta de seguimiento en servicio del plan de mejora después del análisis de los casos de muerte materna por el Departamento de Salud Reproductiva encargado dentro de DAS (véase Hoja de Monitoreo del Proyecto: Ver. 7); debido a las medidas sanitarias aplicadas ante la propagación del COVID-19, se ha sumado a las ya mencionadas, la dificultad de reunir para analizar los casos de manera oportuna. Como impacto que generaría el COVID-19 en los derechos de salud sexual y reproductiva en los países en vía de desarrollo, se estima que el número mortalidad de las mujeres embarazadas aumentaría a 280 millones por cada disminución del servicio de atención materna y neonatal², y Guatemala no sería la excepción. Por lo tanto, incluso en esta pandemia, es necesario apoyar para asegurar la organización de la reunión para analizar los casos de muerte materna, así como también la socialización información hasta con el último eslabón de personal de salud, en cuanto a las lecciones aprendidas que se obtiene en la reunión de análisis de casos. Como métodos de apoyo específicos, se realizará un taller de análisis de un caso de muerte materna ocurrido en 2020, con el fin de que

el personal de salud en los servicios del primar y segundo nivel puedan a) comprender los casos de muerte materna del año 2020 y los resultados del análisis, b) comprender las causas de dichos casos, y c) planificar medidas de prevención de la mortalidad materna en el servicio en que pertenece, mediante las lecciones aprendidas.

➤ **Actividad 2-1 “Se hace adaptación al idioma local y reproducción del material didáctico validado.”**

■ **Distribución continua de “Mi Calendario Nutricional”**

El Proyecto sigue apoyando en la distribución de la versión corregida de “Mi Calendario Nutricional” (es un material didáctico que es práctico para las madres (tutores) aprender a mejorar la nutrición de las mujeres embarazadas y los niños menores de 2 años).

La cantidad asignada a cada DMS al mes de diciembre de 2019 (incluido el saldo que se tenía en los distritos y servicios del año 2019) y la cantidad distribuida a las embarazadas y madres con hijos menores de 2 años a través

² <https://www.gutmacher.org/print/article/2020/04/crisis-horizondevastating-losses-global-reproductive-health-are-possible-due-covid>

de sus respectivos DMS en el periodo de entre enero y noviembre de 2020, se indica en el Cuadro 6.

Cuadro 6: Número de distribución de “Mi Calendario Nutricional” por DMS (a finales de noviembre de 2020)

DMS	Distribución a DMS	Distribución a embarazadas y madres	% de distribución
◆ DAS Quiché			
Canillá	609	272	45%
Chicamán	1,504	923	61%
Chiché	1,102	616	56%
Chinique	1,176	365	31%
Joyabaj	3,480	660	19%
Patzité	202	121	60%
San Bartolomé Jocotenango	720	236	33%
San Pedro Jocopilas	1,103	529	48%
Sacapulas	2,415	1,236	51%
Uspantán	1,516	1,280	84%
La Parroquia	1,504	1,006	67%
La Taña	309	202	65%
◆ DAS Ixil			
Chajul	1,998	1,233	62%
Nebaj	3,330	1,595	48%
Total	20,081	10,274	62%

Además, el número y porcentaje de distribución a las mujeres embarazadas en función a la cantidad confirmada por cada establecimiento de salud se indica en el siguiente Cuadro 7 ordenado por DMS.

Cuadro 7: Número de confirmación de mujeres embarazada y la distribución de “Mi Calendario Nutricional” a las mujeres embarazadas por DMS (a finales de noviembre de 2020)

DMS	Número de embarazadas detectadas	Distribución a embarazadas	% de distribución
◆ DAS Quiché			
Canillá	332	257	77%
Chicamán	847	606	72%
Chiché	800	420	53%
Chinique	427	348	81%
Joyabaj	2,966	657	22%
Patzité	195	121	62%
San Bartolomé Jocotenango	514	134	26%
San Pedro Jocopilas	728	377	52%
Sacapulas	1,267	756	60%
Uspantán	1,255	1,163	93%
La Parroquia	1,154	632	55%
La Taña	193	119	62%
◆ DAS Ixil			
Chajul	1,244	1,233	99%

Nebaj	1,733	1,595	92%
Total	13,655	8,418	62%

El personal de salud entrega un ejemplar de “Mi Calendario Nutricional” a cada mujer embarazada o madres con niños menores de 2 años. Cada servicio de atención ha incorporado el medio de distribución según sus realidades, habiendo personal de salud que entrega en el servicio de salud junto con el plan de emergencia en el momento del primer control prenatal, y otros que entregan cuando hacen visita domiciliaria brindando la explicación de cómo usar, esta iniciativa muestra que se está instalada la tarea de distribución del material didáctico.

Cabe mencionar el caso de DMS de Chajul, las cantidades de mujeres embarazadas confirmadas mensualmente y la distribución del calendario son casi las mismas, o sea están prácticamente instaladas la cultura de entregar el material en el primer control prenatal.

A fin de que el contenido de la consulta nutricional utilizando el material didáctico no se limite a cuestiones generales y unilateral, se debe seguir trabajando en desarrollar habilidades para contar con información de hábitos alimenticios de las mujeres embarazadas y las madres con niños menores de 2 años para poder brindar la consejería adecuada a cada situación. Los DMS con bajo porcentaje de distribución, como el caso de DMS Joyabaj y DMS San Bartolomé Jocotenango, quedará pendiente identificar la causa y buscar medios de mejora incluyendo la distribución. En el futuro, se identificarán los factores que impidieron la distribución, socializar las buenas prácticas de uso del material para promover aún más la distribución y su utilización, y también fomentar el uso continuo tanto en los hogares como en los servicios de salud como material didáctico de nutrición y higiene de los primeros 1000 días de vida desde la concepción hasta los 2 años.

■ **Reimpresión del material didáctico para sensibilizar a la población sobre la prevención de infección del COVID-19**

El personal de salud y los líderes comunitarios de las comunidades priorizadas expresaron la situación donde las medidas de prevención de infección en la población no se cumplen por tiempo prolongado para hacer frente a la pandemia del COVID-19. A fin de responder a esa situación y difundir las medidas de control y prevención, el Proyecto tiene previsto distribuir material de sensibilización sobre prevención de infección del COVID-19. Al mes de diciembre de 2020, DAS Quiché solicitó el banner con mensaje sobre sensibilización, prevención y rotafolio para uso diario del personal de salud en actividades de promoción; y DAS Ixil solicitó 4 tipos de carteles (síntomas de COVID-19, lavado de manos, uso de mascarilla/tapabocas, guardar distanciamiento físico), en ese sentido, actualmente se está trabajando en la verificación del contenido, presentación, cantidad de los materiales didácticos seleccionados para su posterior impresión y distribución.

➤ **Actividad 2-2 “Se instalan equipos antropométricos y médicos básicos para la mejora de los servicios de salud y nutrición materno infantil en los servicios de salud del primer y segundo nivel.”**

【Actividad del período de prórroga】 Preparar material y equipo necesarios para prevención y control de infecciones y en emergencia.

■ **Instalación de los equipos donados antes del año fiscal 2019 en los servicios de salud y la confirmación del estado**

de uso (continuación)

Aprovechando la visita a los servicios de salud o llamadas telefónicas que realizan la consultora local a DMS, se continua con el proceso de confirmación de las condiciones de uso de los equipos donados hasta el año fiscal 2019. Se informó la situación de que en algunos DMS (Ej.: DMS de Patzité y Sacapulas) que la frecuencia de uso de los equipos importantes como el ultrasonido está disminuyendo debido a la aplicación de las medidas sanitarias ante la propagación del COVID-19 que como impacto redujeron drásticamente el número de usuarios del servicio, no obstante, se sigue utilizando según las necesidades. Hasta la fecha no se han reportado problemas por averías.

■ Plan de donación de equipos para período de prórroga

A principio del 2020 se finalizó la lista de equipos de donación, y se presentó a la Oficina de JICA en Guatemala. En diciembre se inició el procedimiento de adquisición en la Oficina de JICA en Guatemala.

① Equipos y materiales de prevención de infecciones

En base a la lista de materiales y equipos de prevención de infecciones elaborada, junto con la CP se procedió a la identificación de las necesidades incluyendo las especificaciones, para posteriormente describirlo en la lista.

② Equipos y materiales de screening o cribado para embarazadas de alto riesgo

Se elaboró la lista de equipos y materiales para test de screening o cribado para embarazadas de alto riesgo (diabetes/hipertensión) y junto con la CP se realizó la entrevista para confirmar las especificaciones y las cantidades necesarias. En cuanto a los materiales para la medición de glucosa en la sangre, se solicitó que sea de una misma marca a lo que actualmente dispone, lo que se reflejó en la lista.

➤ **Actividad 2-3 “Se realizan las capacitaciones al personal de los tres niveles de atención en salud sobre atención materno infantil con énfasis en nutrición.”**

Actividad 2-4 “Se monitorea y evalúa la aplicación de los conocimientos adquiridos después de la capacitación.”

Actividad 2-5 “Se brinda plan educacional para una nutrición adecuada “Caloría y Proteína” durante el embarazo de acuerdo con el estado nutricional por medio del Índice de Masa Corporal (IMC).”

【Actividad del período de prórroga】

Promover y evaluar la implementación de actividades de PCI (Prevención y control de infección) para brindar servicio de salud y nutrición materno infantil seguro y confiable.

Promover la atención continua en el embarazo de alto riesgo.

■ Desarrollo, instalación y utilización de la hoja de evaluación nutricional para control prenatal

Se desarrolló la hoja de evaluación nutricional del control prenatal como un instrumento de apoyo para realizar una vigilancia nutricional en las embarazadas y contar con información de base para la consejería nutricional adecuada, dentro de la vigilancia es importante conocer la ingesta de alimentos, hábitos y costumbres en alimentación así como la ganancia de peso en cada control prenatal para brindar un seguimiento adecuado y una consejería en base a las necesidades nutricionales que la embarazada este presentando al

momento de recibir su control prenatal, se distribuyó a los respectivos DMS. La cantidad entregada a los DMS de DAS El Quiché basado en el número anual estimado de las mujeres embarazadas, se indica en el Cuadro 8. La actividad para la explicación y capacitación sobre el método de uso se vio pospuesto por medidas sanitarias de COVID-19, por tanto, el inicio de uso se retrasó con respecto al plan original. Sin embargo, por parte del personal de salud que fueron capacitados, aunque no fue en forma de capacitación, se transmitieron las explicaciones sobre cómo utilizarlo en cada establecimiento de salud.

Cuadro 8: Cantidad de Hoja de Evaluación Nutricional para control prenatal distribuida (al mayo de 2020)

DMS	Cantidad
Canillá	520
Chicamán	1,550
Chiché	1,160
Chinique	450
Joyabaj	3,500
Patzité	240
San Bartolomé Jocotenango	750
San Pedro Jocopilas	1,200
Sacapulas	1,950
Uspantán	1,600
La Parroquia	1,170
La Taña	310
Total	14,400

Para algún personal de salud esta hoja de evaluación del estado nutricional de la embarazada tomará su tiempo para comprender y familiarizarse porque se basa en el peso y la altura de la embarazada o mes de embarazo para calcular y promover el aumento de peso recomendado. Mediante la orientación y visita in situ realizada por parte de la consultora local hasta la fecha, se detectaron algunas omisiones y/o errores en el llenado de la hoja. Dejar instalado el manejo y uso correcto de la hoja de evaluación del estado nutricional de la embarazada son los desafíos a seguir trabajando. Es necesario discutir con la contraparte sobre cómo lograr el uso y aplicación sostenido del instrumento.

■ M&SV post capacitación en salud materno infantil (continuación)

Desde la implementación de las medidas preventivas por el COVID-19, la carga laboral del personal de salud aumentó, dado que además de las tareas de la salud pública durante el COVID-19 que consiste en el seguimiento de personas con sospecha o quienes están en aislamiento domiciliario, los servicios que brindaban en los establecimientos de salud se cambiaron por visita en la comunidad. Debido a estos factores, el porcentaje de ejecución del M&SV post capacitación no aumentó según lo esperado.

De todo lo mencionado, la prioridad de los servicios de salud se está enfocando a la atención a los casos de COVID-19, en ese contexto, a partir del mes de agosto de 2020 se implementaron las siguientes acciones y que los consultores locales promovieron con el propósito de no bajar la calidad de los servicios de la salud materno infantil.

① El uso como guía de procedimiento de la Hoja de M&SV: La Hoja de M&SV está diseñado para aplicarlo

de acuerdo a las normas de atención de control pre y postnatal. Por lo tanto, se promovió pegar la Hoja de M&SV en la pared del consultorio para poder observar el correcto procedimiento antes de realizar la atención materna.

- ② Revisión de la Hoja de M&SV: Al momento de la realización de M&SV se preparó 2 juegos de la Hoja de M&SV, 1 juego es para la Oficina del Proyecto y el otro para el personal de salud que recibió el M&SV, a los efectos de su revisión.

Debido a tan disperso que está el área de trabajo de los Enfermeros del Territorio³ por cuestión del COVID-19, se recomendó a los mismos revisar la hoja de M&SV devuelta para animar la autorreflexión.

Como resultado de la pandemia ha significado reflexionar y reconocer aún más la importancia del servicio de salud materno infantil, habiendo DMS que están tomando iniciativas tales como la colocación de la Hoja de M&SV en el consultorio de atención gineco obstetricia, archivo en la carpeta al que permite acceder en cualquier momento y repaso del procedimiento antes del control médico.

En el Cuadro 9 se indica el porcentaje de implementación de M&SV post capacitación de mejoramiento de salud y nutrición materno infantil, y el porcentaje de aplicación de conocimiento y habilidad técnica. A finales de noviembre de 2020, DAS Quiché ha alcanzado el Indicador 1 del Resultado 2 de PDM, mientras que cuando se observa por DMS individualmente, aún se tiene 3 DMS sin lograr (Chajul, Joyabaj y San Bartolomé Jocotenango), se tiene previsto solicitar por escrito a cada DMS promover las actividades de M&SV a ser remitido por el Departamento de Salud Reproductiva de la respectiva DAS.

Por otra parte, el ejemplo de la experiencia de La Parroquia que logró instalar la actividad de M&SV post capacitación de mejoramiento de salud y nutrición materno infantil como parte de las acciones rutinas del DMS, se presentó como buenas prácticas, y fue socializado aprovechando la reunión periódica que se tiene con DAS Quiché (Cuadro 10: Buenas prácticas de M&SV post capacitación (Ejemplo de DMS La Parroquia).

Cuadro 9: Porcentaje de ejecución de M&SV post capacitación de mejoramiento salud y nutrición materno infantil, porcentaje de aplicación de conocimiento y habilidad técnica (resultado de hasta finales de noviembre de 2020)

DMS	Monitoreo Cantidad planificada	Monitoreo Cantidad ejecutada	% de ejecución *	Indicador 2-1** % de aplicación
◆ DAS Quiché				
Canillá	27	24	88.9%	81.5%
Chicamán	68	62	91.2%	82.4%
Chiché	37	37	100.0%	94.6%
Chinique	24	23	95.8%	95.8%
Joyabaj	83	74	89.2%	66.3% (No logrado)
Patzité	19	19	100.0%	100.0%
San Bartolomé Jocotenango	32	28	87.5%	53.1% (No logrado)
San Pedro Jocopilas	43	42	97.7%	86.0%
Sacapulas	96	90	93.8%	92.7%

³ Enfermeros del Territorio: Un territorio tiene entre 3 a 6 sectores, y el profesional en enfermería encargado del territorio se encarga del apoyo técnico al personal de salud como responsable en el territorio (Véase: MSPAS 2010, El Modelo Incluyente en Salud).

Uspantán	48	48	100.0%	95.8%
La Parroquia	50	39	78.0%	74.0%
La Taña	16	16	100.0%	93.8%
Total /Promedio	543	502	93.5%	84.7%
◆ DAS Ixil				
Chajul	92	71	77.2%	63.0% (No logrado)
Nebaj	133	120	90.2%	81.2%
Total /Promedio	225	191	83.7%	72.1% (No logrado)

* Cuadro 4 Método de cálculo del porcentaje de la implementación del monitoreo: De los participantes de la capacitación, es el porcentaje de las personas que recibieron el monitoreo.

Fórmula de cálculo: $\text{Personas que recibieron el monitoreo} / (\text{personas a monitorear} - \text{jubilados}) \times 100$

Sin embargo, el promedio de DAS es el porcentaje promedio de cada DMS.

** Resultado 2, Indicador 1 Porcentaje de aplicación: El promedio de evaluación es personas con puntuación promedio de 3.0 o más / $(\text{personas a monitorear} - \text{jubilados}) \times 100$

Sin embargo, el promedio de DAS es el promedio del porcentaje de DMS.

Cuadro 10: Buenas Prácticas de M&SV post capacitación (Ejemplo de DMS La Parroquia)

Título	Implementación de monitoreo y supervisión (M/SV) post capacitación continua.
DMS	La Parroquia
Resumen	El M&SV post capacitación es ejecutada de forma continua abordado como parte de la tarea del personal de la salud.
Contenido	En La Parroquia mensualmente establece meta de M&SV post capacitación para cada territorio y lo lleva a la ejecución. Además, aprovecha las reuniones mensuales del territorio para socializar a información sobre el avance de la implementación del M&SV, las debilidades identificadas en el procedimiento y las medidas de mejora. Durante el proceso, los auxiliares de enfermería, si tienen algunas dudas sobre el servicio de mejoramiento de salud y nutrición materno infantil a través de sus trabajos, puede consultar con los licenciados de enfermería del territorio, por tanto, también es una oportunidad para la educación continua del personal.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> En octubre de 2020 cumple el Indicador 1 del Resultado establecido en PDM. La implementación continua del M&SV se ha consolidado como parte de la educación continua del personal de salud.
Factores de éxitos	<ol style="list-style-type: none"> El compromiso de mejorar el servicio de mejoramiento de la salud y nutrición materno infantil. Establecer las metas mensuales M&SV y su implementación sistemática. La socialización en los territorios de área de influencia de DMS el avance del punto 2), lo que genera un sentido de competencia entre territorios. Reflexión del M&SV ejecutado aprovechan las reuniones mensuales que se realizan en cada territorio. En la reunión mensual, los auxiliares de enfermería si tienen preguntas sobre los servicios de mejora de la salud y nutrición materno infantil que surjan en su trabajo, puede hacer su consulta a los enfermeros de su territorio, o sea también es una oportunidad para la educación continua.
Sostenibilidad	Lo que se debe hacer para que esta buena práctica sea sostenible a nivel institucional, es llevar a la práctica el M&SV post capacitación como parte de las tareas del DMS y no como una de las actividades puesta por el Proyecto.

■ Capacitación de salud materno infantil organizado por DMS Joyabaj

La capacitación sobre salud materno infantil de DMS Joyabaj, aunque ya había terminado en el 2018, a partir de 2019 por la iniciativa propia de este DMS realiza la capacitación en salud materno infantil a los nuevos enfermeros profesionales y auxiliares contratados, y el 6 de octubre de este año también se impartió la capacitación en salud materno infantil a 5 enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería recientemente contratados. Los facilitadores de la capacitación fueron los enfermeros profesionales capacitados en el marco del

proyecto y la consultora local.

De este modo, se formaron facilitadores capacitados en este Proyecto que asumen la función como facilitadores de las capacitaciones organizadas por el DMS al que pertenece o como responsable del seguimiento en campo, es así que se confirmó un sistema que permite continuar con la capacitación localmente.

■ Capacitación sobre actividades de prevención y control de infecciones

Se recopiló la información sobre la situación actual de los servicios de salud ante la propagación de COVID-19, identificado en las formas del control y prevención de infección en los servicios de salud, y los materiales didácticos de la capacitación vigente de la OPS y el MSPAS. Luego, a los enfermeros profesionales de DMS, se entrevistó para conocer las debilidades y temas de interés para profundizar el aprendizaje relacionado con las medidas de prevención de COVID-19, y en base a ese resultado se acordó llevar a cabo la capacitación en prevención y control de infecciones (PCI) sobre los siguientes seis temas (① Concepto general de COVID-19, ② Plan de prevención, contención y respuesta a casos de coronavirus en Guatemala, ③ Bioseguridad, ④ Medidas de prevención de infecciones basado en el mecanismo de transmisión (medidas estándares de prevención), ⑤ Evaluación de riesgo de infección en los servicios de salud y la comunidad, ⑥ Control de las mujeres embarazadas durante la pandemia de COVID-19).

Al tomar las medidas de prevención de infecciones, el sistema de implementación de la capacitación para generar mayor impacto adoptó la siguiente estructura que integra el autoaprendizaje y aprendizaje colaborativo (Figura 1: Estructura de implementación de la capacitación de PCI).

En la Etapa 1 (aprendizaje teórico y práctico) se distribuyó los materiales didácticos de aprendizaje independiente unas semanas antes de la capacitación.

Las ideas y esfuerzos para promover el aprendizaje independiente son los siguientes:

- Se agregó al final del capítulo del material didáctico de autoaprendizaje la lista de verificación para confirmar el conocimiento de forma objetiva (con respuesta alternativa simple, selección múltiple, descriptiva, llenado, etc.).
- Se dispuso que cuando surgen preguntas durante el autoaprendizaje consultarían en cualquier momento a los enfermeros del territorio y/o consultora local sea por teléfono, correo electrónico y/o WhatsApp.
- Aprovechamiento de la reunión mensual de DMS para confirmar el avance del autoaprendizaje.
- Antes de recibir la capacitación, se determinó presentar la prueba de confirmación del autoaprendizaje, y las condiciones para la emisión del certificado de la capacitación son 1) la presentación de la prueba de autoaprendizaje y 2) participación de la capacitación de PCI.

En la Etapa 2 (Cascada 1 Formación de Facilitadores, orientación de M&SV post capacitación) se realizó la orientación sobre capacitación y M&SV post capacitación dirigido a los facilitadores de los servicios de salud de primer y segundo nivel (principalmente los enfermeros profesionales de los territorios, en adelante denominado “Enfermeros”), haciendo que el funcionario de DAS y el consultor local asumen el rol de facilitadores en la capacitación de formación de facilitadores (presencial).

Luego en la Etapa 3 (Práctica de PCI (Cascada 2: dirigido al personal de salud), los participantes de la Cascada 1 pasaron a ser facilitadores de la capacitación, y realizaron la capacitación al personal de salud de los servicios

de primer y segundo nivel de cada territorio. La práctica consistió en la confirmación de los procedimientos utilizando la hoja de M&SV post capacitación, poniendo énfasis en lo que dificulta cumplir, y tratar que puedan recibir respuesta en tiempo.

La Etapa 4 (M&SV post capacitación) consiste en fortalecer la provisión de conocimiento y habilidad técnica post capacitación de PCI. Al igual que la capacitación se realiza con “Método Cascada”. En la Cascada 1, los facilitadores del área de salud y el consultor local realizan el monitoreo y orientación técnica a los enfermeros del territorio. Y, en la Cascada 2, los enfermeros de territorio realizan el monitoreo de los auxiliares de enfermería que trabajan en el mismo establecimiento de salud o territorio.

A fin de confirmar el impacto de capacitación, se aplicó el modelo de evaluación Kirkpatrick (Figura 1: Estructura de Implementación de la Capacitación PCI y Medición de Impacto de la Capacitación (Modelo de evaluación Kirkpatrick)). En la Etapa 1 “Medición de Impacto de Implementación”, se aplicó la encuesta de satisfacción de capacitación al término de la jornada, y en la Etapa 2 se aplicó la prueba para medir el nivel de comprensión y asimilación del contenido de la capacitación. En el Etapa 3, en cooperación con DAS, se procedió el M&SV post capacitación focalizado a los participantes de la capacitación para verificar la aplicación práctica de lo aprendido en sus respectivos lugares de trabajo. La Hoja de Monitoreo presentado a la Oficina de Proyecto, pasará por un proceso de procesamiento para posteriormente retroalimentar los resultados a los respectivos establecimientos de salud.

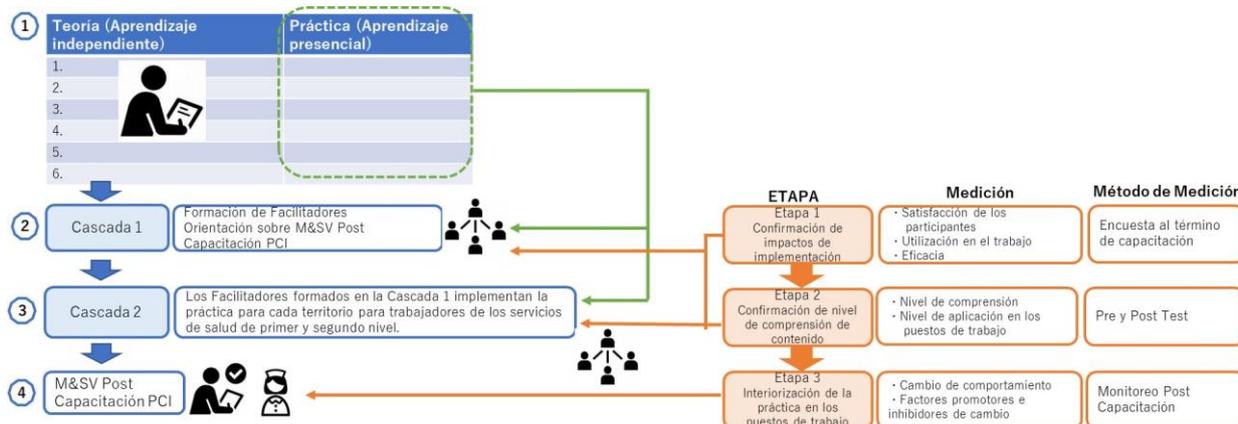


Figura 1: Estructura de Implementación de la Capacitación PCI y Medición de Impacto de la Capacitación (Modelo de evaluación Kirkpatrick)

Implementación de Cascada 1

En los 3 DMS, que son los modelos piloto, se realizaron la Capacitación PCI (Cascada 1) y con ella se formaron los facilitadores (Cuadro 11: Información de la Capacitación PCI). Con la Encuesta aplicada después de la capacitación la mayoría respondieron “Muy satisfecho” y “Satisfecho”. Mientras que se observaron debilidades en los procedimientos en cuanto al uso de la mascarilla para partículas finas y pasos para ponerse y quitarse el equipo de protección personal, debido a que aún no se ha realizado la practica en forma presencial.

La Figura 11 muestra el porcentaje de implementación de autoaprendizaje en el marco de la Capacitación PCI (Cascada 1) y la relación entre pre y post test. Los resultados están relacionados, en el sentido que, los DMS que completaron el autoaprendizaje y los que participaron en la capacitación presentan mejores resultados en pre y

post test. En DMS Chajul, la razón por la que el porcentaje de implementación del autoaprendizaje se mantuvo en 57.1%, fue el deslizamiento de tierra provocado por efecto de la tormenta tropical que ocurrió en el mes de noviembre lo que dificultó el acceso a los territorios, por consiguiente, parte del territorio no llevó el material didáctico de autoaprendizaje antes del inicio de la capacitación.

Cuadro 11: Información de la Capacitación PCI (Cascada 1)

	Chajul	San Pedro Jocopilas	Uspantán
	16 de noviembre	19 de noviembre	20 de noviembre
Porcentaje de participación	100%	150%	117%
Número de participantes*	9	9	7
Número de participantes a asistir	9	6	6
Profesión	Enfermero profesional	Médico, Enfermero profesional, Educador	Médico, Enfermero profesional, Educador
Pre Test (Respuestas correctas)	59.5%	68.6%	75.3%
Post Test (Respuestas correctas)	68.0%	79.4%	81.2%

* Incluye la participación de Director de DMS que participó en carácter de observador.

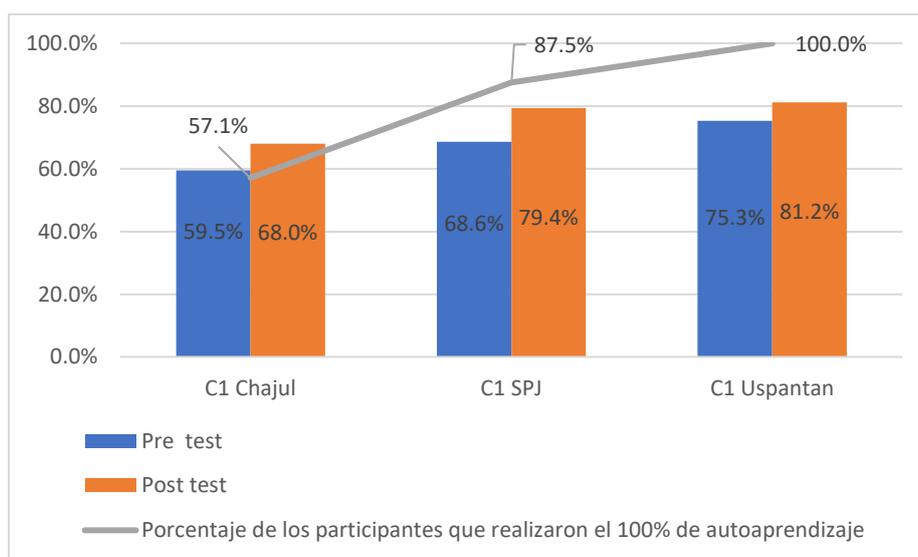


Figura 2: Porcentaje de implementación de aprendizaje independiente en el marco de la Capacitación PCI (Cascada 1) y la relación entre pre y post test

Implementación de Cascada 2

Terminada la capacitación de Cascada 1, junto con el consultor local se procedió a la revisión del programa y los materiales didácticos de la capacitación para preparar y ejecutar la capacitación de la Cascada 2. Esta Cascada 2 se inició en día 25 de noviembre, y se realizó el monitoreo de la capacitación por parte del consultor-local, funcionario del Departamento de Salud Reproductiva o funcionario de DMS para garantizar la calidad de la capacitación. Es así, la Capacitación de PCI (Cascada 2) se completó en todos los territorios del DMS Chajul, excepto los 4 territorios (Información de capacitación de PCI en cascada 2 : en proceso de recopilación). El

motivo por el cual no se implementó la capacitación en los 4 territorios del DMS Chajul fue así como se mencionó anteriormente, debido al deslizamiento de la tierra causado por el temporal, lo que dificultó su acceso. Tan pronto como se habilita el tránsito de la carretera afectada se trabajará para coordinar la fecha de capacitación.

■ Implementación de la capacitación sobre atención continua en embarazo de alto riesgo

En los 3 DMS piloto modelo se organizaron la capacitación sobre el método de consejería dirigida a mujeres embarazadas con “bajo peso”, “sobre peso y obesidad” en el marco del tema de “método de consejería nutricional de las embarazadas y su atención continua”. La capacitación se hizo en forma virtual a distancia, y participaron los enfermeros profesionales que tienen a cargo la consejería personalizada dirigida a mujeres durante el embarazo. El número de participantes fueron San Pedro Jocopilas 5 personas y Uspantán 7. La implementación de la capacitación virtual a distancia hubo problemas como interrupciones de audio debido a malas condiciones de conectividad, por tanto, en San Pedro Jocopilas se reprogramó una capacitación presencial en el que participaron 8 personas. En el caso de Chajul, considerando la situación de conectividad, también se implementó una capacitación presencial con la participación de 9 personas.

Se facilitó a los enfermeros profesionales que participaron en la capacitación las presentaciones del curso y el material didáctico complementario (San Pedro Jocopilas: 35 juegos, Uspantán: 53 juegos, Chajul: 76 juegos) para que los mismos puedan transferir sus conocimientos a los auxiliares de enfermería de sus respectivos lugares de trabajo.

Cuadro 12: Lista de los resultados de la capacitación de atención continua

DAS	Fecha	DMS focalizado	Número de participantes
Quiché	22/Oct	Uspantán	5 enfermeros profesionales
	22/Oct	San Pedro Jocopilas	7 enfermeros profesionales
	10/Nov	San Pedro Jocopilas	8 enfermeros profesionales
Ixil	9/Dic	Chajul	2 enfermeros profesionales, 1 nutricionista, 1 auxiliar de nutrición

En cuanto al método screening de las embarazadas con “diabetes” y/o “hipertensión”, se implementará tan pronto como se tenga la fecha de entrega de los materiales de screening, no obstante, la capacitación en conocimiento sobre la alimentación y nutrición se realizó por iniciativa de nutricionistas del Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PROSAN) previa a la capacitación de “bajo peso”, “sobre peso y obesidad”, y también se distribuyeron materiales didácticos que pueden utilizarse en la consejería dirigida a mujeres con embarazos de alto riesgo.

Cuadro 13: Lista de materiales didácticos de distribución

Materiales Didácticos	Cantidad	Observación
Material video: ¿Cómo brindar consejería individual a mujeres embarazadas de obesidad?	3	Distribuido a 3 DMS en formato Pendrive USB

Materiales Didácticos	Cantidad	Observación
Material video: ¿Cómo brindar consejería personalizada dirigida a mujeres embarazadas con bajo peso?	3	Distribuido a 3 DMS en formato Pendrive USB
Material didáctico: : Olla nutricional para orientación” (clasificación de grupos de alimentos)	164	Distribuido a 2 DMS de DAS Quiché Elaborado por el Proyecto
IMC • Cálculo de aumento de peso: Tabla de conversión de peso (Kg ⇔ Libra-onza, Libra ⇔ Onza)	328 (164 × 2 tipos)	Distribuido a 2 DMS de DAS Quiché Elaborado por el Proyecto
Guía Metodológica “Listado de Alimentos”	88	Distribuido a 2 DMS de DAS Quiché Elaborado por Nutricionista PROSAN
Guía Metodológica “Tarjeta Consejería”	88	Distribuido a 2 DMS de DAS Quiché Elaborado por Nutricionista PROSAN
Guía Metodológica “Recetario”	0	Distribuir 100 aprox. a 2 DMS de DAS Quiché Elaborado por Nutricionista PROSAN de DAS Quiché *Preparado para distribuir después del comienzo de la actividad para las embarazadas de diabetes e hipertensión.
RECOMENDACIONES NUTRICIONALES	76	Distribuido a 1 DMS de DAS Ixil Elaborado por Nutricionista de DMS Chajul

➤ **Actividad 3-1 “Conjuntamente con los servicios de salud del primer y segundo nivel, se realiza la capacitación sobre atención materno infantil con énfasis en nutrición a los líderes comunitarios y personal institucional.”**

■ Ejecutado (Los detalles, véase la Hoja de Monitoreo Ver. 8).

➤ **Actividad 3-2 “Conjuntamente con los servicios del primer y segundo nivel, el personal institucional de las Áreas de Salud fomenta a los líderes comunitarios el hacer actividades de promoción relacionadas a la salud materno infantil con énfasis en nutrición.”**

【Actividad del período de prórroga】 Comprender y promover la comunicación de riesgos en la comunidad.

■ Implementación de encuentros de socialización de experiencias con líderes comunitarios y personal de salud

En DAS Quiché y DAS Ixil, junto con los líderes comunitarios de las comunidades prioritarias del Proyecto⁴, se

⁴ Los Líderes Comunitarios se refiere a aquellas personas que forman parte del Consejo de Salud, comadronas o pobladores forman el Consejo Comunitarios de Desarrollo (COCODE) y otros. Previa deliberación con el encargado de la promoción de DAS y a través del mismo se convocaron a participar de este encuentro pobladores que están involucrados a la comunicación de riesgos (miembros del Consejo de Salud, comadronas, referentes del municipio, representante juvenil, Comité Local de Gestión y Reducción de Riesgo a los Desastres, referente de COCODE).

organizaron encuentros de socialización sobre comunicación de riesgos con participación de líderes, auxiliares de enfermería y técnicos de salud rural (TSR).

Cuadro 14: Lista de resultados de la implementación del encuentro de socialización de experiencias

DAS	Fecha	DMS focalizado /Comunidad	Número de participantes
Ixil	10/Oct	Chajul/Xix • Xolcuay	Encargado de Comunidad /Personal de salud encargado de COVID-19: 6 personas Líderes comunitarios: 10 personas
	12/Nov	Chajul/Centro urbano (Canton Ilom • Canton Chajul)	Encargado de Comunidad / Personal de salud encargado de COVID-19: 6 personas Líderes comunitarios: 12 personas
Quiché	17/Nov	San Pedro Jocopilas/ Estanzuela	Personal de salud encargado de comunidad/Director de DMS: 6 personas Líderes comunitarios: 5 personas
	11/Dic	San Pedro Jocopilas/ Cebollín	Personal de salud encargado de comunidad: 2 personas Líderes comunitarios: 9 personas
	21/Dic	Uspantán/Caracol • Quizachal	Personal de salud encargado de comunidad: 8 personas Líderes comunitarios: 5 personas

Los propósitos de este encuentro fueron ① socializar experiencias en respuestas a COVID-19 y desastres naturales, ② identificar y confirmar las funciones de los líderes comunitarios sobre la comunicación de riesgos a nivel de la comunidad, y ③ consolidar la ruta de comunicación efectiva dentro de la comunidad.

En el encuentro de socialización, al identificar las fortalezas y desafíos de la comunicación de riesgos en la comunidad, se confirmó las funciones de cada líder y se realizó ejercicios a través de simulaciones. Como resultados obtenidos de este encuentro: clarificar rumores que los líderes y la población manejan en las comunidades en torno al COVID 19, confirmaron que; una de las funciones de los líderes comunitarios es visitar a los líderes religiosos y mujeres embarazadas para comunicar la información correcta ante la difusión de información errónea o falsa (hacer creer que el COVID-19 no existe), los líderes comprendieron que el virus aún está latente, por tal razón se comprometieron juntamente con el personal salud a seguir promoviendo las medidas de prevención del COVID-19 y que como autoridades comunitarias muestren comportamientos ejemplares ya que la población ya no están cumpliendo las medidas sanitarias.

- **Actividad 4-1 “Se realiza la verificación cuantitativa de los resultados del Proyecto.”**
 - **Actividad 4-2 “Se presentan los resultados del Proyecto en las reuniones organizadas por el MSPAS Pública y Asistencia Social.”**
 - **Actividad 4-3 “Se socializa y disemina entre los países vecinos de los resultados del Proyecto.”**
- Presentación de los resultados en el Congreso de Salud Global 2020

En el Congreso Conjunto sobre Salud Global 2020 en Osaka fue organizado en forma virtual del 1º al 3 de noviembre de 2020 (Congreso Conjunto de 61º Congreso de la Sociedad Japonesa de Medicina Tropical, 35º

Congreso de la Asociación para la Salud Internacional del Japón, 24º Encuentro Académico de la Sociedad Japonesa de Viajes y Salud, 5º Encuentro de Sociedad Internacional de Medicina Clínica) se presentaron diapositivas del componente de mejoramiento nutricional. El contenido fue la comparación de los resultados de los estudios de línea de base y línea final realizados sobre “Frecuencia de la ingesta de alimentos en mujeres embarazadas y los alimentos utilizados como alimento complementario para los lactantes en el Departamento de El Quiché, Guatemala”, y consideraciones sobre la variedad de ingesta de alimentos. No fue una presentación oral, sino un formato de navegación en la web, y no hubo preguntas ni comentarios.

1-3 Logro de los Resultados

■ Hoja de Monitoreo del Proyecto PM Form3-2 (Material adjunto)

Los resultados se aproximaron lo esperado a finales del año 2019. En 2020 por la crisis del COVID-19, se agregaron e implementaron actividades relacionados con la prestación de servicios seguro y confiable a los pobladores y usuarios de los servicios de salud, como una forma de mejorar los servicios de atención y mejorar la respuesta en caso de emergencia o epidemia sanitaria que contribuya a mantener los resultados logrados, dado que durante la situación de pandemia ha sido difícil brindar servicios habituales. El porcentaje de aplicación en servicio de los conocimientos adquiridos en la capacitación sobre mejoramiento de la salud y nutrición materno infantil (Resultado 2 Índice 1), luego del seguimiento, y en comparación con la Hoja de Monitoreo Ver.8, mejoró en 1.7 puntos en DAS Quiché, 84.7% (índice alcanzado al momento de Ver7.), y en DAS Ixil se mejoró en 3.1 puntos y el porcentaje de aplicación fue del 72,1% (índice no alcanzado).. Los otros resultados no se midieron en el 2020, debido a la dificultad de cumplir con las tareas habituales por las restricciones de traslado y organización de reuniones.

1-4 Logro del Propósito del Proyecto

■ Hoja de Monitoreo del Proyecto PM Form3-2 (Material adjunto)

El Propósito del Proyecto se aproximó a lo esperado a finales de 2019. En el año 2020 existía la preocupación que el indicador de prestación de servicios se viera afectado y disminuyera debido a la crisis de COVID-19. Ante esta situación y con el propósito de mantener el indicador, se llevaron a cabo actividades adicionales para fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de salud ante la emergencia o epidemia de enfermedades infecciosas. Hay algunos indicadores que se pudieron mantener desde finales de 2019, pero se considera necesario continuar aún más asegurando que el personal de salud pueda prestar servicio seguro y confiable, atender suficientemente en los servicios de salud, y superar los malentendidos y recuperar la confianza de los

■ Evaluación del proyecto basado en los 5 criterios del CAD

La evaluación del proyecto según los 5 criterios de CAD es cuanto sigue:

Relevancia: Alto.

No presenta cambios en la coherencia con las líneas establecidas en la política de desarrollo, programas de altos niveles y las necesidades del país beneficiario; asimismo el Proyecto se ajusta a los temas y áreas prioritarias establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo “K’atun 2032”, “Política General de

Gobierno”, “Gran Cruzada Nacional por la Nutrición” de Guatemala. Además, la prioridad del Gobierno de Guatemala y el Proyecto es la misma, en el sentido de continuar trabajando por los servicios de salud seguro y confiable para hacer frente a la pandemia de COVID-19, una crisis sanitaria que nos afecta de manera global. Asimismo, no hay cambios en términos de coherencia con la política de cooperación del Japón para con Guatemala.

Efectividad: Existe la posibilidad de generar, a pesar de que es difícil por la ocurrencia de los factores externos.

El Propósito del Proyecto del plan original del mismo casi se ha logrado la meta del indicador correspondiente al año 2019, que es la línea final. Sin embargo, el 2020 ante los factores externos al proyecto (ocurrencia de desastres naturales graves, epidemia de enfermedades infecciosas que propagan la desnutrición crónica) tales como la crisis sanitaria a causa de COVID-19, el cumplimiento del Objetivo Superior se ha afectado por las dificultades que se tienen en la regular prestación de servicios de la salud. En respuesta a esta situación, se determinó una extensión de 9 meses con la finalidad de mantener el logro del Propósito del Proyecto y apoyar el logro de la Meta Superior, en ese sentido, se está ejecutando actividades piloto modelo para mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud en caso de emergencia o brote de enfermedades infecciosas. En las actividades para restaurar la prestación de servicios, en el mes de noviembre, debido a la influencia de la baja presión tropical que produjo abundantes lluvias, las carreteras se vieron intransitables por las inundaciones y deslizamiento de tierras en varios lugares, lo que generó nuevamente la dificultad en recuperar el cumplimiento de los indicadores. A pesar de difícil situación en el que atraviesa, se espera que paulatinamente el esfuerzo irá reflejando en los indicadores con las labores del personal de salud con capacidades fortalecidas.

Eficiencia: Existe la posibilidad de generar, a pesar de que es difícil por la ocurrencia de los factores externos.

Los Resultados esperados del Proyecto establecido originalmente casi se han logrado sus respectivos indicadores la meta del indicador correspondiente al año 2019, que es la línea final. Las actividades del período de prórroga, en su mayoría están avanzando según lo planificado, excepto algunas localidades que presentan ciertos retrasos debido a la influencia de la baja presión tropical. En cuanto a la generación de los resultados, en comparación con 2019, es necesario reducir la carga en el personal de salud invirtiendo más en la incorporación de recursos humanos, fortaleciendo la comunicación y trabajo articulado entre los pobladores, comunidad y actores principales, debido a la gran carga relacionado con el COVID-19 que se tiene.

Impacto: Existe la posibilidad de generar, a pesar de que es difícil por la ocurrencia de los factores externos.

La Meta Superior del Proyecto establecido originalmente estableció indicadores con metas para alcanzar en el 2023, no obstante, muchos ya habían logrado a finales de 2019, es decir seis meses antes de la finalización del Proyecto. También se observó expansión de las actividades del proyecto, como la utilización de las herramientas y los materiales didácticos en los DMS no focalizados de las 2 DAS, a través de este último. Mediante las actividades piloto modelo que busca mejorar la capacidad de atención en los servicios de salud en caso de una emergencia o un brote de enfermedad infecciosa que se aborda en este periodo de prórroga, se espera recuperar la prestación del servicio. Por otra parte, es

difícil mejorar los indicadores de los resultados, si no se logra construir o recuperar la relación de confianza con los pobladores y/o comunidad que no quieren recibir el servicio. Es imprescindible fortalecer la comunicación y la articulación con pobladores, comunidad y actores principales.

Las actividades y los resultados esperados del período de prórroga también fueron socializados con la Dirección de Servicio de Atención Integral del MSPAS hasta 2019, lo que se espera la difusión de los materiales didácticos e instrumentos elaborados en el marco del proyecto y la expansión de las experiencias en otras regiones.

Sostenibilidad: Existe la posibilidad de generar, a pesar de que es difícil por la ocurrencia de los factores externos **【Política - Institucional】** Como se menciona en la Pertinencia con la “Gran Cruzada Nacional por la Nutrición” hay expectativa de que continúe las iniciativas para mejorar la nutrición de las mujeres embarazadas y de los niños.

【Técnico】 Los materiales didácticos desarrollados en el marco del Proyecto tienen la aprobación de MSPAS y al tener un sistema educativo existente dentro de la institución CP, serán fortalezas que los materiales didácticos seguirán utilizando y mantendrán las habilidades técnicas necesarias. Los enfermeros profesionales y los auxiliares de enfermería que ofrecen principalmente los servicios de mejora de la salud y nutrición materno infantil presentan escasa educación sobre nutrición en la carrera académica. solo la educación en servicio es difícil en términos de tiempo cubrir y fortalecer completamente los contenidos afines, lo que significa la necesidad de incluir en la malla curricular la formación del personal de salud el tema nutrición.

【Sociedad / Cultura】 Se ha confirmado en el área objetivo del proyecto la difusión de información falsa (COVID-19 no existe) la población ha perdido credibilidad en el virus debido a que algunas personas positivas de COVID -19 han presentado síntomas leves o son asintomáticos, algunos líderes religiosos promueven la prevaencia de la fe (mencionado que si tiene fe no se contagiaron del Virus), la negatividad de la población a utilizar los servicios de salud porque se cree que el personal de salud es la fuente de la infección del COVID-19. Ante esta situación, los líderes comunitarios han comprendieron que desempeñan un papel en la comunicación de información correcta en las actividades del proyecto. Es fundamental promover la participación de los líderes comunitarios para transmitir la información con precisión y sensibilizar a la población.

【Organizacional】 Después de la capacitación impartida por el Proyecto, se pudo observar casos que los facilitadores formados realizan capacitación a nuevo personal incorporado en el DMS con sus propios recursos e iniciativas, lo cual se puede entender que se tiene estructura organizacional para continuar con la formación de recursos humanos. Con el aumento de las tareas relacionados con la atención de COVID-19 y la incorporación de más recursos humanos se espera que se brinde servicio semejante que se brindaban antes de la crisis sanitaria causada por la COVID-19.

【Financiero】 En cuanto al aseguramiento de los recursos financieros necesarios para la capacitación/formación de recursos humanos y disponibilidad de los materiales didácticos por parte de MSPAS aún no se tiene suficientes perspectivas. Con la finalidad de asegurar la continuidad de las actividades del proyecto y presupuesto disponible para las mismas, se está considerando la integración

de las actividades y presupuestos necesarios para alcanzar la Meta Superior del Proyecto en lo que respecta al plan operativo anual de DAS y DMS.

1-5 Cambios de Riesgos y Acciones para la Mitigación

■ Prioridades de atención del tema COVID-19

Después del mes de marzo de 2020, mientras el MSPAS sigue posicionando la atención del COVID-19 como asunto prioritario, el servicio de control de natalidad y el monitoreo de desarrollo y crecimiento de los niños también se cumple de forma continua, no obstante, el personal de salud debe visitar la comunidad para cumplir con los servicios dado que los pobladores se abstienen de acudir a los centros por temor a la infección. Visitar la comunidad y prestar servicio cumpliendo con las medidas sanitarias de prevención y control de infecciones se necesita mayor tiempo en comparación con las tareas en los puestos de trabajo, y sumado a ello, en algunos casos son rechazados por los pobladores de recibir la atención. Por lo expuesto, se continua con las actividades de sensibilización tratando de mantener comunicación con los líderes de la comunidad y brindar información correcta y precisa a los pobladores.

■ Sistema de trabajo y Trabajo a distancia

Dado que continúa el aplazamiento de los viajes de los expertos japoneses y la realización del trabajo a distancia o teletrabajo de la consultora local, la comunicación con la CP se hace a través de correo electrónico, teléfono u otro medio que permita reuniones virtuales utilizando el sistema de comunicación remota. Sin embargo, con el tiempo se vuelve difícil una comunicación permanente, asimismo, por parte de la CP con el inicio de las actividades ha requerido de apoyo in situ. En respuesta a esta solicitud y confirmado el levantamiento de la restricción de circulación, la consultora local ha vuelto a su trabajo presencial en el municipio de Santa Cruz del Quiché, a partir de finales de agosto. En cuanto al aplazamiento del viaje de los expertos japoneses aún continúa, por tanto, la comunicación con la CP se mantiene vía remota, y el sistema de trabajo adoptado es que la consultora local conjuntamente con la CP implemente y promueva las actividades, y que la misma acompañe las actividades de la CP. Además, a partir del mes de septiembre se mantuvo una reunión mensual remota con los equipos técnicos de ambas DAS y DMS piloto modelo, siendo esta un espacio para socializar y discutir el avance, desafío y planificación del proyecto. Esta reunión se posiciona como una reunión alternativa de Comité Gerencial, que está previsto organizar trimestralmente.

Así también, esta reunión remota se aplica para con Dirección del Sistema Integral de Atención en Salud, que es la instancia de coordinación del proyecto dentro del MSPAS, y según la necesidad se comparte y se delibera el avance, desafío y planificación del proyecto. Actualmente, se está analizando la posibilidad de participar en la reunión mensual de ambas DAS.

1-6 Progreso de las Acciones Emprendidas por JICA

Ninguno.

1-7 Progreso de las Acciones Emprendidas por el Gobierno de Guatemala

Ninguno.

1-8 Progreso de las Consideraciones Ambientales y Sociales

Ninguno.

1-9 Progreso de las Consideraciones sobre Género / Consolidación de la Paz / Reducción de Pobreza

Ninguno.

1-10 Otros Asuntos Notables / Considerables / Relacionados que afectan al Proyecto (por ejemplo, ONG, tales como otros proyectos de la JICA, actividades de la contraparte, otros organismos cooperantes, sector privado, ONG)

- Capacitación sobre prevención y control de infecciones por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

La OPS implementó la capacitación sobre prevención y control de infecciones focalizada a DAS y actores involucrados de los hospitales, y espera del proyecto la capacitación para la transferencia de conocimiento a todos el personal de salud que están dentro del área de DAS y el monitoreo de la aplicación en el trabajo. Como actividades a realizar el período de prórroga del proyecto, se determinó incluir la actividad de “Promover y evaluar la implementación de actividades de PCI (prevención y control de infección) para brindar servicio de salud y nutrición materno infantil seguro y confiable”. El Proyecto tomó como referencia la guía de MSPAS (fuente es material de OPS), luego planificó y ejecutó la capacitación y el monitoreo de la aplicación en el campo focalizado a todo el personal de salud de DMS piloto modelo.

- Utilización de TIC introducida por Tula Salud (ONG)

Con el apoyo de Tula Salud, hasta ahora se ha compartido el sistema de recopilación de información y materiales didácticos que utilizan las TIC que es llamado KAWOK, y en esta crisis de COVID-19 también se utiliza para la capacitación a distancia. La organización Tula Salud y el Proyecto, hemos estado considerando la articulación, como compartir los materiales didácticos elaborados en el marco del proyecto. Además, de parte de la CP también han surgido opiniones sobre la utilización de KAWOK, por lo tanto, se está tomando la comunicación con la casa matriz de la Fundación Tula en Canadá para avanzar con acciones concretas, mientras se continúa las deliberaciones para su realización.

2 Retraso del Cronograma de Trabajo y/o Problemas (si hubiere)

Ninguno.

3 Modificación del Plan de Implementación del Proyecto

3-1 PO

Ninguna.

3-2 Otras modificaciones sobre la Implementación del Proyecto Detallada

Ninguna.

4 Preparación del Gobierno de Guatemala hacia después de la finalización del Proyecto

Ninguna discusión hasta el momento.

Fin

II. Hoja de Monitoreo del Proyecto PM Form 3-1, 3-2 (Adjunto)

Hoja de Monitoreo del Proyecto I (Matriz de Diseño del Proyecto)

Título de Proyecto: Proyecto de Mejoramiento de Salud y Nutrición Materno Infantil en la República de Guatemala

Agencia de Implementación: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Grupo meta: Personal del Área de Salud incluyendo a los médicos, que trabajan en el Departamento del Quiché, y sus comunidades.

Período de Proyecto: Junio, 2016~Junio, 2020 (4 años)

Sitio del Proyecto: Los 10 municipios del Área de Salud de El Quiché del Departamento de El Quiché

Versión: 9 (Dirección de Área de Salud de Quiché)

Fecha: 14 de enero, 2021

Sumario Narrativo	Indicadores Objetivamente Verificables	Medios de Verificación	Supuestos Importantes	Logros	Observación
Meta Superior					
Mejorar la salud nutricional de las mujeres embarazadas y los niños menores de 5 años en el Departamento de El Quiché.	<p>1. Disminuir la razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos de 120, promedio de 5 años anteriores, a 96 en 2023.</p> <p>2. Evidenciar la continuidad la tasa de mortalidad de neonatos, de 4.5 por 1,000 nacidos vivos en 2023.</p> <p>3. Evidenciar la continuidad la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años, en 3.6 por cada 1,000 niños menores de 5 años en 2023.</p> <p>4. Disminuir el porcentaje de los nacidos con bajo peso del 36.5% en 2016 al 26.5% en 2023.</p> <p>5. Disminuir el porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica del 46.0% en 2016 al 36.0% en 2023.</p>	<p>· Datos de SIGSA1, 2. · Datos de INE</p> <p>· Datos de SIGSA1, 2. · Datos de INE</p> <p>· Datos de SIGSA1, 2. · Datos de INE</p> <p>· SIGSA 5C Anexo SAN</p> <p>· SIGSA 5C Anexo SAN</p>	<p>· No ocurren desastres naturales graves ni las enfermedades infecciosas que puedan causar el aumento de la tasa de desnutrición crónica. · Se mantiene el acceso al agua para consumo humano y condiciones de salubridad al menos en las condiciones actuales. · Se continúa el programa de apoyo de alimentos.</p>	<p>Los resultados de los indicadores 1 a 5 en toda la Dirección de Área de Salud de enero a noviembre de 2020 son los siguientes. Las cifras entre paréntesis son los valores del índice para el mismo período del año pasado 2019 para la comparación.</p> <p>1. Razón de mortalidad materna: 84.5 (analizada*), 106 (reportada**) (51) 2. Tasa de mortalidad de recién nacidos: 4.4 (2.4) 3. Tasa de mortalidad infantil menor a 5 años: XXX (0.4) 4. % de nacidos con bajo peso al nacer: 1.47% (12.7%) 5. % de niños menores de 5 años con desnutrición crónica: 22.9 (23.3%)</p> <p>* Se usa el número de muerte materna analizado. ** Se usa el número de muertes maternas reportado.</p>	<p>No se ha proporcionado la información de muertes de niños menores de 5 años, por lo que no se ha podido calcular el índice.</p> <p>La tasa de mortalidad es más alta tanto para las mujeres embarazadas como para los recién nacidos en comparación con el año pasado, sin embargo, el porcentaje de nacidos con bajo peso al nacer fue un poco más del 10% el año pasado.</p>

Propósito del Proyecto					
<p>Mejorar la atención de salud y nutrición materno infantil apegada a la norma de atención integral para las mujeres embarazadas y los niños menores de 2 años en 12 municipios en el Departamento de El Quiché.</p>	<p>1. Aumentar el porcentaje de mujeres que recibieron control prenatal conforme a la norma: a. Con 1er control antes de las 12 semanas del 32.7% en el 2015 al 48.7% en 2019. b. Con 4 controles prenatales mínimos del 28.9% en el 2015 al 32.0% en 2019.</p> <p>2. Aumentar el porcentaje de partos institucionales (partos atendidos por profesionales de salud) del 22.6% en el 2015 al 30% en 2019.</p> <p>3. Aumentar el porcentaje de vacunación útil: a. OPV3: 82.3% en el 2015 al 86.0% en el 2019. b. PENTA: 76.9% en el 2015 al 85.0% en el 2019. c. BCG: 86.9% en el 2015 al 93.0% en el 2019.</p> <p>4. De acuerdo con la normativa, el porcentaje de niños: a. menores de 1 año que inicia monitoreo de crecimiento y desarrollo, aumentar del 43% en 2015 al 53% en 2019. b. de 1 a 2 años que inicia el monitoreo de crecimiento y desarrollo, aumentar del 42% en 2015 al 52% en 2019.</p> <p>5. Aumentar el porcentaje de niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva del 29.3% en 2016 al 39.3% en 2019.</p> <p>6. Aumentar el porcentaje de niños de 6 meses que inician alimentación complementaria del 17.8% en 2016 al 27.8% en 2019.</p> <p>7. Aumentar: a. de 12.3% en 2017 a 30% en 2019 de mujeres embarazadas con ganancia de peso en el cuarto control según lo establecido en la norma (CMB) (en caso del primer control antes de las 12 semanas). b. de 17.8% en 2017 a 30% en 2019 de mujeres embarazadas con ganancia de peso en el cuarto control según lo establecido en la norma (IMC) (en caso del primer control después de las 12 semanas).</p> <p>8. Aumentar el porcentaje de mujeres que recibieron atención post-parto conforme a la norma: a. 24-48 horas: del 26% en 2015 al 38% en 2019. b. 48 horas hasta 42 días: del 37.6% en 2015 al 57.6% en 2019.</p>	<p>·SIGSA 3CS/3PS</p> <p>·SIGSA 3CS/3PS</p> <p>·SIGSA 5C</p> <p>·Cuaderno 5A</p> <p>·Cuaderno 5A</p> <p>·Cuaderno 5A</p> <p>·SIGSA 3CS/3PS</p> <p>·SIGSA 3CS/3PS</p>	<p>·El tema de salud materno infantil con enfoque en nutrición sigue siendo la línea prioritaria para el Gobierno de Guatemala.</p>	<p>Los resultados de promedio de 10 municipios objetivos en los indicadores 1 a 8 de enero a noviembre de 2020 son los siguientes. Las cifras entre paréntesis son los valores del índice para el mismo período del año pasado 2019 para la comparación.</p> <p>1a. % de mujeres embarazadas con 1er control prenatal antes del 12 semanas: 19.2% (21.7%) 1b. % de mujeres embarazadas con 4 controles prenatales: 22.8% (25.3%) 2. % de partos institucionales: 26.6% (27.5%) 3. % de vacunación útil OPV 3: 73.5% (87.1%) PENTA: 80.9% (88.8%) BCG: 80.7% (92.9%) 4. Monitoreo del crecimiento a. Menor de 1 año: 76.0% (78.8%) b. Niño de 1-2 años: 61.0% (85.8%) 5. Lactancia materna exclusiva: 27.9% (100%) 6. Alimentación complementaria: 39.0% (45.8%) 7. Ganancia de peso de las mujeres embarazadas a. CMB: 17.6% (27.0%) b. IMC: 20.4% (39.1%) 8. Atención posparto a. 24-48 horas: 24.2% (34.6%) b. 48 horas-42 días: 36.7% (43%)</p>	<p>En cuanto a la ganancia de peso de las embarazadas y la atención posparto, ambos indicadores son aproximadamente un 10% más bajos que el año pasado. El porcentaje de mujeres embarazadas con ganancia de peso en el cuarto control (36-38 semanas) (cuando el primer control prenatal, tiene más de 12 semanas de gestación.) es particularmente baja, aproximadamente la mitad del año pasado. Se presume que las mujeres embarazadas y los habitantes se abstuvieron de visitar a servicios por temor a la infección por COVID-19 (fuente: información de la entrevista de personal de salud).</p>

Resultados					
1. Se aumenta la capacidad de gestión de los servicios de salud con atención nutricional materno infantil en el Área de Salud de Quiché.	1-1. Lograr que el 80% del personal de salud esté capacitado sobre gestión de servicios de salud (supervisión facilitadora).	· Guía de Monitoreo por programas (Informe de Comité de Análisis Técnico, SIGSA 4,6, BRES (Balance de requisición, envío de suministros))	Se mantiene la política de salud del Gobierno de Guatemala.	1-1. Logrado.	
	1-2. Cumplir con 12 actividades de monitoreo al año en los Distritos Municipales de Salud.	· Guía de Monitoreo por programas (Informe de Comité de Análisis Técnico, SIGSA 4,6, BRES (Balance de requisición, envío de suministros))		1-2. Las actividades de monitoreo y supervisión en Distrito Municipal de Salud por parte de la Dirección de Área de Salud de enero a diciembre de 2020 no se han implementado.	Debido a la propagación de la infección por COVID-19, no se pudo implementar por restricciones de movimiento y el aumento del trabajo para la respuesta a la infección.
2. Se incrementa la capacidad de la atención nutricional materno infantil en los servicios de salud en el primero y segundo nivel en coordinación con los servicios del tercer nivel.	2-1. Aumentar el 70% de conocimientos y aplicación de las normas y protocolos, posterior a la capacitación del personal de salud del primer y segundo nivel de atención	- Plantilla de asistencia - Resultado de pre y post-examen en la capacitación. - Lista de chequeo elaborado por el Proyecto.		1. Hasta el fin de noviembre de 2020, el porcentaje de aplicación en servicio y duración la atención* de las normas y protocolos en 12 DMS del monitoreo del 93.5%, se confirmó la aplicación del 84.7% (Dentro de 543 personas a monitorear, 502 monitoreadas y 451 aplicadas. El porcentaje es el promedio de el porcentaje de 12 Distritos municipales de salud).	El monitor se realizó a pesar de que se aumentó el trabajo para la respuesta a la infección.
	2-2. Aumentar en un 20% la consejería institucional sobre salud y nutrición materno infantil, tanto en las consultas prenatales como en las de postparto.	· SIGSA 3CS/3PS · Consolidado de IEC (PROSAN)		2-2. Las cifras entre paréntesis son los valores del índice para el mismo período del año pasado 2019 para la comparación. 7.4% (20%)	
	2-3. Cumplir con el 100 % de referencia y contra referencia de casos detectados de niños con desnutrición aguda severa.	· SIGSA 6 · Boletas de referencia y contra referencia		2-3. Las cifras entre paréntesis son los valores del índice para el mismo período del año pasado 2019 para la comparación. El porcentaje de referencia es 100% (100%) y el de la contra referencia es 0% (62%). Todos los casos obligatorios a referir según normas y protocolos, hasta el fin de noviembre del 2020 1 caso en San Pedro Jocopilas (13 casos (3 en Chicamán, 2 en Joyabaj, 3 en San Pedro Jocopilas, 4 en La Parroquia, 1 en La Taña))	
3. Se aumenta la participación de los líderes comunitarios* para la implementación del Modelo de Salud en la realización de las actividades comunitarias sobre salud materno infantil y nutrición.	3-1. Lograr al año, que como mínimo en una asamblea comunitaria (los líderes comunitarios y el personal institucional) realicen promoción en salud y nutrición enfocada en el grupo materno infantil.	· Reporte mensual de Actividades · SIGSA6 (Comisión de Salud) · Agenda y Actas de asamblea		3-1. El personal de salud de cinco comunidades ha promovido asambleas comunitarias cumpliendo con las medidas necesarias para prevenir el COVID-19, ha sido mínima las asambleas comunitarias realizadas; debido al confinamiento generado por la enfermedad del COVID-19.	Por el personal de salud, se realiza actividades educativas para los líderes comunitarios y los habitantes sobre el control de la infección por COVID-19.
	3-2. Lograr la implementación en un 60% del total de comunidades las actividades organizativas comunitarias con enfoque en salud materno infantil y nutrición sobre factores de alto riesgo y la asistencia de emergencias.	· Informes del Proyecto. · Formato de charlas, visitas domiciliarias y consejerías.		3-2. 38.9% (14/36) de las comunidades priorizadas por el proyecto han promovido sesiones educativas con la organización comunitaria sobre factores de riesgo y actualización de planes de emergencia.	

<p>4. El resultado de las actividades del Proyecto se socializa en la ejecución de la línea estratégica del MSPAS, y se transmite externamente.</p>	<p>4-1. Compartir los resultados del Proyecto en las reuniones organizadas por el MSPAS.</p>	<p>Informes del Proyecto.</p>		<p>4-1 En la Reunión Conjunta de Salud Global 2020 celebrada en la web del 1 al 3 de noviembre de 2020, se hizo la presentación sobre la variedad de ingesta de alimentos con la comparación de los resultados de las encuestas de línea basal y de línea final (título: Sobre la frecuencia de la ingesta de alimentos por las mujeres embarazadas y los alimentos utilizados como alimento complementario para los lactantes en el Departamento de El Quiché, Guatemala).</p>	
<p>Actividades</p>	<p>Insumos</p>		<p>Supuestos Importantes</p>		
<p>0-0. Se realiza un análisis de la situación existente en base a la revisión del Proyecto anterior y el estudio de línea base y material didáctico, entre otros y se establecen indicadores.</p> <p>1-1. Se realizan periódicamente el monitoreo y la supervisión de los servicios de salud materno infantil con énfasis en nutrición en los servicios de salud del primer y segundo nivel.</p> <p>1-2. Se retroalimenta el resultado del análisis de los comités de muerte materna y muerte por desnutrición aguda en menores de 5 años con todos los servicios de salud.</p>	<p>La Parte Japonesa</p>	<p>La Parte Guatemalteca</p>	<p>• El personal capacitado no son removido de su puesto.</p>		
<p>1. Envío de expertos Asesor/Salud comunitaria, Salud Materno Infantil, Mejoramiento de Nutrición, Promoción de Salud y Participación Comunitaria, Coordinador/Planificación de Capacitación</p> <p>2. Gastos necesarios para la realización de la capacitación local entre otros.</p> <p>3. Aceptación de becarios para la capacitación en Japón o en un tercer país.</p> <p>4. Equipos necesarios.</p>	<p>1. Asignación de contraparte.</p> <p>2. Ofrecimiento del espacio físico de oficina a los expertos de JICA en las Áreas de Salud.</p>	<p>Condiciones Previas</p> <p>• El Gobierno acepta y apoya el proyecto.</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>			
<p>2-1. Se hace adaptación al idioma local y reproducción del material didáctico validado.</p> <p>2-2. Se instalan equipos antropométricos y médicos básicos para la mejora de los servicios de salud y nutrición materno infantil en los servicios de salud del primer y segundo nivel.</p> <p>2-3. Se realizan las capacitaciones al personal de los tres niveles de atención en Salud sobre la atención materno infantil con énfasis en nutrición.</p> <p>2-4. Se monitorea y evalúa la aplicación de los conocimientos adquiridos después de la capacitación.</p> <p>2-5. Se brinda plan educacional para una nutrición adecuada (Caloría y Proteína) durante el embarazo de acuerdo con el estado nutricional por medio del Índice de Masa Corporal.</p>					

<p>3-1. Conjuntamente con los servicios de Salud del primer y segundo nivel, se realizan la capacitación sobre atención materno infantil con énfasis en nutrición a los líderes comunitarios* y personal institucional.</p> <p>3-2. Conjuntamente con los servicios del primer y segundo nivel, el personal institucional de las Áreas de Salud fomenta a los líderes comunitarios el hacer actividades de promoción relacionadas a la salud materno infantil con énfasis en nutrición.</p> <p>3-3. A través de la reunión periódica, los líderes comunitarios presentan los resultados de sus actividades comunitarias.</p> <p>*Comité de salud, Líderes religiosos, COCODEs, Promotores de salud, Comadronas, Sociedad civil, Etc..</p>			<p><Tareas y Contramedidas></p>		
<p>4-1. Se realiza la verificación cuantitativa de los resultados del Proyecto.</p> <p>4-2. Se presentan los resultados del Proyecto en las reuniones organizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.</p> <p>4-3. Se socializa y disemina entre los países vecinos de los resultados del Proyecto.</p>					

Hoja de Monitoreo del Proyecto I (Matriz de Diseño del Proyecto)

Título de Proyecto: Proyecto de Mejoramiento de Salud y Nutrición Materno Infantil en la República de Guatemala
Agencia de Implementación: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Grupo meta: Personal del Área de Salud incluyendo a los médicos, que trabajan en el Departamento del Quiché, y sus comunidades.
Período de Proyecto: Junio, 2016~Junio, 2020 (4 años)
Sitio del Proyecto: Los 2 municipios del Área de Salud de Ixil del Departamento de El Quiché

Versión: 9 (Dirección de Área de Salud de Ixil)
 Fecha: 14 de enero, 2021

Sumario Narrativo	Indicadores Objetivamente Verificables	Medios de Verificación	Supuestos Importantes	Logros	Observación
Meta Superior					
Mejorar la salud nutricional de las mujeres embarazadas y los niños menores de 5 años en el Departamento de El Quiché.	1. Disminuir la razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos de 285 en 2016 a 142 en 2023. 2. Disminuir la tasa de mortalidad de neonatos del 36.4 en 2016 al 30.4 en 2023 por cada 1,000 nacidos vivos en el Área de Salud de Ixil. 3. Disminuir la tasa de mortalidad de niños de 29 días a menores de 5 años del 3.8 en 2016 al 3.0 en 2023 por cada 1,000 niños de 29 días a menores de 5 años. 4. Disminuir el porcentaje de los nacidos con bajo peso del 19% en 2017 a un 12% en 2023. 5. Disminuir el porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica del 47% en 2016 al 40% en 2023.	·SIGSA1, 2. ·SIGSA1, 2. ·SIGSA1, 2. ·SIGSA1, 2. ·SIGSA1, 2.	·No ocurren desastres naturales graves ni las enfermedades infecciosas que puedan causar el aumento de la tasa de desnutrición crónica. ·Se mantiene el acceso al agua para consumo humano y condiciones de salubridad al menos en las condiciones actuales. ·Se continúa el programa de apoyo de alimentos.	Los resultados de los indicadores 1 a 5 en toda la Dirección de Área de Salud de enero a noviembre de 2020 son los siguientes. Las cifras entre paréntesis son los valores del índice para el mismo período del año pasado 2019 para la comparación. 1. Razón de mortalidad materna: 186.2 (151) 2. Tasa de mortalidad de recién nacidos: 23.1 (16.4) 3. Tasa de mortalidad infantil menor a 5 años: 0.81 (4.0) 4. % de nacidos con bajo peso al nacer: 3.6% (4.0%) 5. % de niños menores de 5 años con desnutrición crónica: 56.9% (50.3%)	El porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica ha aumentado desde el año pasado, y es necesario fortalecer aún más las actividades para lograr el objetivo.

Sumario Narrativo	Indicadores Objetivamente Verificables	Medios de Verificación	Supuestos Importantes	Logros	Observación
Propósito del Proyecto					
Mejorar la atención de salud y nutrición materno infantil apegada a la norma de atención integral para las mujeres embarazadas y los niños menores de 2 años en 12 municipios en el Departamento de El Quiché.	<p>1. Aumentar el porcentaje de mujeres que recibieron control prenatal conforme a la norma: a. Con 1er control antes de las 12 semanas del 28% en el 2015 al 38% en 2019.</p> <p>2. Aumentar el porcentaje de partos institucionales (partos atendidos por profesionales de salud) del 44% en el 2015 al 55% en 2019.</p> <p>3. Alcanzar el porcentaje de vacunación útil en un 95% en 2019. La línea basal para 3 tipos de vacunas en 2015 es el siguiente: a. OPV3: 99.5% b. PENTA: 98% c. BCG: 95.5%.</p> <p>4. De acuerdo con la normativa, el porcentaje de niños: a. menores de 1 año que inicia monitoreo de crecimiento y desarrollo, aumentar del 88% en 2015 al 95% en 2019. b. De 1 a 2 años que inicia el monitoreo de crecimiento y desarrollo, aumentar del 88% en 2015 al 95% en 2019.</p> <p>5. Lograr que el 80% de las madres de los nacidos vivos a nivel institucional reciban consejería sobre lactancia materna exclusiva en las primeras 24 horas en 2019.</p> <p>6. Demostrar que 80% de niños de 6 meses que asisten al monitoreo de crecimiento y desarrollo han iniciado la alimentación complementaria, el cual es el mismo nivel de 2016, en 2019.</p> <p>7. Aumentar: a. de 51.5% en noviembre 2018 a 65% en el 2019 de mujeres embarazadas con ganancia de peso en el cuarto control según lo establecido en la norma (CMB) (en caso del primer control antes de las 12 semanas) en el Área de Salud de Ixil, b. de 26.9% en noviembre 2018 a 50% en el 2019 de mujeres embarazadas con ganancia de peso en el cuarto control según lo establecido en la norma (IMC) (en caso del primer control después de las 12 semanas) en el Área de Salud de Ixil.</p> <p>8. Aumentar el porcentaje de mujeres que recibieron atención post-parto conforme a la norma: durante las primeras 24 horas: del 37% en el 2016 al 47% en el 2019.</p>	<p>·SIGSA 3CS/3PS</p> <p>·SIGSA 3CS/3PS</p> <p>·SIGSA 5C</p> <p>·Cuaderno 5A</p> <p>·Cuaderno 5A ·Ficha de Puérpera ·SIGSA Web</p> <p>·Cuaderno 5A</p> <p>·Ficha de Embarazada ·SIGSA Web ·Ficha de niño</p>	<p>·El tema de salud materno infantil con enfoque en nutrición sigue siendo la línea prioritaria para el Gobierno de Guatemala.</p>	<p>Los resultados de promedio de 2 municipios objetivos en los indicadores 1 a 8 de enero a noviembre del 2020 son los siguientes. Las cifras entre paréntesis son los valores del índice para el mismo período del año pasado 2019 para la comparación.</p> <p>1. % de mujeres embarazadas con 1er control prenatal antes del 12 semanas: 21.1% (22.8%)</p> <p>2. % de partos institucionales: 39.9% (42.5%)</p> <p>3. % de vacunación útil (hasta diciembre del 2019) OPV 3: 92.8% (99.2%) PENTA: 92.7% /99.5%) BCG: 89.4% (101.9%)</p> <p>4. Monitoreo del crecimiento a. Menor de 1 año: 70.5% (82.1%) b. Niño de 1-2 años: 68.1% (77.4%)</p> <p>5. Lactancia materna exclusiva: 93.0% (90%)</p> <p>6. Alimentación complementaria: 73.2% (45.3%)</p> <p>7. Ganancia de peso de las mujeres embarazadas a. CMB: 40.2% (39.8%) b. IMC: 62.7% (46.6%)</p> <p>8. Control posparto en las primeras 24 horas: 97.6% (96.1%)</p> <p>Se está realizando la aplicación de los conocimientos y técnicas adquiridos de las capacitaciones.</p>	<p>Se presume que la disminución en el porcentaje de monitoreo de crecimiento de los niños se debió a que los habitantes se abstuvieron de llevar a sus hijos a los servicios de salud por temor a la infección por COVID-19 (fuente: información de la entrevista de personal de salud). Sin embargo, lo que se han observado mejoras en el porcentaje de inicio de la alimentación complementaria y la ganancia adecuada de peso de las mujeres embarazadas, puede ser inferida lo que ha mejorado la capacidad del personal de salud para orientar a los habitantes, especialmente a las madres, en cuanto a la mejora de la nutrición de sus hijos.</p>

Sumario Narrativo	Indicadores Objetivamente Verificables	Medios de Verificación	Supuestos Importantes	Logros	Observación
Resultados					
1. Se aumenta la capacidad de gestión de los servicios de salud con atención nutricional materno infantil en el Área de Salud de Ixil.	1-1. Realizar la planificación de actividades basadas en la evidencia para la prestación de servicios de Salud y Nutrición Materno infantil semanalmente en función de los datos recopilados y su análisis epidemiológico. 1-2. Cumplir con 4 actividades de monitoreo al año realizadas por el Área de Salud en los Distritos Municipales de Salud.	·SIGSA 4, 6 ·BRES (Balance de requisición, envío de suministros) ·Acta de Análisis de Información ·SIGSA 18 (Sala Situacional y Cobertura mensual) ·Informes de monitoreo/supervisión. ·Matriz de Análisis (Acta y/o conocimiento de visita) de la DAS a la DMS y territorios	Se mantiene la política de salud del Gobierno de Guatemala.	1-1. Se ha recopilado la información de enero a diciembre de 2020 y elaborado el plan de actividades en base a ella, pero no se ha realizado un análisis detallado. 1-2. Las actividades de monitoreo y supervisión en Distrito Municipal de Salud por parte de la Dirección de Área de Salud de enero a diciembre de 2020 no se han implementado.	Debido a la propagación de la infección por COVID-19, la reunión fue prohibida, e incluso si la prohibición se levantó después de eso, la reunión se sigue suspendida. Debido a la propagación de la infección por COVID-19, no se pudo implementar por restricciones de movimiento y el aumento del trabajo para la respuesta a la infección.
2. Se incrementa la capacidad de la atención nutricional materno infantil en los servicios de salud en el primero y segundo nivel en coordinación con los servicios del tercer nivel.	2-1. Aumentar el 80% de conocimientos y aplicación de las normas y protocolos, posterior a la capacitación del personal de salud del primer y segundo nivel de atención 2-2. Aumentar en un 80% la consejería institucional sobre salud y nutrición materno infantil, tanto en las consultas prenatales como en las de postparto. 2-3. Cumplir con el 100 % de referencias de casos detectados con desnutrición aguda severa y aumentar en un 50% la contra referencia	-Plantilla de asistencia -Resultado de pre y post-examen en la capacitación. -Lista de chequeo elaborado por el Proyecto. ·Plantilla de asistencia ·SIGSA 6 ·Boletas de referencia y contra referencia		2-1. Hasta el fin de diciembre del 2020, el porcentaje de aplicación en servicio y duración la atención* de las normas y regulaciones en el municipio piloto (Nebaj) y el municipio de Chajul es la siguiente. El monitoreo de 83.7%, se confirmó la aplicación del 72.1% (Dentro de 225 personas a monitorear, 191 monitoreadas y 166 aplicadas. El porcentaje es el promedio de el porcentaje de 2 Distritos municipales de salud). ※ Se observa el procedimiento basado en el instrumento de monitoreo después de la capacitación en mejoramiento de la nutrición y en Salud Materno Infantil. Se evaluó en cuatro niveles para cada ítem de observación (1: completamente imposible de practicar, 2: practicar algo pero insuficiente, 3: poder practicar casi sin problemas, 4: poder practicar sin problemas) , 2-2. Las cifras entre paréntesis son los valores del índice para el mismo período del año pasado 2019 para la comparación. 63.5% (Hasta octubre de 2019 83.7 %) 2-3. Las cifras entre paréntesis son los valores del índice para el mismo período del año pasado 2019 para la comparación. Referencia: 100% (100%) Contra referencia: XXX% (86%)	El monitor se realizó a pesar de que se aumentó el trabajo para la respuesta a la infección. Se presume que debido al cumplimiento de COVID-19, la orientación sobre salud y nutrición materno infantil no se ha implementado de manera suficiente. No se ha proporcionado la información de número de contra referencia de casos detectados con desnutrición aguda severa, por lo que no se ha podido calcular el índice.

Sumario Narrativo	Indicadores Objetivamente Verificables	Medios de Verificación	Supuestos Importantes	Logros	Observación
3. Se aumenta la participación de los líderes comunitarios para la implementación del Modelo de Salud en la realización de las actividades comunitarias sobre salud materno infantil y nutrición.	3-1. Lograr al año, que como mínimo en una asamblea comunitaria (los líderes comunitarios y el personal institucional) realicen promoción en salud y nutrición enfocada en el grupo materno infantil.	·Agenda y Actas de asamblea		3-1. El personal de salud de tres comunidades han promovido asambleas comunitarias cumpliendo con las medidas necesarias para prevenir el COVID-19, ha sido mínima las asambleas comunitarias realizadas; debido al confinamiento generado por la enfermedad del COVID-19.	Por el personal de salud, se realiza actividades educativas para los líderes comunitarios y los habitantes sobre el control de la infección por COVID-19.
	3-2. Lograr la implementación en un 60% del total de comunidades las actividades organizativas comunitarias con enfoque en salud materno infantil y nutrición sobre factores de alto riesgo y la asistencia de emergencias.	·Informes del Proyecto ·Formato de charlas, visitas domiciliarias y consejerías. ·SIGSA 6 (todo los programas) e Informe mensual de la DMS		3-2. 77.8% (14/18) de las comunidades prorizadas por el proyecto han promovido sesiones educativas con la organización comunitaria sobre factores de riesgo y actualización de planes de emergencia.	
4. El resultado de las actividades del Proyecto se socializa en la ejecución de la línea estratégica del MSPAS, y se transmite externamente.	4-1. Compartir los resultados del Proyecto en las reuniones organizadas por el MSPAS.	Informes del Proyecto.		4-1 En la Reunión Conjunta de Salud Global 2020 celebrada en la web del 1 al 3 de noviembre de 2020, se hizo la presentación sobre la variedad de ingesta de alimentos con la comparación de los resultados de las encuestas de línea basal y de línea final (título: Sobre la frecuencia de la ingesta de alimentos por las mujeres embarazadas y los alimentos utilizados como alimento complementario para los lactantes en el Departamento de El Quiché, Guatemala).	
Actividades	Insumos		Supuestos Importantes		
0-0. Se realiza un análisis de la situación existente en base a la revisión del Proyecto anterior y el estudio de línea base y material didáctico, entre otros y se establecen indicadores. 1-1. Se realizan periódicamente el monitoreo y la supervisión de los servicios de salud materno infantil con énfasis en nutrición en los servicios de salud del primer y segundo nivel. 1-2. Se retroalimenta el resultado del análisis de los comités de muerte materna y muerte por desnutrición aguda en menores de 5 años con todos los servicios de salud.	La Parte Japonesa	La Parte Guatemalteca	<ul style="list-style-type: none"> El personal capacitado no son removido de su puesto. 		
	1. Envío de expertos Asesor/Salud comunitaria, Salud Materno Infantil, Mejoramiento de Nutrición, Promoción de Salud y Participación Comunitaria, Coordinador/Planificación de Capacitación 2. Gastos necesarios para la realización de la capacitación local entre otros. 3. Aceptación de becarios para la capacitación en Japón o en un tercer país. 4. Equipos necesarios.	1. Asignación de contraparte. 2. Ofrecimiento del espacio físico de oficina a los expertos de JICA en las Áreas de Salud.			
2-1. Se hace adaptación al idioma local y reproducción del material didáctico validado.			Condiciones Previas		
2-2. Se instalan equipos antropométricos y médicos básicos para la mejora de los servicios de salud y nutrición materno infantil en los servicios de salud del primer y segundo nivel.			<ul style="list-style-type: none"> El Gobierno acepta y apoya el proyecto. 		

Sumario Narrativo	Indicadores Objetivamente Verificables	Medios de Verificación	Supuestos Importantes	Logros	Observación
<p>2-3. Se realizan las capacitaciones al personal de los tres niveles de atención en Salud sobre la atención materno infantil con énfasis en nutrición.</p> <p>2-4. Se monitorea y evalúa la aplicación de los conocimientos adquiridos después de la capacitación.</p> <p>2-5. Se brinda plan educacional para una nutrición adecuada (Caloría y Proteína) durante el embarazo de acuerdo con el estado nutricional por medio del Índice de Masa Corporal.</p>					
<p>3-1. Conjuntamente con los servicios de Salud del primer y segundo nivel, se realizan la capacitación sobre atención materno infantil con énfasis en nutrición a los líderes comunitarios* y personal institucional.</p> <p>3-2. Conjuntamente con los servicios del primer y segundo nivel, el personal institucional de las Áreas de Salud fomenta a los líderes comunitarios el hacer actividades de promoción relacionadas a la salud materno infantil con énfasis en nutrición.</p> <p>3-3. A través de la reunión periódica, los líderes comunitarios presentan los resultados de sus actividades comunitarias.</p> <p>*Comité de salud, Líderes religiosos, COCODEs, Promotores de salud, Comadronas, Sociedad civil, Etc..</p>			<p><Tareas y Contramedidas></p>		
<p>4-1. Se realiza la verificación cuantitativa de los resultados del Proyecto.</p> <p>4-2. Se presentan los resultados del Proyecto en las reuniones organizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.</p> <p>4-3. Se socializa y disemina entre los países vecinos de los resultados del Proyecto.</p>					

Hoja de Monitoreo del Proyecto II (Plan de Operación Revisado)

Versión: 9
Fecha: 14 de enero, 2020

Título del Proyecto: El Proyecto de Mejoramiento de Salud y Nutrición Materno Infantil

												Monitoreo				
Resultado 2: Se incrementa la capacidad de la atención nutricional materno infantil en los servicios de salud en el primero y segundo nivel en coordinación con los servicios del tercer nivel.																
2-1	Se hace adaptación al idioma local y reproducción del material didáctico validado.	⊗ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○	Planif.									JICA	MSPAS, DASQ, DASI	<ul style="list-style-type: none"> Se continuaron las actividades educativas y de orientación nutricional utilizando materiales didácticos de calendario para la mejora de la nutrición desplegados en los Distritos Municipales de Salud en los servicios de salud. Se ha confirmado las necesidades para reproducir los materiales didácticos (afiches) para la prevención de infecciones COVID-19 para los habitantes. 	Se continuará discutiendo para que el personal de salud pueda usar de manera efectiva los materiales didácticos desplegados y su utilización se arraigue.
2-2	Se instalan equipos antropométricos y médicos básicos para la mejora de los servicios de salud y nutrición materno infantil en los servicios de salud del primer y segundo nivel.	△ △ △ ⊗ ⊗ △ △ △ △ ○	△	Planif.									JICA	MSPAS, DASQ, DASI	<ul style="list-style-type: none"> Se continúa monitoreando el manejo y uso apropiado del equipo provisto. Se elaboró el plan de equipo donado para la prevención de infecciones y equipo para la detección de mujeres embarazadas de alto riesgo para los tres Distritos de Modelo piloto. 	Se considera la posibilidad de incorporar en el POA de la Dirección de Área de Salud y de los Distritos con respecto a la gestión adecuada de los equipos a proporcionar y la garantía de los costos de reparación y mantenimiento cuando sea necesario.
2-3	Se realizan las capacitaciones al personal de los tres niveles de atención en Salud sobre la atención materno infantil con énfasis en nutrición.	⊗ ⊗ ⊗ ⊗ ⊗ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○	Planif.									JICA	MSPAS, DASQ, DASI	<ul style="list-style-type: none"> Se continúa el Monitoreo y Supervisión con el objetivo de verificar la aplicación de conocimientos y técnicas adquiridos por la capacitación en mejoramiento de salud y nutrición materno infantil y de fortalecer la capacidad de brindar servicios en el campo. 	Se continuará considerando la sostenibilidad en métodos de monitoreo y supervisión continuo. Dado que la capacitación está pendiente en áreas dañadas por depresión tropical, se implementará tan pronto como mejore la situación. Existe una necesidad continua de fortalecer la capacidad de brindar orientación dietética a las mujeres embarazadas. Se considerará métodos de fortalecimiento continuo.
2-4	Se monitorea y evalúa la aplicación de los conocimientos adquiridos después de la capacitación.	⊗ ○ ○ ○ ○ ○ ○ △ △ ○ ○	○ ○ ○	Planif.									JICA	MSPAS, DASQ, DASI	<ul style="list-style-type: none"> Se impartió la capacitación de la prevención de infecciones a todo el personal de salud de los tres Distritos de Modelo piloto. Se realizó capacitación sobre orientación dietética para mujeres embarazadas con sobrepeso, delgadez, diabetes e hipertensión arterial para todo el personal de salud de los tres Distritos de Modelo piloto. 	Se continuará considerando la sostenibilidad en métodos de monitoreo y supervisión continuo. Dado que la capacitación está pendiente en áreas dañadas por depresión tropical, se implementará tan pronto como mejore la situación. Existe una necesidad continua de fortalecer la capacidad de brindar orientación dietética a las mujeres embarazadas. Se considerará métodos de fortalecimiento continuo.
2-5	Se brinda plan educacional para una nutrición adecuada (Caloría y Proteína) durante el embarazo de acuerdo con el estado nutricional por medio del Índice de Masa Corporal.	○ ○ ○ ○ ⊗ △ △ ○ ○	○ ○ ○	Planif.									JICA	MSPAS, DASQ, DASI	<ul style="list-style-type: none"> Se continúa el Monitoreo y Supervisión con el objetivo de verificar la aplicación de conocimientos y técnicas adquiridos por la capacitación en mejoramiento de salud y nutrición materno infantil y de fortalecer la capacidad de brindar servicios en el campo. 	Se continuará considerando la sostenibilidad en métodos de monitoreo y supervisión continuo. Dado que la capacitación está pendiente en áreas dañadas por depresión tropical, se implementará tan pronto como mejore la situación. Existe una necesidad continua de fortalecer la capacidad de brindar orientación dietética a las mujeres embarazadas. Se considerará métodos de fortalecimiento continuo.
Resultado 3: Se aumenta la participación de los líderes comunitarios* para la implementación del Modelo Inuyente de Salud (MIS) en la realización de las actividades comunitarias sobre la salud materno infantil y nutrición.comunitarios para realizar las actividadescomunitarias sobre la salud mater																
3-1	Conjuntamente con los servicios de Salud del primer y segundo nivel, se realizan la capacitación sobre atención materno infantil con énfasis en nutrición a los líderes comunitarios y personal institucional.	⊗ ○ △ △ △ △ ⊗ ○ ○ △	○ ○ ○	Planif.									JICA	MSPAS, DASQ, DASI		
3-2	Conjuntamente con los servicios del primer y segundo nivel, el personal institucional de las Áreas de Salud fomenta a los líderes comunitarios el hacer actividades de promoción relacionadas a la salud materno infantil con énfasis en nutrición.	⊗ ○ △ △ △ △ ⊗ ○ ○ △	○ ○ ○	Planif.									JICA	MSPAS, DASQ, DASI	Los encuentros compartidos sobre comunicación de riesgos ante desastres naturales COVID-19 (lluvias fuertes, etc.) fueron realizados por líderes comunitarios y personal de salud en las comunidades priorizadas en los tres Distritos de modelo piloto.	En general, los líderes comunitarios cambian cada uno o dos años, así que se recopilará buenas prácticas y se considerará aplicarlas para que se puedan realizar actividades continuas.
3-3	A través de la reunión periódica, los líderes comunitarios presentan los resultados de sus actividades comunitarias.	⊗ ○ △ △ △ △ ⊗ ○ ○ △	○ ○ ○	Planif.									JICA	MSPAS, DASQ, DASI		
Resultado 4: El resultado de las actividades del Proyecto se socializa en la ejecución de la línea estratégica del MSPAS, y se transmite externamente.																
4-1	Se realiza la verificación cuantitativa de los resultados del Proyecto.	⊗ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○	Planif.									JICA	MSPAS, DASQ, DASI		
4-2	Se presentan los resultados del Proyecto en las reuniones organizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.	⊗ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○	Planif.									JICA	MSPAS, DASQ, DASI		
4-3	Se socializa y disemina entre los países vecinos de los resultados del Proyecto.	⊗ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○	Planif.									JICA	MSPAS, DASQ, DASI		
Duración / Fase																
Planif.																
Realiz.																

Hoja de Monitoreo del Proyecto II (Plan de Operación Revisado)

Versión: 9
Fecha: 14 de enero, 2020

Título del Proyecto: El Proyecto de Mejoramiento de Salud y Nutrición Materno Infantil

Monitoreo

Plan de Monitoreo	Primera Fase												Segunda Fase												Observación	Tareas	Contramedidas																									
	2016						2017						2018						2019									2020						2021																		
	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8				9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3
Monitoreo																																																				
Comité de Coordinación Conjunta (CCC)	Planif.																																																	Nada en especial.	Debido a la pandemia de COVID-19, CCC final se ha pospuesto.	Debido a la extensión del periodo del proyecto, está previsto para febrero de 2021.
	Realiz.																																																			
Comité de Operativo (CO)	Planif.																																																	Nada en especial.	Debido a la pandemia de COVID-19, la implementación colectiva es difícil.	Utilizando el sistema de conferencias remotas, se tiene reuniones mensuales con el equipo técnico de Dirección de Área de Salud y de Distritos de modelo piloto, y se continuará con esto.
	Realiz.																																																			
Sumisión de la Hoja de Monitoreo	Planif.																																																	Nada en especial.	Nada en especial.	
Informe / Documento																																																				
Informes del Proyecto	Planif.																																																	Nada en especial.	Nada en especial.	
	Realiz.																																																			
Plan de Trabajo	Planif.																																																	Nada en especial.	Nada en especial.	
	Realiz.																																																			
Relaciones Públicas																																																				
Operación de la Página Web del Proyecto	Planif.																																																	Nada en especial.	Se dificultó la difusión de información debido a la epidemia de COVID-19, si embargo nuevamente se está realizando actividades en Quiché y, se reanuda la difusión.	
	Realiz.																																																			

Hoja de Monitoreo Ver.10
(Enero 2021 ~ Junio 2021)

Para el Director de la Oficina de JICA en Guatemala

HOJA DE MONITOREO DEL PROYECTO

Título del Proyecto: El Proyecto de Mejoramiento de Salud y Nutrición Materno Infantil de Guatemala

Versión de la Hoja: Ver. 10 (Término: Enero, 2021 – Junio, 2021)

Nombre: Yuko Hishida

Título: Asesora Jefa/Salud Comunitaria 1

Nombre: Francisco Rosal

Título: Director de Área de Salud de Quiché

Nombre: Iván Guzmán

Título: Director de Área de Salud de Ixil

Fecha de Sumisión: 7 de julio, 2021

I. Resumen

1 Progreso

1-1 Progreso de Insumos

Parte Japonesa

- La asignación de los expertos en su mayoría se cumplió según lo previsto, excepto el cambio realizado en el modo de trabajo in situ por trabajo remoto o a distancia desde Japón.
- Los consultores locales también fue asignados según lo previsto. Estas asignaciones se resumen en el siguiente Cuadro 1.

- Cuadro 1: Asignación de los expertos japoneses y la consultora local

Expertas/Consultora Local	Periodo (de enero a junio, 2021)	
Asesora Jefa/Salud Comunitaria 1	Enero – junio de 2021 (Trabajo a distancia desde Japón)	Trabajo local Febrero – marzo, junio de 2021
Salud Materno Infantil 2		
Mejoramiento de Nutrición 1		
Mejoramiento de Nutrición 2		
Promoción de Salud 1/Participación Comunitaria		
Atención Continua/Promoción de Salud 2		Trabajo local Mayo de 2021
Coordinación Administrativa/Planificación de Capacitación		
Consultora Local (Apoyo en Nutrición)	Enero de 2021 - hasta la fecha	
Consultora Local (Apoyo en la implementación de la capacitación y material didáctico, apoyo en la coordinación de actores involucrados)	Enero de 2021 - hasta la fecha	
Consultora Local (Apoyo en prevención de infecciones)	Enero de 2021 - hasta la fecha	

Consultora Local (Apoyo en participación comunitaria)	Enero de 2021 - hasta la fecha
--	--------------------------------

- Los insumos necesarios para la implementación de la capacitación fueron asignados según lo planificado.

Los insumos se muestran en el siguiente Cuadro 2.

Cuadro 2: Insumos necesarios para la implementación de la capacitación

Materiales didácticos/elementos de capacitación
Materiales para la capacitación en prevención de infecciones (pulsioxímetro (para adulto), termómetro sin contacto con la persona, guantes de látex (no estéril), máscara quirúrgica (para personal de salud y pacientes), protector facial, máscara de partículas finas, bata de aislamiento, gafas, alcohol para la desinfección de manos (para instalaciones sanitarias y portátil), jabón líquido, toalla de papel, desinfectante de ácido hipocloroso (para la limpieza de las superficies).
Materiales para el screening de mujeres embarazadas (con diabetes/hipertensión) de alto riesgo (papel reactivo de prueba de proteínas en la orina, Kit de prueba de glucosa en la sangre, chip para medir glucosa en sangre, instrumento de punción para medir la glucosa en sangre, aguja de punción para la prueba de glucosa en sangre), recipiente para muestras de orina, caja de desecho de agujas (5 litros y 1 litro).
Material didáctico de la capacitación (impresión de materiales de distribución, materiales para la elaboración de textos didácticos y costo de elaboración).
Costo de capacitación (costo del local, costo de equipos a alquilar, costo de refrigerios/almuerzo, gastos de traslado de los participantes de la actividad de participación comunitaria)

- Donación de equipos

Véase “1-2 Progreso de Actividades” y Actividades 2-2 **【Periodo de prórroga】** “Preparación de materiales y equipos necesarios para controlar enfermedades infecciosas y los servicios de emergencias médicas.”

Parte Guatemala

- Se asignó personal contraparte (CP: Contraparte) y espacio físico para la oficina del proyecto en la sede de la Dirección de Área de Salud (DAS) de Quiché, con sus mobiliarios de oficina. En cuanto a la DAS de Ixil, se ha asegurado el espacio físico en el Distrito Municipal de Salud (DMS) de Chajul, que es el Distrito Piloto modelo del Proyecto.

1-2 Progreso de Actividades

➤ Consideración y acuerdo sobre área de acción para periodo de prórroga

En el mes de enero de 2021, DAS de Quiché e Ixil presentaron la petición en cuanto área de acción durante el periodo de prórroga del proyecto, de continuar las actividades en DMS modelo piloto sin extender a otros DMS, y puntualizar en los resultados. Además, en lo que respecta a la comunicación de riesgos, se determinó trabajar dentro del mismo DMS, en lugar de trabajar en otros DMS, aunque se expande su área de acción (comunidad). En principio, se formuló el plan de acción asumiendo la expansión del área de influencia, a solicitud de DAS. Sin embargo, durante las discusiones posteriores, considerando el período de prórroga de 6 meses, que es un tiempo muy corto, por la necesidad de continuar y fortalecer el monitoreo y seguimiento para aplicar lo aprendido en la capacitación en los 3 DMS que ha comenzado sus actividades, y por pretender brindar el apoyo de manera intensiva en ellos y asegurar su aplicación, DAS solicitó en primer lugar confirmar esos resultados. La aplicación de los conocimientos y habilidades adquiridos en la capacitación ha sido altamente valorada tanto por la DAS y el DMS, dado que es una de las actividades que el Proyecto ha apoyado a lo largo de su tiempo, y es el

desafío que se tiene en el apoyo de organismos cooperantes. Es ese punto, se determinó su modificación para continuar las actividades en los 3 DMS modelo piloto sin expandir a otros DMS, dado que la solicitud en cuestión se ha realizado por la DAS siendo consiente que es el último apoyo que recibe en el marco del proyecto, y esperar obtener notorios resultados con la implementación centrada en DMS modelo piloto y que este a su vez pueda servir como modelo al momento de la expansión a otros DMS. Asimismo, analizando las actividades realizadas por los respectivos DMS, se consideró que los 6 meses de prórroga no es suficiente tiempo más que para concentrarse en las actividades en los DMS modelo piloto, por el tiempo que se toma el proceso de monitoreo & supervisión después de la capacitación sobre aplicación de los conocimientos y habilidades técnicas adquiridas en la capacitación.

➤ **Actividad 1-1 “Se realizan periódicamente el monitoreo y supervisión de los servicios de salud materno infantil con énfasis en nutrición en los servicios de salud del primer y segundo nivel.”**

【Actividad del período de prórroga】 Promover la implementación de monitoreo y supervisión relacionado con los casos de emergencias en el Distrito Municipal de Salud y en los establecimientos de salud.

■ Instrumento integrado de Monitoreo & Supervisión

En cuanto al instrumento integrado de Monitoreo & Supervisión (M&SV) elaborado en el marco del Proyecto, se obtuvo la confirmación de la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) (Unidad de Atención Integral en Salud, Unidad de Monitoreo, Supervisión y Evaluación, Unidad de Gestión de Riesgo) sobre aquellos ítems relacionados con el estado de emergencia que se agregarán.

El SIAS está enfocando el M&SV en el monitoreo de vacunación contra el nuevo coronavirus (COVID-19). El Proyecto hasta su finalización trabajará en la retroalimentación y mejoras en la medida de lo posible mediante el uso del instrumento, mirando hacia el post COVID.

Cabe mencionar que en la DAS Ixil, anteriormente todas las dependencias llamada *Programa* visitaban los DMS de una sola vez, pero ahora cada programa monitorea al DMS de su jurisdicción para no impedir la prestación de servicios en el DMS receptor previa programación.

■ Gestión de riesgos para responder ante la emergencia, epidemia mundial o desastres

A partir de la experiencia de la pandemia mundial por COVID-19 del 2020 y el deslizamiento de tierra e inundaciones provocadas por huracanes que azotaron a Guatemala dos veces en un corto periodo de tiempo, para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) se hizo evidente la necesidad de fortalecer el conocimiento y concienciación de estar preparados ante una emergencia y la prevención de riesgos. Ante esta situación, el Proyecto continúa trabajando para fortalecer la capacidad del personal en coordinación con la Unidad de Gestión de Riesgo de SIAS del MSPAS.

Los días 28 y 29 de abril de 2021 fue la jornada de capacitación de fortalecimiento de la capacidad de gestión de riesgos en salud (taller) focalizada a la DAS Ixil y al DMS Chajul que es modelo piloto para el período de prórroga del Proyecto. Asimismo, los días 12 y 13 de mayo, se tuvo la misma capacitación en la DAS Quiché y en los DMS pilotos modelo de San Pedro Jocopilas (SPJ) y Uspantán. El resumen de los resultados es cuanto sigue:

Cuadro 3: Resumen de la capacitación de fortalecimiento de capacidades para la gestión de riesgos (taller)

Participantes	Ixil: DAS Ixil 7 personas, DMS Chajul 7 personas.
---------------	---

	Quiché: DAS Quiché 4 personas, DMS SPJ 5 personas, DMS Uspantán 5 personas. Los participantes son miembros de Comité de Gestión del Riesgo de DAS o DMS.
Formadores	5 personas de la Unidad de Gestión de Riesgo de MSPAS, de los cuales 2 personas participaron en modo presencial y 3 personas en modo remoto.
Metodología	Teórico, intercambio de opiniones, trabajo grupal, capacitación presencial práctica (en parte, incluye clase a través de sistema de teleconferencia).
Contenido	a. Importancia de contar con los conocimientos para responder a emergencias y desastres b. Organización de Comité de Gestión de Riesgo de Salud y sus funciones c. Análisis y evaluación de riesgo comunitario d. Plan de respuesta e. Sistema de alarmas f. Indicaciones/señalizaciones (relacionadas con la seguridad y riesgos) g. Simulación y simulacro h. Comunicación de riesgo
Resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendieron los términos como alarmas y simulaciones y sus conceptos como conocimiento básico de la gestión de riesgos. • Aprendieron sobre la conformación organizativa del Comité de Gestión de Riesgo, identificación y análisis de riesgos e importancia de simulación y simulacros
Acuerdo	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización del contenido aprendido en sus respectivos DMS. • Organización del Comité de Gestión de Riesgo y elaborar o actualizar el plan de respuesta a emergencias o desastres. <p>La DAS Ixil solicitó a la Unidad de Gestión de Riesgo de MSPAS similar capacitación a los 2 DMS de su jurisdicción además de DMS Chajul.</p>

El SIAS expresó su intención de realizar esta capacitación en la totalidad de los DAS y DMS. Las razones son las siguientes: 1) Situaciones de emergencia y desastres como COVID-19 y tormentas se han presentado de manera continua desde el año pasado, y se encontraron problemas en el monitoreo posterior de desastres por parte del SIAS. 2) No se ha implementado el taller en gestión de riesgos para el personal de salud durante muchos años, 3) es importante que sea fortalecido no solo por el DAS a nivel de gestión sino también por el DMS a nivel de implementación. El Proyecto continuará brindando apoyo para que los DAS y DMS focalizados conviertan en modelo exitoso en gestión de riesgos.

Al término de la capacitación, según lo acordado en esta jornada, cada DMS está trabajando en la socialización del contenido de aprendizaje, organización del Comité de Gestión de Riesgo, definición de las funciones de los miembros, revisión y mejoras en las indicaciones y señalizaciones dentro de los establecimientos de salud (sobre seguridad y riesgos), implementación de simulación de emergencia y evacuación, análisis de posibles riesgos y la planificación de gestión de riesgo basado en él. Cabe mencionar que cada DMS sintieron aún más la necesidad de la gestión de riesgo, que inmediatamente abordaron las actividades de planificación, ejecución y promoción de estas actividades.

➤ **Actividad 1-2 “Se retroalimenta el resultado del análisis de los comités de muerte maternal y muerte por desnutrición aguda en menores de 5 años con todos los servicios de salud.”**

■ **Recopilación de información y aprovechar las buenas prácticas en los servicios de salud**

El Proyecto continúa trabajando en la recopilación de la información necesaria a través de las reuniones de los comités de muerte materna en la DAS tanto del Quiché como del Ixil, socialización con el personal de salud, y tratará de promover el aprovechamiento de las lecciones aprendidas de las experiencias de ambos DMS.

A nivel de DAS Quiché se reportó 13 casos de muerte materna en un período de entre enero y junio de 2021 (de los

cuales 9 casos son confirmados), pero aún quedan 4 casos de muerte sin analizar. Las posibles razones por los que no se está pudiendo proceder a tiempo el trabajo de análisis de varios casos son: 1) la ausencia del personal del departamento de salud reproductiva por motivo de vacaciones, sumado a la apretada agenda del personal encargado de la dependencia de epidemiología organizador de esta reunión; y 2) de no disponer de tiempo para la reunión debido a las jornadas de vacunación contra COVID-19.

En DAS Ixil hay 6 casos confirmados durante el mismo período.

Con el propósito de socializar suficientemente las lecciones aprendidas identificadas por el comité de muerte hasta con el último eslabón del personal de salud, el personal de salud I de primer y segundo nivel de los servicios nivel elaboraron varios tipos de casos de muerte materna ocurridos desde 2020 hasta junio de 2021, para que este material contribuya a formular medidas preventivas de muerte materna en los centros de salud, a través de 1) la comprensión de los casos de muerte materna y los resultados de los análisis correspondiente al año 2020, 2) la comprensión de las causas de los casos de muerte materna, y 3) las lecciones aprendidas de los casos de muerte. A partir de estos, se toma un caso representativo del territorio, se busca la causa del problema y realiza un taller de análisis de caso de muerte materna para que esas lecciones aprendidas puedan ser aprovechadas en sus respectivos puesto de trabajo. En el taller organizado en el DMS Nebaj, los días 18 y 19 de mayo, a partir del análisis del caso real de la muerte materna se abordó el análisis de las posibles causas de muerte y la identificación de lecciones aprendidas para plantear las medidas preventivas a ser aplicados en los casos similares en el establecimiento de salud al que pertenece. Como resultado de esta experiencia ya se ven iniciativas para prevenir nuevos casos de muerte materna en su jurisdicción proponiendo 1) documentar lo sucedido y compartir con los líderes de las comunidades para analizar las medidas preventivas, y 2) el personal de salud acompañe a la mujer embarazada que experimente dolor por el proceso del parto cuando la misma deba ser transferido a un hospital.

➤ **Actividad 2-1 “Se hace adaptación al idioma local y reproducción del material didáctico validado.”**

■ Continuidad de la distribución de “Mi Calendario Nutricional” y relevamiento de las buenas prácticas de uso

El Proyecto sigue apoyando en la distribución de “Mi Calendario Nutricional” (es un material didáctico que es práctico para las madres (tutores) que permite aprender a mejorar la nutrición de las mujeres embarazadas y los niños menores de 2 años).

En abril y mayo de 2021, se reimprimieron 1.000 ejemplares más y se distribuyeron en los DMS (Cuadro 4). La cantidad distribuida a las embarazadas y madres con hijos menores de 2 años en el periodo de entre enero y abril de 2021, se detalla en el Cuadro 4.

Cuadro 4: Número de distribución de “Mi Calendario Nutricional” 2021 y cantidad de ejemplares adicionado por DMS (a finales de mayo de 2021)

DMS	Distribución a embarazadas y madres (enero ~ abril)	Distribución adicional a DMS
◆ DAS Quiché		
Canillá	99	210
Chicamán	220	960
Chiché	93	695

Chinique	136	50
Joyabaj	253	750
Patzité	35	135
San Bartolomé Jocotenango	82	260
San Pedro Jocopilas	212	640
Sacapulas	319	1,380
Uspantán	102	1,280
La Parroquia	167	800
La Taña	70	225
◆ DAS Ixil		
Chajul	436	1,085
Nebaj	509	1,330
Total	2,733	9,800

Entre los meses de febrero y abril de 2021, se recabaron las buenas prácticas de uso del calendario. Se realizó la encuesta al personal

de salud de Ixil utilizando la plataforma Google, y el número de respuesta obtenida fue de 25 en Chajul y 13 en Nebaj. El porcentaje de respuesta en relación al número de establecimiento fue de 64% en Chajul y 27% en Nebaj. El Cuadro 5 muestra dos de todas las buenas prácticas recopiladas. A través del relato de las buenas prácticas identificadas se puede apreciar que este material didáctico contribuye a la mejora nutricional que visualmente muestra la vida familiar de la embarazada para una adecuada ganancia de peso. Además, se pudo confirmar que el material es también utilizado como herramienta práctica al momento de brindar una detallada orientación nutricional por parte del personal de salud.

Cuadro 5: Buenas prácticas de uso de “Mi Calendario Nutricional” 2021

Buena práctica de uso de “Mi Calendario Nutricional” 1 en Chajul	
Persona objeto	Embarazada
Edad	20 años
Contenido de buena práctica	Aumento de peso acorde a los meses de embarazo.
Detalle	A partir de los dibujos y gráficos ilustrativos, empezó a llevar una alimentación más nutritiva.
Mejora en el uso	Pegó el calendario en la pared de la cocina, en un lugar más visible, para ver las dibujos y gráficos, y poner a la práctica.
Reportero	Auxiliar de enfermería
Institución	Centro de Atención Permanente (CAP) de Chajul

Buena práctica de uso de “Mi Calendario Nutricional” 1 en Nebaj	
Persona objeto	Embarazada
Edad	20 años
Contenido de buena práctica	Aumento de peso acorde a los meses de embarazo.
Detalle	Contenido de la alimentación ha mejorado mediante la combinación de alimentos según el calendario.
Mejora en el uso	Cada vez que se hacía el control de embarazo, intentaba recordar (el contenido de la comida).
Reportero	Enfermero profesional

Institución	Puesto de salud de Trapichito
-------------	-------------------------------

■ Distribución de hoja de evaluación nutricional de la embarazada

Se reimprimió la “Hoja de Evaluación de Estado Nutricional de Embarazada” (Es un medio para servir en la labor de consejería de manejo y control de la ingesta nutricional y peso corporal durante el embarazo según la clasificación de IMC antes de la concepción. Se anota en el momento de control médico como registro anexo del historial clínico de la paciente) desarrollado en el marco del Proyecto y se distribuyó a los respectivos servicios de salud. Se necesita un cierto tiempo para familiarizarse con el método de cálculo y su anotación, dado que, en el momento de su control médico, se debe calcular y anotar individualmente el aumento de peso adecuado desde el último control y la cantidad adecuada de aumento peso hasta el próximo control; hacer las preguntas sobre el contenido de alimentación para dar los consejos nutricionales en base a las respuestas que se obtienen. En ese sentido, la consultora local está brindando monitoreo detallado y orientación in situ. En el mes de abril de 2021 se mandó reimprimir 20 mil ejemplares más, y se está llevando a cabo la distribución adicional como se muestra en el siguiente Cuadro.

Cuadro 6: Número “Hoja de Evaluación de Estado Nutricional de Embarazada” distribuido (al junio de 2021)

DMS	Nº distribuido
◆ DAS Quiché	
Canillá	525
Chicamán	1,540
Chiché	1,160
Chinique	460
Joyabaj	3,480
Patzité	250
San Bartolomé Jocotenango	750
San Pedro Jocopilas	1,200
Sacapulas	1,925
Uspantán	1,600
La Parroquia	1,150
La Taña	310
◆ DAS Ixil	
Chajul	1,800
Nebaj	2,950
Total	19,100

■ Reimpresión del material didáctico para sensibilizar a la población sobre la prevención de infección del COVID-19

Las entrevistas realizadas al personal de salud y los líderes de las comunidades prioritarias han revelado que a medida que se prolonga la pandemia de COVID-19, se hace aún más necesario garantizar que la población esté bien informada sobre la prevención. La DAS Quiché presentó el pedido de banner con mensaje sobre sensibilización y prevención, y el rotafolio para uso diario del personal de salud en las actividades de promoción; y la DAS Ixil presentó el pedido de 4 tipos de carteles (síntomas de COVID-19, lavado de manos, uso de mascarilla/tapabocas, guardar distanciamiento físico), en ese sentido, se imprimió y se distribuyó los materiales didácticos sobre prevención de infecciones, así como se muestra en el siguiente Cuadro.

Cuadro 7: Distribución de material didáctico para sensibilizar a la población sobre la prevención de infección del COVID-19

DAS	Tipo de material	Institución	Cantidad
Quiché	Dos tipos de banner de sensibilización sobre el COVID-19 para la comunidad local (incluye diseño con frases en idioma K'iché).	Puesto de salud (PS), CAP, centro comunitario	Total 34 (SPJ: 12, Uspantán : 22)
	Rotafolio para actividades de sensibilización preventiva del personal de salud.	PS, CAP, centro comunitario	Total 55 ejemplares (SPJ: 23, Uspantán : 32)
Ixil	Cuatro tipos de carteles de sensibilización para prevenir la infección por COVID-19 para la comunidad (uso de mascarilla o tapabocas, mantener el distanciamiento, lavado de manos, síntomas y las medidas preventivas).	PS, CAP, instituciones educativas, municipalidad, iglesia, terminal de ómnibus, etc.	Total 2,890

En el monitoreo realizado después de la distribución se comprobaron que en la comunidad prioritaria de DMS Uspantán, el personal de salud organizó jornada explicativa de las medidas de prevención a los miembros de COCODE utilizando el banner, asimismo, que el banner está expuesto en el puesto de salud que es el lugar más visible para la comunidad. Además, fue reportado que el auxiliar de enfermería está haciendo uso del rotafolio para explicar a los pobladores sobre las medidas preventivas y los síntomas de COVID-19.

➤ **Actividad 2-2 “Se instalan equipos antropométricos y médicos básicos para la mejora de los servicios de salud y nutrición materno infantil en los servicios de salud del primer y segundo nivel.”**

【Actividad del período de prórroga】 Preparar material y equipo necesarios para el control de enfermedades infecciosas y servicio de emergencias médicas.

- Instalación de los equipos donados antes del año fiscal 2019 en los servicios de salud y la confirmación del estado de uso (continuación)

Aprovechando la visita a los establecimientos de salud o llamada telefónica que realiza la consultora local al DMS, se ha confirmado el estado de uso de los equipos donados hasta el año fiscal 2019. A continuación, se describen las buenas prácticas de uso del equipo de ultrasonido.

- Hasta ahora, el equipo de ultrasonido, aunque en principio su uso era en los establecimientos de servicio de salud, también se utiliza en la visita domiciliaria debido a la expansión de los servicios de atención en la comunidad (DMS de La Taña y La Parroquia).
- El equipo de ultrasonido permitió la detección temprana de las complicaciones (DMS de SBJ).
- El uso de equipo de ultrasonido en la atención a la embarazada ha contribuido a mejorar el interés por el control periódico y aumentar el porcentaje de controles prenatales (DMS SBJ, DMS Chinique, DMS Canillá).
- La muerte materna no ha ocurrido en distrito, probablemente por la detección temprana de las complicaciones y la referencia del paciente (DMS Canillá).

Además, el equipo de ultrasonido instalado en DMS La Parroquia estuvo averiado, pero se corroboró que la DAS Quiché gestionó su reparación y se reanudó el uso para el control de maternidad. De esta manera, los equipos donados

son mantenidos y gestionados adecuadamente por la CP.

■ Plan de donación de equipos para período de prórroga

Los días 25 y 26 de febrero, se llevó a cabo la entrega de equipos de donación a ambas DAS. La ceremonia de entrega de DAS Quiché fue el día 25 de febrero, en el que contó con la presencia del Sr. Yamamoto Embajador de Japón en Guatemala y el Sr. Yamaguchi, Director de la JICA en Guatemala. En dicha ceremonia también se tuvo la cobertura de los medios de comunicación.

● Equipos de protección individual

Ambas DAS solicitaron la redistribución de los equipos de protección individual a otros establecimientos de servicio de salud además de los DMS modelo piloto, por lo que, las mismas elaboraron el plan de redistribución en función a los recursos humanos y otros. Se ha confirmado que la implementación está avanzando según los respectivos planes.

● Equipos y materiales de screening o cribado para embarazadas de alto riesgo

La distribución a cada establecimiento de servicio de salud de las áreas de DAS Quiché y DAS Ixil se completó en la primera semana de junio.

➤ **Actividad 2-3 “Se realizan las capacitaciones al personal de los tres niveles de atención en salud sobre atención materno infantil con énfasis en nutrición.”**

Actividad 2-4 “Se monitorea y evalúa la aplicación de los conocimientos adquiridos después de la capacitación.”

Actividad 2-5 “Se brinda plan educacional para una nutrición adecuada “Caloría y Proteína” durante el embarazo de acuerdo con el estado nutricional por medio del Índice de Masa Corporal (IMC).”

【Actividad del período de prórroga】

Promover y evaluar la implementación de actividades de PCI (Prevención y control de infección) para brindar servicio de salud y nutrición materno infantil seguro y confiable.

Promover la atención continua en el embarazo de alto riesgo.

■ M&SV post capacitación en salud materno infantil (continuación)

La consultora local prosigue con las actividades de monitoreo y supervisión después de la capacitación mediante comunicación telefónica. A finales de diciembre, se enfatizó la asistencia a los 3 DMS que aún no lograron el Indicador 1 del Resultado 2 establecido en el PDM (Chajul, Joyabaj y San Bartolomé Jocotenango). A estos 3 DMS, las 2 DAS giraron instrucciones por escrito para promover las actividades de M&SV junto con la lista de personal de salud que no han recibido el M&SV después de la capacitación, asimismo, como respuesta a la misma el DMS Chajul convocó a una reunión de seguimiento de M&SV post capacitación en el día 19 de febrero, contando con la participación del Director de DMS Chajul y 8 enfermeros profesionales del territorio. En la reunión, luego de socializar la información sobre aquellos que no han realizado el M&SV y los participantes con puntaje de evaluación bajo, se ha hecho el ejercicio de planificación de las actividades de M&SV. De igual manera el 11 de mayo del presente año se realizó monitoreo poscapacitación en forma de cascada en el DMS de Joyabaj, estando presente el coordinador del distrito, la encargada del programa de salud reproductiva, 3 enfermeros de territorios y 4 auxiliares de enfermería; realizando en el mismo mes los monitoreos pendientes, dando como resultados, se ha logrado el Indicador 1 del Resultado 2 del PDM (en el Cuadro 8 se detalla el porcentaje de ejecución de M&SV post capacitación de mejoramiento salud y

nutrición materno infantil, porcentaje de aplicación de conocimiento y habilidad técnica). A finales de junio, el DMS que aún no ha logrado el Indicador 1 del Resultado 2 de PDM es solo SBJ.

Los cambios identificados en el servicio de salud mediante la capacitación de salud y nutrición materno infantil y el M&SV después de la capacitación se ha obtenido la siguiente información.

- El porcentaje de control prenatal ha aumentado mediante el fortalecimiento de la educación sanitaria durante el control médico de las embarazadas (DMS Chiché).
- Se cumple los protocolos de control postnatal del MSPAS (DMS de SPJ).
- como resultado del M&SV después de la capacitación, se ha podido mantener las habilidades técnicas necesarias para el servicio de salud materno infantil (DMS La Parroquia).
- El personal de salud ha desarrollado la capacidad de responder a una diversidad de casos relacionados con salud materno infantil (DMS Chinique).
- Con el monitoreo después de la capacitación se pudo identificar las debilidades del personal de salud, y se están viendo mejoras en las técnicas debido a que la orientación puede enfocarse en las debilidades incluso durante el trabajo (DMS Sacapulas).
- El aprendizaje obtenido en la capacitación se aplica en la práctica, y está generando buenas prácticas en la prestación de servicios de salud (DMS Nebaj).

Cuadro 8: Porcentaje de ejecución de M&SV post capacitación de mejoramiento salud y nutrición materno infantil, porcentaje de aplicación de conocimiento y habilidad técnica (resultado de hasta finales de junio de 2021)

DMS	Monitoreo Cantidad planificada	Monitoreo Cantidad ejecutada	% de ejecución *	Indicador 2-1 ** % de aplicación
◆ DAS Quiché				
Canillá	27	24	88.9%	81.5%
Chicamán	68	62	91.2%	82.4%
Chiché	37	37	100.0%	94.6%
Chinique	24	24	100.0%	100.0%
Joyabaj	72	72	100.0%	100.0%
Patzité	19	19	100.0%	100.0%
SBJ	32	31	96.9 %	65.2 % (No logrado)
SPJ	43	42	97.7%	86.0%
Sacapulas	96	92	95.8%	94.8%
Uspantán	48	48	100.0%	93.8%
La Parroquia	46	45	97.8%	97.8%
La Taña	16	16	100.0%	93.8%
Total /Promedio	528	512	97.4%	90.6 %
◆ DAS Ixil				
Nebaj	90	85	94.4%	81.1%
Chajul	133	125	94.0%	85.7%
Total /Promedio	223	210	94.2%	83.4%

* Cuadro 8 Método de cálculo del porcentaje de la implementación del monitoreo: De los participantes de la capacitación, es el porcentaje de las personas que recibieron el monitoreo.

Fórmula de cálculo: $\text{Personas que recibieron el monitoreo} / (\text{personas a monitorear} - \text{jubilados}) \times 100$

Sin embargo, el promedio de DAS es el porcentaje promedio de cada DMS.

** Resultado 2, Indicador 1 Porcentaje de aplicación: El promedio de evaluación es personas con puntuación promedio de 3.0 o

más / (personas a monitorear – jubilados) × 100)

Sin embargo, el promedio de DAS es el promedio del porcentaje de DMS.

■ Capacitación sobre actividades de prevención y control de infecciones

En el mes de febrero se completó la capacitación de prevención y control de infecciones (PCI) en los 3 DMS modelo piloto (Cuadro 9: Información de la Capacitación PCI (Cascada 2)). Al igual que la Cascada 1, después de realizar el autoaprendizaje, la parte del ejercicio de PCI se llevó a cabo en trabajo grupal. La Figura 1 muestra la relación entre el porcentaje de implementación del autoaprendizaje y pre y post-examen en la capacitación. El resultado de pre y post-examen en la capacitación fue mejor en los DMS que hayan completado todo el autoaprendizaje y participaron a la capacitación. Se mencionó que una de las razones que el porcentaje de ejecución de autoaprendizaje en Chajul solo alcanzó el 49.6%, se debe a que no estaba acostumbrado con el método de capacitación que establece previo proceso de autoaprendizaje.

En cuanto al resultado del examen en la capacitación, las preguntas con respuesta correcta menos de 60% mostró una tendencia similar en los 3 DMS modelo piloto. Las preguntas con dificultades en responder fueron los siguientes:

- Los 5 pasos para una técnica correcta de lavado de manos (respuesta descriptiva)
- Escenas en las que es necesario llevar puesta la máscara de partículas finas (respuesta múltiple)
- Equipo de protección individual necesario en caso de acudir presencialmente a la casa de la embarazada con sospecha de COVID-19 (respuesta múltiple)
- Orden de colocación y retirada del equipo de protección individual (reordenar la respuesta)
- Pros y contras del control prenatal del caso confirmado de COVID-19 (embarazada) (con doble alternativa)

El M&SV se ha iniciado secuencialmente después de la capacitación PCI. Con respecto a los citados ítems donde la calificación del post-examen en la capacitación fue baja, se está haciendo el seguimiento correspondiente durante el M&SV, ese sentido, el proyecto está apoyando a dejar instalado los conocimientos y las habilidades adquiridos en la capacitación, y su aplicación en las actividades de prevención.

Cuadro 9: Información de capacitación de PCI (Cascada 2)

	Chajul	SPJ	Uspantán
	8/Dic ~ 8/Feb	30/Nov ~ 10/Dic	4 ~ 11/Dic
Porcentaje de participación	108 %	85.4 %	103.8%
Número de participantes*	108	41	54
Número de participantes a asistir	100	48	52
Profesión	Enfermero profesional, auxiliar de enfermería, técnico en salud rural, trazador de COVID-19	Enfermero profesional, educador, trazador de COVID-19	Enfermero profesional, educador, trazador de COVID-19
Pre Test (Respuestas correctas)	49.6 %	68.2 %	66.6 %
Post Test (Respuestas correctas)	74.0%	77.6 %	76.0 %

* Número de participantes/Número de participantes a asistir: incluye los facilitadores.

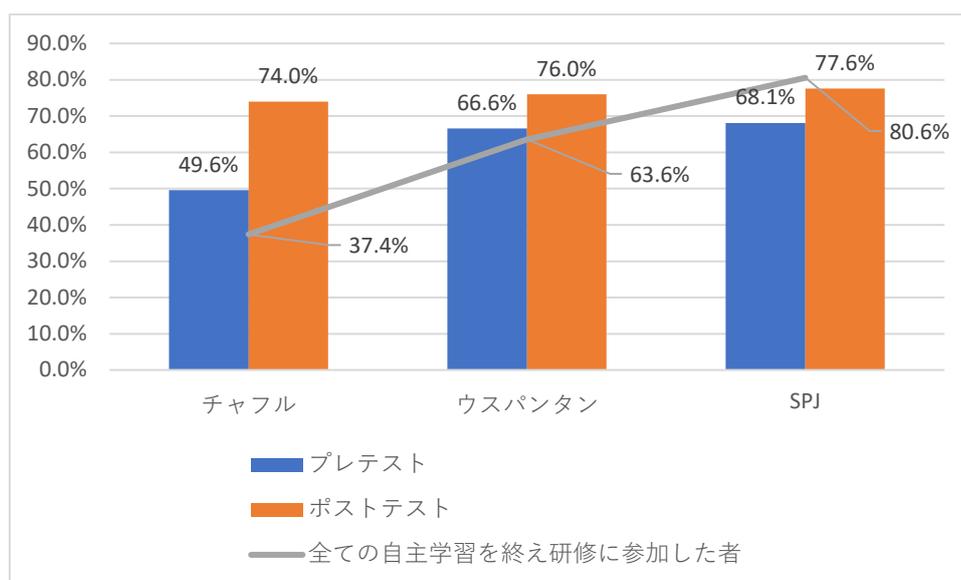


Figura 1: Relación entre el porcentaje de implementación del autoaprendizaje y lpre y post-examen en la capacitación PCI (Cascada 2)

El avance de M&SV después de la capacitación de prevención y control de infecciones (PCI) a finales de mayo de 2021 se muestra en el Cuadro 10. Los 3 DMS modelo piloto, en su totalidad alcanzaron la meta de aplicación establecida en el Indicador 1 del Resultado 2. Todos los pilotos modelo superaron el 95%, y se ha obtenido información de que los conocimientos y habilidades adquiridos en la capacitación PCI están aplicándose en el trabajo. El DMS SPJ reportó que el equipo de protección individual se está utilizando correctamente y no presenta caso de contagio en e personal de salud gracia a los conocimientos y habilidades adquiridos en la capacitación PCI. También se recibió información tanto del DMS Uspantán como del DMS Chajul, la disminución de casos de contagio a nivel del personal de salud mediante una adecuada práctica de medidas sanitarias.

Cuadro 10: Resultado de M&SV después de la Capacitación PCI (a finales de mayo de 2021)

DMS	Nº M&SV planificado	Nº M&SV ejecutado	Porcentaje de ejecución *	Indicador 1 del Resultado 2** Aplicabilidad
SPJ	44	43	97.7%	97.7%
Uspantán	54	52	96.3%	96.3%
Chajul***	98	95	96.9%	96.9%
Total	196	190	97.0%	97.0%

* Método de cálculo del porcentaje de la implementación del monitoreo: De los participantes de la capacitación, es el porcentaje de las personas que recibieron el monitoreo post capacitación.

Fórmula de cálculo: $\text{Personas que recibieron el M\&SV} / (\text{personas a monitorear} - \text{personas jubiladas/removido de cargo}) \times 100$

** Resultado 2, Indicador 1 Porcentaje de aplicación: Se observa el procedimiento basado en la hoja de monitoreo. Cada ítem de observación fue evaluado en una escala de 4 puntos (1: No pude aplicarlo en absoluto, 2: Pude aplicarlo un poco, pero no fue suficiente, 3: Pude aplicarlo casi sin problemas y 4: Pude aplicarlo sin ningún problema), y su método de cálculo es la siguiente:

Fórmula de cálculo: $\text{Personas que obtuvieron la puntuación superior a 3.0} / (\text{personas a monitorear} - \text{personas jubilados/movido de cargo}) \times 100$

*** Se está procesando los datos de mayo. El resultado de M&SV después de la Capacitación PCI del DMS Chajul corresponde

al total de hasta finales de abril.

■ Implementación de la capacitación sobre continuo cuidado en embarazo de alto riesgo

① Consejería nutricional focalizada a mujeres embarazadas con “sobrepeso/obesidad” y “delgadez”.

Hasta diciembre de 2020, se realizó la capacitación sobre método de consejería nutricional en los servicios de salud de los 3 DMS focalizados (SPJ, Uspantán y Chajul). Luego de la capacitación, se realizó la capacitación de seguimiento a enfermeros profesionales del territorio, y a partir de enero de 2021 se realizó el screening de las embarazadas focalizadas. A finales de junio de 2021, el número de personal de salud que participan en las actividades y el número de embarazadas focalizadas por DMS se detalla en el Cuadro 11.

El screening de las embarazadas focalizadas se realizan mensualmente, y esto ha llevado a la confirmación del aumento de peso continuo en cada centro de atención y a la identificación de aquellas embarazadas que deben recibir la orientación nutricional. De hecho, en la entrevista realizada a 2 embarazadas que recibieron la consejería nutricional en el SPJ comentaron que sus hábitos alimentarios han mejorado más que antes con respecto al contenido y cantidad diaria de alimentos a consumir. El registro mensual de consejería nutricional se comparte con el Proyecto, su contenido es revisado por el Proyecto para realizar su seguimiento mediante las actividades de M&SV si existiese errores o falta en el contenido de orientación.

Aunque se realizan el trabajo de screening de las embarazadas en los centros asistenciales, pero no ha podido seguir dando la correspondiente consejería. Es un desafío a seguir abordando el tema y a animar al personal de salud a tomar conciencia de la importancia de la atención continua que hay riesgos que puede prevenirse con un cuidado continuo y esperar mejorar la capacidad de autocuidado por parte de las embarazadas.

Cuadro 11: Número de persona de salud y embarazadas focalizadas (aquellas con “sobrepeso/obesidad” y “delgadez”) que participan en la actividad

DMS	Territorio focalizado	Nº de personal de salud	Nº de embarazadas focalizadas	
			Sobrepeso/Obesidad	Delgadez
SPJ	T1 (Área Urbana), T2 (Primavera), T3 (Comitancillo), T4 (Santa María)	25	57	18
Uspantán	T2 (Buena Vista, San Lucas, Quizachal, Sicaché, El Palmar), T3 (Cholá, Poblaj, Concepción), T4 (El Pinal, Chipaj, Las Pacayas), T5 (Piedra Negras, San Racan Chituj, Caracol)	34	23	9
Chajul	T6 (Visiquichum, Xolcuay, Xix, Chacalté, Juil, Batzul), T7 (Chemal)	38	6	2
Total		74	85	29

Referencia: El peso al nacer del recién nacido de las embarazadas con “sobrepeso/obesidad” y “delgadez” en SPJ.

Las mujeres embarazadas incluidas en la lista en la primera screening realizada en SPJ (febrero de 2021), también se incluyeron aquellas que dieron a luz antes de recibir la atención continua. El peso al nacer de los bebés de estas mujeres embarazadas se muestra en el siguiente Cuadro 12. Se espera que la intervención del personal de salud desde las primeras etapas del embarazo reduzca el impacto en los nacimientos. Al mismo tiempo, en cuanto a las embarazadas con “delgadez” se supone que están en una situación en la que es difícil de alimentarse lo suficientemente. Se cree que

es necesario considerar cómo apoyar a estas embarazadas y sus familias cuando es difícil de resolverlas por sí solas.

Cuadro 12: Clasificación de la evaluación nutricional de las embarazadas y recién nacido con peso bajo al nacer

Clasificación del estado nutricional en embarazadas	Nº de embarazadas	Recién nacido con peso bajo al nacer Menos de 2,500 g
Sobrepeso/Obesidad	10	1
Delgadez	4	2
Total	14	3

* La clasificación se basó en el peso al nacer y no en el peso estándar por semana de embarazo, debido a que se desconoce a las cuántas semanas fue la fecha de parto.

* No se tiene recién nacido con extremo bajo peso, recién nacido con muy bajo peso natal y recién nacido grande

② Continuo de la atención de las embarazadas con diabetes e hipertensión

Como etapa previa a la implementación de las actividades de continuo de la atención de las mujeres embarazadas, se brindó oportunidades de aprendizaje al personal de salud y se dio orientación sobre método de análisis.

La oportunidad de aprendizaje fue para todo el personal de salud de los 3 DMS focalizado, en el que se distribuyeron los materiales de autoaprendizaje para interiorizar sobre la fisiopatología de diabetes e hipertensión, valores de referencia (nivel de azúcar en sangre, presión arterial, resultado de análisis de orina que son los criterios de derivación), los cuidados a tener en cuenta para los análisis, etc., asimismo, se requirió la presentación de del examen al final.

La orientación sobre medición de nivel de glucosa en la sangre y método de análisis de orina se dio en SPJ y Uspantán el 25 de mayo y 22 de junio respectivamente, y en Chajul se dio el 9 de julio. En la orientación se practicó con los materiales donados. El screening de diabetes e hipertensión de las embarazadas se llevará a cabo secuencialmente luego de la orientación, a finales de julio, se tendrá el informe de la cantidad análisis realizados y las derivaciones de pacientes a los centros asistenciales de tercer nivel.

➤ **Actividad 3-1 “Conjuntamente con los servicios de salud del primer y segundo nivel, se realiza la capacitación sobre atención materno infantil con énfasis en nutrición a los líderes comunitarios y personal institucional.”**

■ Ejecutado (Los detalles, véase la Hoja de Monitoreo Ver. 8).

➤ **Actividad 3-2 “Conjuntamente con los servicios del primer y segundo nivel, el personal institucional de las Áreas de Salud fomenta a los líderes comunitarios a hacer actividades de promoción relacionadas a salud materno infantil con énfasis en nutrición.”**

【Actividad del período de prórroga】 Comprender y promover la comunicación de riesgos en la comunidad.

■ Implementación de encuentro de socialización de experiencias con líderes comunitarios y personal de salud

En DAS Quiché, se organizó encuentro de socialización sobre comunicación de riesgos focalizando a esos líderes, auxiliares de enfermería y técnicos de salud rural (TSR), quienes son los que realizarán las actividades de salud junto con los líderes de las comunidades prioritarias del Proyecto¹ para el período de prórroga y esos líderes.

¹ Los Líderes Comunitarios se refieren a aquellas personas que forman parte del Consejo de Salud, comadronas o pobladores forman el Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODE) y otros. Previa deliberación con el encargado de la promoción de DAS y a través del

Cuadro 13: Resultado de la implementación del encuentro de socialización de experiencias

DAS	Fecha	DMS focalizado/Comunidad	Número de participantes
Quiché	10/Jun	Uspantán/Vara de Canasco, Apuc y las Pacayas	Personal de salud encargado de la comunidad: 5 personas Líderes comunitarios: Total 11 personas (Vara de Canasco) 2 personas, (Apuc) 6 personas, (Pacayas) 3 personas

Los propósitos de este encuentro fueron la (1) socializar experiencias en respuestas a COVID-19 y desastres naturales, (2) identificar y confirmar las funciones de los líderes comunitarios sobre la comunicación de riesgos a nivel de la comunidad, y (3) consolidar la ruta de comunicación efectiva dentro de la comunidad. En el encuentro de socialización, conociendo los desafíos de la desinformación y la desconfianza hacia la vacunación en la comunidad, puntos que sobresalieron fueron que al inicio de la pandemia los líderes comunitarios de acuerdo al mandato del gobierno nacional y gobierno municipal accedieron a medidas muy drásticas para la contención del covid-19 cerrando el acceso a sus comunidades, durante la pandemia fueron disminuyendo sus acciones de prevención y actualmente han relajado sus medidas de prevención, por lo que en el intercambio de experiencia reafirmaron el papel que asume cada líder en cómo transmitir la información correctamente a los pobladores y seguir pidiendo que se vacunen y seguir tomando las medidas sanitarias de prevención.

■ Actividades de concienciación en las comunidades mediante los programas radiales.

En respuesta a la solicitud de DAS Quiché y DAS Ixil, a partir de junio se dio inicio actividades para aumentar la conciencia en la comunidad aprovechando los programas radiales de 30 minutos, con una frecuencia semanal (en DAS Ixil incluye programa televisivo de 1 hora). Son diversidad de temas que se abordan, tales como la importancia de las medidas de prevención del COVID-19, alimentación saludable para niños menores de 2 años, importancia y promoción del control de crecimiento y la vacunación, importancia de la lactancia materna exclusiva; y al mismo tiempo incluye el lenguaje maya, también se tiene espacio para comunicar con los líderes comunitarios y los pobladores haciendo llamadas telefónicas para crear programa interactivo y participativo.

➤ **Actividad 4-1 “Se realiza la verificación cuantitativa de los resultados del Proyecto.”**

➤ **Actividad 4-2 “Se presentan los resultados del Proyecto en las reuniones organizadas por el MSPAS Pública y Asistencia Social.”**

➤ **Actividad 4-3 “Se socializa y disemina entre los países vecinos de los resultados del Proyecto.”**

■ Levantamiento y análisis de las buenas prácticas y lecciones aprendidas

Con el propósito de compartir las experiencias de las actividades del proyecto con los actores involucrados del Proyecto, CP y socios cooperantes antes de su finalización, se comenzó a recopilar las buenas prácticas (los casos que se lograron los resultados esperados y son aplicables en otras regiones) y los casos de lecciones aprendidas (casos que no se lograron los resultados esperados pero que servirá como aprendizaje para las futuras acciones). Actualmente, está en pleno

mismo se convocaron a participar de este encuentro pobladores que están involucrados a la comunicación de riesgos (miembros del Consejo de Salud, comadronas, referentes del municipio, representante juvenil, Comité Local de Gestión y Reducción de Riesgo a los Desastres, referente de COCODE).

proceso de levantamiento y ordenamiento de las informaciones utilizando un mismo formato para cada uno de los temas. A fin de obtener mayor información posible de las CP se decidió hacer tipo concurso y hacer que participen también los líderes comunitarios. Entre los casos presentados se definirán los ganadores previa discusiones con la DAS, y se está planeando solicitar la presentación de sus experiencias en el seminario como parte de las actividades de finalización del proyecto.

Se seguirá considerando sobre el formato final con el afán de que esta información sean aprovechadas en el campo tanto por el MSPAS y los organismos cooperantes.

■ **Elaboración y aprovechamiento de los materiales didácticos digitales de mejoramiento nutricional**

Se elaboraron materiales didácticos en video de las políticas y experiencias de mejoramiento nutricional del Japón para socializar con el MSPAS de Guatemala y otros países. Los materiales didácticos son 3 contenidos, de entre 15 y 30 minutos, con narración (inglés y español), y su resumen se detalla a continuación. Además, en cuanto a la traducción de los materiales didácticos y la producción de materiales didácticos digitales (videos) se harán a través de la subcontratación de servicios.

Cuadro 14: Resumen de cada contenido de los materiales didácticos digitales

1. Política nutricional de Japón: Sistema e Historia	
Contenido	Explicar el marco y las características del sistema basándose en los antecedentes históricos del Japón.
Ítem	Transición de política nutricional de Japón, programa alimentario y nutricional, promoción de la política nutricional, monitoreo de salud poblacional, etc.
2. Nutrición materno infantil – Salud materno infantil: consejería nutricional para mujeres embarazadas, consejería sobre alimentación del lactante, control pediátrico de los niños, etc.	
Contenido	Presentar las iniciativas relacionadas con la nutrición en los proyectos de apoyo a salud materno infantil (embarazo, parto y crianza) de Japón.
Ítem	Medidas gubernamentales, orientación alimentaria y apoyo en el control prenatal (grupal/individual), orientación alimentaria y apoyo en el control de salud infantil (grupal/individual), presentaciones de buenas prácticas (1. Embarazada: clase para Madre, clases para Madre y Padre; 2. Madres: clase de alimentación del lactante).
3. Actividades de nutrición en el nivel local: Guía de equilibrio alimentario, educación alimentaria y nutricional, almuerzo escolar, formación y actividades de los promotores en mejoramiento de hábitos alimentarios, etc.	
Contenido	Explicar la base de las acciones públicas para la alimentación saludable y presentar los casos exitosos.
Ítem	Base de las acciones públicas para la alimentación saludable (comunidad, instituciones educativas, etc.), herramientas utilizadas en las acciones públicas para la alimentación saludable, almuerzo escolar, promotores en mejoramiento de hábitos alimentarios, presentación de buenas prácticas (1. Educación alimentaria y nutricional en las escuelas; 2. Acciones para alimentación saludable realizada por nutricionistas; 3. Acciones para alimentación saludable realizada por los promotores en mejoramiento de hábitos alimentarios).

Se está analizando los siguientes métodos utilización:

- Presentación a los principales CP como DAS y el personal de salud de primer y segundo nivel y apoyo para la aplicación a las actividades.
 - Considerar la posibilidad de que los socios cooperantes suban el video utilizando el sistema de recopilación/socialización de información que utiliza los teléfonos inteligentes.
 - Es necesario idear con la CP obligar a que vean el material por ejemplo en el proceso de la etapa de autoaprendizaje, para evitar que el personal de salud dejen de ver si se deja a la libertad de cada uno.

- Presentación MSPAS
- Presentación y deliberación en las reuniones de los donantes relacionados con la nutrición (planificación incluyendo la futura articulación aplicando en tipo taller).
- Presentación y deliberación en el Comité Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional (COMSAN, en el que participan actores involucrados como Ministerio de Agricultura y Ganadería, Ministerio de Educación, ONG y otros) e implementación de apoyo para la formulación de planes de estudio de actividades.
- Utilización en las actividades de la consultora local.
- Consideración sobre el uso (el análisis de su uso incluye equipos audiovisuales y explicaciones complementarias) en la comunidad (líderes, pobladores, mujeres embarazadas, madres, etc.)

En el mes de junio de 2021, mediante la coordinación de SIAS del MSPAS y SIAS vio los materiales didácticos utilizando el sistema de teleconferencias junto con el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional del MSPAS, Departamento de Salud Reproductiva y el Programa de Salud Integral a la Niñez. También, al término de cada contenido del material, se recabó opiniones utilizando la encuesta con Formulario de Google. Dado que la participación fue el MSPAS nivel central, se notó un alto nivel de interés en las políticas y las medidas presentadas, también en la necesidad de actividades educativas y sensibilización sobre la alimentación saludable, y el contenido relacional con el almuerzo escolar.

En la reunión con el DAS Ixil realizada en el mismo mes, también se mostró uno de los materiales. Tanto con DAS Quiché como DAS Ixil se compartió el material didáctico (YouTube) y el enlace de la encuesta con Formulario de Google, solicitando a que vean y respondan la encuesta. En base a los resultados de la encuesta, en el seminario de cierre del Proyecto, se planea dar la explicación detallada del contenido solicitado en la respuesta al cuestionario de la encuesta mientras vemos los materiales didácticos.

1-3 Logro de Resultados

■ Hoja de Monitoreo del Proyecto PM Form 3-2 (Anexo)

Los resultados casi se lograron a finales de 2019. Desde 2020, a consecuencia de COVID-19 ha dificultado la prestación de servicios habituales, se han agregado e implementado actividades para brindar servicios seguros y confiables a los pobladores y usuarios de los servicios con el fin de mantener los resultados logrados, como mejora en la capacidad de los servicios de salud para responder en caso de una emergencia o una epidemia de enfermedades infecciosas.

En lo que respecta a la aplicación de los conocimientos y habilidades posterior a la capacitación en mejoramiento de salud y nutrición materno infantil (Indicador 1 del Resultado 2), según el monitoreo en DAS Quiché se visualiza una mejora de 5.9 puntos comparando con la Hoja de Monitoreo Ver .9, con un porcentaje de 90.6% (indicador logrado en el momento de Ver. 7); y por el otro lado, la DAS Ixil mejoró 1.3 puntos y el porcentaje de aplicación alcanzó 83.4% (indicador logrado).

Y en cuanto a las actividades de M&SV del Resultado 1 y las actividades comunitarias del Resulta 3, el M&SV integrado y las actividades comunitarias con enfoque en salud y nutrición materno infantil sobre factores de alto riesgo y la asistencia de emergencias han disminuido debido a que se centraron en la prevención de COVID-19 y la

vacunación.

1-4 Logro de Propósito del Proyecto

■ Hoja de Monitoreo del Proyecto PM Form 3-2 (Anexo)

El Propósito del Proyecto casi se logró a finales de 2019. El año 2020, a consecuencia de COVID-19, hubo preocupación en la caída de la meta establecida en el indicador de prestación de servicio que es el Propósito del Proyecto. Por ello, a fin de mantener el indicador en cuestión, se llevaron a cabo actividades adicionales para fortalecer la capacidad de atención de servicio de salud en caso de emergencia o epidemia de enfermedades infecciosas. Es necesario continuar brindando servicio seguros y de confianza, asegurar los recursos humanos que asegure brindar suficiente servicio, y superar los malentendidos y restaurar la confianza de los pobladores.

■ Evaluación del Proyecto según el punto de vista de los 6 criterios aplicados en la evaluación del CAD

La evaluación del Proyecto en función a la evaluación de 6 criterios de CAD es cuanto sigue:

Relevancia: Alta.

No presenta cambios en la coherencia con las líneas establecidas en la política de desarrollo, programas de altos niveles y las necesidades del país beneficiario; asimismo el Proyecto se ajusta a los temas y áreas prioritarias establecidos en el “Plan Nacional de Desarrollo: "K'atun, Nuestra Guatemala 2032", Política General de Gobierno” y “Gran Cruzada Nacional por la Nutrición”. Además, la prioridad del Gobierno de Guatemala y el Proyecto es la misma, en el sentido de continuar trabajando por los servicios de salud seguro y confiable para hacer frente a la pandemia de COVID-19, una crisis sanitaria que nos afecta de manera global. Asimismo, no hay cambios en términos de coherencia con la política de cooperación del Japón para con Guatemala.

Coherencia: Alta.

No hay cambios en términos de coherencia con la política de cooperación del Japón para con Guatemala, tampoco en el sentido de que contribuye al apoyo a las medidas para hacer frente al COVID-19 que el mundo se ha visto afectada.

Efectividad: Es difícil de determinar debido a la a la ocurrencia de los factores externos, pero existe la posibilidad de generar.

El Propósito del Proyecto del plan original del mismo casi se ha logrado la meta del indicador correspondiente al año 2019, que es la línea final. Sin embargo, el 2020 fue un año difícil de seguir brindando normalmente los servicios de salud debido a los factores externos al proyecto (ocurrencia de desastres naturales graves, epidemia de enfermedades infecciosas que propagan la desnutrición crónica) como la crisis sanitaria a causa de COVID-19, y las interrupciones de tránsito en las carreteras causadas por las inundaciones y deslizamiento de tierra causados por huracanes tropicales. Con el propósito de mantener los logros de las metas y apoyar el logro de la Meta Superior, el Proyecto ha extendido su período por 1 año y 4 meses, y está llevando a cabo actividades modelo piloto para fortalecer capacidades en los servicios de salud que permita responder en caso de emergencia o situación epidemiológica. Debido a la prolongada situación epidemiológica de COVID-19 a que atraviesa, la recuperación en corto tiempo se encuentra en

tanto difícil, pero el personal de salud con capacidades fortalecidas están batallando en el campo, lo cual se espera que sus desempeños vayan reflejando gradualmente en varios de los indicadores.

Impacto: A pesar de los efectos negativos debido a la ocurrencia de los factores externos, existe la posibilidad de generar.

La Meta Superior del Proyecto establecido originalmente establecía indicadores con metas para alcanzar en el 2023, no obstante, muchos ya habían logrado a finales de 2019, es decir, seis meses antes de la finalización del Proyecto. También se observó expansión de las actividades del Proyecto en los DMS no focalizados de las 2 DAS, como la utilización de las herramientas y los materiales didácticos desarrollados en el marco del proyecto, a través de las DAS focalizadas. Se espera recuperar la prestación de servicios, a través de las actividades modelo piloto que busca mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud en caso de una emergencia o situación epidemiológica que se aborda en este período de prórroga. Por otra parte, como resultado de las actividades de comunicación de riesgos del proyecto relacionado con la construcción de relaciones de confianza con la población y la comunidad, proveer o socializar información precisa, se está logrando la comprensión mutua de los pobladores de la comunidad intervenida. Si esto continúa y se expanda, la posibilidad de mejorar el cumplimiento de los indicadores de los resultados será muy alta.

Las actividades y los resultados esperados del período de prórroga también fueron socializados con la Dirección de Servicio de Atención Integral del MSPAS hasta 2019, lo que se espera la difusión de los materiales didácticos e instrumentos elaborados en el marco del proyecto y la expansión de las experiencias en otras regiones.

Eficiencia: Es difícil de determinar debido a la a la ocurrencia de los factores externos, pero existe la posibilidad de generar.

Los resultados esperados del Proyecto establecido inicialmente, las metas de sus indicadores muchas ya habían logrado a finales de 2019, que es la línea final. En cuanto a las actividades del período de prórroga, si bien la pandemia de COVID-19 se ha prolongado y el MSPAS ha emitido instrucciones para priorizar la vacunación contra COVID-19, puede llevar algún tiempo coordinar las actividades, pero las actividades planificadas se han implementado.

Sostenibilidad: Es difícil de determinar debido a la a la ocurrencia de los factores externos, pero existe la posibilidad de generar.

【Política - Institucional】 Como se menciona en la Pertinencia con la “Gran Cruzada Nacional por la Nutrición” hay expectativa de que continúe las iniciativas para mejorar la nutrición de las mujeres embarazadas y de los niños.

【Organizacional】 Después de la capacitación impartida por el Proyecto, se pudo observar casos que los facilitadores formados realizan capacitación a los nuevos personales incorporados en el DMS con sus propios recursos e iniciativas, lo cual se puede entender que se tiene estructura organizacional para continuar con la formación de recursos humanos. Con el aumento de las tareas relacionados con la atención de COVID-19 y la incorporación de más recursos humanos se espera que se brinde servicio semejante que se brindaban antes de la crisis sanitaria causada por COVID-19.

【Técnico】 El hecho de que los materiales didácticos desarrollados en el marco del Proyecto hayan sido aprobados por el MSPAS y que se tenga sistema educativo existente dentro de la institución CP, son

fortalezas que conducirá al uso continuo de los materiales didácticos y el mantenimiento de las habilidades técnicas necesarias. Los enfermeros profesionales y los auxiliares de enfermería que prestan principalmente los servicios de salud y nutrición materno infantil reciben poca formación en nutrición en la carrera académica. Con tan sola educación en servicio, es difícil en términos de tiempo cubrir y fortalecer completamente sus contenidos afines, lo que significa la necesidad de incluir el tema nutrición en la malla curricular de la formación del personal de salud.

【 Financiero 】 En cuanto al aseguramiento de los recursos financieros necesarios para la capacitación/formación de recursos humanos y la disponibilidad de los materiales didácticos, a nivel de MSPAS aún no se tiene suficientes perspectivas. Con la finalidad de asegurar la continuidad de las actividades del proyecto y el presupuesto disponible para la misma, se está considerando la integración de las actividades y presupuestos necesarios para alcanzar la Meta Superior del Proyecto en lo que respecta al plan operativo anual de DAS y DMS.

【 Social y Cultural 】 Se ha confirmado en el área de influencia del Proyecto, la negativa a utilizar los servicios de salud en algunas mujeres embarazadas debido a la difusión de información falsa por parte de los mismos pobladores (contagio y muerte por COVID-19 en los centros asistenciales del MSPAS, los diversos efectos nocivos de la vacunación). Para abordar este problema, confirmaron que los líderes comunitarios tienen la función de comunicar la información correcta, y como resultado de la actividad de comunicación de riesgo, se está logrando la comprensión de los pobladores y el entendimiento común con el MSPAS. Fomentar la participación de los líderes comunitarios es fundamental para la transmisión de información correcta y la concienciación,

1-5 Cambios de Riesgos y Acciones para la Mitigación

■ Prioridad para el tema COVID-19

Desde el marzo de 2020, el MSPAS ha continuado posicionando el tema COVID-19 como asunto prioritario, a la par del servicio de control prenatal y monitoreo de desarrollo y crecimiento de los niños. El Proyecto al mismo tiempo que apoya el fortalecimiento de las actividades de prevención dentro de los servicios que brindan el personal de salud, también sigue con las actividades de sensibilización, como la comunicación con los líderes comunitarios y brindar informaciones precisas y adecuadas a la población.

En el mes de febrero de 2021, SIAS notificó a cada DAS que a partir de 1° de marzo no permitirá ninguna capacitación debido a la concentración en la labor de vacunación contra COVID-19. Ante esta situación, dado que el Proyecto estaba planificando la capacitación en gestión de riesgo, al hacer la coordinación previa con SIAS, se ha logrado su ejecución sin mayores inconvenientes.

■ Sistema de trabajo y Trabajo a distancia

Con la pandemia de COVID-19 prolongada, el sistema de trabajo continúa a través de la comunicación a distancia entre los expertos japoneses y la CP, la consultora local realiza y promueve las actividades en el campo junto con la CP, asimismo acompañan las actividades de la CP. Asimismo, a partir de septiembre de 2020, los equipos técnicos de ambas DAS y los DMS modelo piloto continúan las reuniones mensuales a distancia, en la que se comparte y se discute

el avance, dificultades y planes del proyecto. Esta reunión es considerada como una reunión alternativa del Comité Operativo, que está previsto su organización cada tres meses.

También con SIAS que es la instancia de coordinación entre MSPAS y el Proyecto, se llevan a cabo las reuniones a distancia para compartir y discutir el avance del proyecto, sus desafíos y planes, según corresponda.

A partir de febrero de 2021, con la reanudación del viaje de los expertos japoneses, cuando se viaja las reuniones con SIAS y DAS se hacen presenciales. Especialmente con el SIAS, las reuniones son periódicas para que se pueda lograr la socialización de información y deliberación que contribuya al mutuo entendimiento, teniendo en cuenta la sostenibilidad de las actividades después de la finalización del proyecto.

1-6 Progreso de las Acciones Emprendidas por JICA

Ninguno.

1-7 Progreso de las Acciones Emprendidas por el Gobierno de Guatemala

Ninguno.

1-8 Progreso de las Consideraciones Ambientales y Sociales

Ninguno.

1-9 Progreso de las Consideraciones sobre Género / Consolidación de la Paz / Reducción de Pobreza

Ninguna.

1-10 Otros Asuntos Notables / Considerables / Relacionados que afectan al Proyecto (por ejemplo, ONG, tales como otros proyectos de la JICA, actividades de la contraparte, otros organismos cooperantes, sector privado, ONG)

- Proyecto “Atención Primaria de Salud y Nutrición” financiado por la Unión Europea (UE) y desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

El día 26 de abril, el MSPAS anunció el Proyecto “Atención Primaria de Salud y Nutrición” de cuatro años de duración, que el financiamiento de 20 millones de euros de la Unión Europea (UE), que se desarrollará en cooperación con Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). El proyecto abarca 22 municipios priorizados de los 3 departamentos que son Quiché, Chiquimula y Huehuetenango.

2 Retraso del Cronograma de Trabajo y/o Problemas (si hubiere)

Ninguno.

3 Modificación del Plan de Implementación del Proyecto

3-1 PO

Ninguna.

3-2 Otras modificaciones sobre la Implementación del Proyecto Detallada

Ninguna.

4 Preparación del Gobierno de Guatemala hacia después de la finalización del Proyecto

Ninguna discusión hasta el momento.

Fin.

II. Hoja de Monitoreo del Proyecto PM Form 3-1, 3-2 (Adjunto)

Hoja de Monitoreo del Proyecto I (Matriz de Diseño del Proyecto)

Título de Proyecto: Proyecto de Mejoramiento de Salud y Nutrición Materno Infantil en la República de Guatemala

Agencia de Implementación: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Grupo meta: Personal del Área de Salud incluyendo a los médicos, que trabajan en el Departamento del Quiché, y sus comunidades.

Período de Proyecto: Junio, 2016 ~ Marzo, 2021 (4 años y 9 meses)

Sitio del Proyecto: Los 10 municipios del Área de Salud de El Quiché del Departamento de El Quiché

Versión: 10 (Dirección de Área de Salud de Quiché)

Fecha: 7 de julio, 2021

Sumario Narrativo	Indicadores Objetivamente Verificables	Medios de Verificación	Supuestos Importantes	Logros	Observación
Meta Superior					
Mejorar la salud nutricional de las mujeres embarazadas y los niños menores de 5 años en el Departamento de El Quiché.	<p>1. Disminuir la razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos de 120, promedio de 5 años anteriores, a 96 en 2023.</p> <p>2. Evidenciar la continuidad la tasa de mortalidad de neonatos, de 4.5 por 1,000 nacidos vivos en 2023.</p> <p>3. Evidenciar la continuidad la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años, en 3.6 por cada 1,000 niños menores de 5 años en 2023.</p> <p>4. Disminuir el porcentaje de los nacidos con bajo peso del 36.5% en 2016 al 26.5% en 2023.</p> <p>5. Disminuir el porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica del 46.0% en 2016 al 36.0% en 2023.</p>	<p>· Datos de SIGSA1, 2. · Datos de INE</p> <p>· Datos de SIGSA1, 2. · Datos de INE</p> <p>· Datos de SIGSA1, 2. · Datos de INE</p> <p>· SIGSA 5C Anexo SAN</p> <p>· SIGSA 5C Anexo SAN</p>	<p>· No ocurren desastres naturales graves ni las enfermedades infecciosas que puedan causar el aumento de la tasa de desnutrición crónica.</p> <p>· Se mantiene el acceso al agua para consumo humano y condiciones de salubridad al menos en las condiciones actuales.</p> <p>· Se continúa el programa de apoyo de alimentos.</p>	<p>Los resultados de los indicadores 1 a 5 en toda la Dirección de Área de Salud de enero a mayo de 2021 son los siguientes. Las cifras entre paréntesis son los valores del índice para el período de enero a noviembre de 2020 para la comparación.</p> <p>1. Tasa de mortalidad materna: 47.0* (106: son casos reportados e incluye casos no analizada)</p> <p>2. Tasa de mortalidad de recién nacidos: 2.7* (4.4)</p> <p>3. Tasa de mortalidad infantil menor a 5 años: N/A (N/A)</p> <p>4. % de nacidos con bajo peso al nacer: 0.45% (1.47%)</p> <p>5. % de niños menores de 5 años con desnutrición crónica: 11.4%* (22.9%)</p> <p>* Es un valor bajo en comparación con los anuales, dado que el Denominador es un valor fijo. (Se estima que los datos anuales serán aproximadamente 3 veces mayores que estos datos.)</p>	<p>El indicador en general es casi igual que el año pasado.</p> <p>No se puede calcular, debido a que no hay datos disponibles de mortalidad de niños menores de 5 años.</p>

Propósito del Proyecto					
<p>Mejorar la atención de salud y nutrición materno infantil apegada a la norma de atención integral para las mujeres embarazadas y los niños menores de 2 años en 12 municipios en el Departamento de El Quiché.</p>	<p>1. Aumentar el porcentaje de mujeres que recibieron control prenatal conforme a la norma: a. Con 1er control antes de las 12 semanas del 32.7% en el 2015 al 48.7% en 2019. b. Con 4 controles prenatales mínimos del 28.9% en el 2015 al 32.0% en 2019.</p> <p>2. Aumentar el porcentaje de partos institucionales (partos atendidos por profesionales de salud) del 22.6% en el 2015 al 30% en 2019.</p> <p>3. Aumentar el porcentaje de vacunación útil: a. OPV3: 82.3% en el 2015 al 86.0% en el 2019. b. PENTA: 76.9% en el 2015 al 85.0% en el 2019. c. BCG: 86.9% en el 2015 al 93.0% en el 2019.</p> <p>4. De acuerdo con la normativa, el porcentaje de niños: a. menores de 1 año que inicia monitoreo de crecimiento y desarrollo, aumentar del 43% en 2015 al 53% en 2019. b. de 1 a 2 años que inicia el monitoreo de crecimiento y desarrollo, aumentar del 42% en 2015 al 52% en 2019.</p> <p>5. Aumentar el porcentaje de niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva del 29.3% en 2016 al 39.3% en 2019.</p> <p>6. Aumentar el porcentaje de niños de 6 meses que inician alimentación complementaria del 17.8% en 2016 al 27.8% en 2019.</p> <p>7. Aumentar: a. de 12.3% en 2017 a 30% en 2019 de mujeres embarazadas con ganancia de peso en el cuarto control según lo establecido en la norma (CMB) (en caso del primer control antes de las 12 semanas). b. de 17.8% en 2017 a 30% en 2019 de mujeres embarazadas con ganancia de peso en el cuarto control según lo establecido en la norma (IMC)</p>	<p>· SIGSA 3CS/3PS</p> <p>· SIGSA 3CS/3PS</p> <p>· SIGSA 5C</p> <p>· -SIGSA 5A</p> <p>· Cuaderno 5A</p> <p>· Cuaderno 5A</p> <p>· SIGSA 3CS/3PS</p>	<p>· El tema de salud materno infantil con enfoque en nutrición sigue siendo la línea prioritaria para el Gobierno de Guatemala.</p>	<p>Los resultados de los Distritos Municipal de Salud en los indicadores 1 a 8 de enero a mayo de 2021 son los siguientes. Se manera tentativa se utilizó los datos para 2020, debido a que no se dispone de información poblacional que es el Denominador para el cálculos de los indicadores 1 y 2. Las cifras entre paréntesis son los valores del índice para el período de enero a noviembre de 2020 para la comparación.</p> <p>1a. % de mujeres embarazadas con 1er control prenatal: 11.2%* (19.2%) 1b. % de mujeres embarazadas con 4 controles prenatales: 11.0%* (22.8%) 2. % de partos institucionales: 14.2% (26.6%) 3. % de vacunación útil OPV 3: 30.8%* (73.5%) PENTA: 33.6% (80.9%) BCG: 31.4% (80.7%) 4. Monitoreo del crecimiento a. Menor de 1 año: 48.8%* (61.0%) b. Niño de 1-2 años: 24.9%* (27.9%) 5. Lactancia materna exclusiva: 27.9% (100%) 6. Alimentación complementaria: 26.5%* (39.0%) 7. Ganancia de peso de las mujeres embarazadas a. AMC : 14.4% (17.6%) b. BMI : 32.0% (20.4%) 8. Atención posparto a. 24-48 horas: 20.2% (24.2%) b. 48 horas-42 días: 27.5% (36.7%)</p> <p>*: Es un valor bajo en comparación con los anuales, dado que el Denominador es un valor fijo. (Se estima que los datos anuales serán aproximadamente 3 veces mayores que estos datos.)</p>	<p>Los indicadores de servicio de salud materno infantil se observan valores similares que el año pasado o se está recuperando ligeramente. El MSPAS trabaja para concienciar sobre la prevención y vacunación de COVID-19, no obstante, se presume que las embarazadas y los pobladores todavía temen en contagiarse con la COVID-19, y sumado a la desconfianza en la vacunación, se abstienen de realizar los controles médicos en los centros asistenciales públicos (Fuente: información obtenida de la entrevista al personal de salud).</p>

	8. Aumentar el porcentaje de mujeres que recibieron atención post-parto conforme a la norma: a. 24-48 horas: del 26% en 2015 al 38% en 2019. b. 48 horas hasta 42 días: del 37.6% en 2015 al 57.6% en 2019.	· SIGSA 3CS/3PS			
Resultados					
1. Se aumenta la capacidad de gestión de los servicios de salud con atención nutricional materno infantil en el Área de Salud de Quiché.	1-1. Lograr que el 80% del personal de salud esté capacitado sobre gestión de servicios de salud (supervisión facilitadora).	· Guía de Monitoreo por programas (Informe de Comité de Análisis Técnico, SIGSA 4,6, BRES (Balance de requisición, envío de suministros))	Se mantiene la política de salud del Gobierno de Guatemala.	1. Logrado	
	1-2. Cumplir con 12 actividades de monitoreo al año en los Distritos Municipales de Salud.	· Guía de Monitoreo por programas (Informe de Comité de Análisis Técnico, SIGSA 4,6, BRES (Balance de requisición, envío de suministros))		2. Las actividades de monitoreo y supervisión en Distrito Municipal de Salud por parte de la Dirección de Área de Salud de enero a junio de 2021 se centró en la vacunación contra COVID-19 siguiendo las directivas del MSPAS.	No se pudieron implementar las actividades de monitoreo y supervisión integrado debido a la pandemia de COVID-19 que aumentó la labor para responder al tema pandemia del COVID-19 y la realización de las actividades de monitoreo especializado en la vacunación contra COVID-19 establecida por el MSPAS.
2. Se incrementa la capacidad de la atención nutricional materno infantil en los servicios de salud en el primero y segundo nivel en coordinación con los servicios del tercer nivel.	2-1. Aumentar el 70% de conocimientos y aplicación de las normas y protocolos, posterior a la capacitación del personal de salud del primer y segundo nivel de atención	- Plantilla de asistencia - Resultado de pre y post-examen en la capacitación. - Lista de chequeo elaborado por el Proyecto.		2-1. Hasta el fin de junio de 2021, el porcentaje de aplicación en servicio y duración la atención* de las normas y protocolos en 12 DMS del monitoreo del 97.4%, se confirmó la aplicación del 90.6% (Dentro de 528 personas a monitorear, 512 monitoreadas y 481 aplicadas. El porcentaje es el promedio de el porcentaje de Distritos municipales de salud).	El monitoreo se realizó a pesar de que las labores aumentaron debido a la atención al tema COVID-19.
				* Se realiza la observación de habilidades técnicas en base al instrumento de monitoreo después de la capacitación de salud y nutrición materno infantil. Cada ítem de observación fue evaluado en una escala de 4 puntos (1: No pude aplicarlo en absoluto, 2: Pude aplicarlo un poco, pero no fue suficiente, 3: Pude aplicarlo casi sin problemas y 4: Pude aplicarlo sin ningún problema). El método de cálculo de este indicador es el siguiente: Denominador: número de personas a monitorear (* excepto las personas inhabilitadas y remediadas)	

			juonauas y removiuas). Numerador: número de personas con un promedio de 3.0 o más de observación del procedimiento a lo largo del instrumento de monitoreo.	
	2-2. Aumentar en un 20% la consejería institucional sobre salud y nutrición materno infantil, tanto en las consultas prenatales como en las de postparto.	<ul style="list-style-type: none"> • SIGSA 3CS/3PS • Tabulación de IEC (Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional - PROSAN) 	2-2. Resultado de enero a mayo de 2021. Las cifras entre paréntesis son los valores del índice para el período de enero a noviembre de 2020 para la comparación. 3.7% (7.4%)	
	2-3. Cumplir con el 100 % de referencia y contra referencia de casos detectados de niños con desnutrición aguda severa.	<ul style="list-style-type: none"> • SIGSA6 • Boletas de referencia y contra referencia 	<p>2-3. Resultado de enero a mayo de 2021. Las cifras entre paréntesis son los valores del índice para el período de enero a noviembre de 2020 para la comparación. Referencia: 100% (100%) Contrareferencia: 0% (0%).</p> <p>El total de los casos obligatorios a referir según normas y protocolos del MSPAS, hasta el fin de mayo de 2021 es 3 casos (3 en Canillá) (1 caso en el período de enero a noviembre de 2020 (1 en DMS de San Pedro Jocopilas)</p>	Es posible que no haya detectado casos graves de desnutrición aguda por posible resistencia de los pobladores de recibir la asistencia por el temor a contagio de COVID-19 y por ende a sea limitada la visita del personal de salud a la comunidad y al hogar de personal de salud. En los DMS de Chicamán, Chiché, Joyabaj, Sacapulas, San Pedro Jocopilas, San Bartolomé Jocotenango y Uspantán se detectaron casos graves de niños con desnutrición aguda (que no fueron referidos).
3. Se aumenta la participación de los líderes comunitarios* para la implementación del Modelo de Salud en la realización de las actividades comunitarias sobre salud materno infantil y nutrición.	3-1. Lograr al año, que como mínimo en una asamblea comunitaria (los líderes comunitarios y el personal institucional) realicen promoción en salud y nutrición enfocada en el grupo materno infantil.	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte mensual de Actividades • SIGSA6 (Comisión de Salud) • Agenda y Actas de asamblea 	3-1. El personal de salud de 16 comunidades ha promovido el cumplimiento de las medidas necesarias para prevenir el contagio de COVID-19 y la vacunación.	El personal de salud realiza actividades educativas para los líderes comunitarios y los habitantes sobre el control de infección de COVID-19 y vacunación.
	3-2. Lograr la implementación en un 60% del total de comunidades las actividades organizativas comunitarias con enfoque en salud materno infantil y nutrición sobre factores de alto riesgo y la asistencia de emergencias.	<ul style="list-style-type: none"> • Informes del Proyecto. • Formato de charlas, visitas domiciliarias y consejerías. 	3-2. 39.5% (15/38) de las comunidades priorizadas por el proyecto han promovido las actividades de organización comunitaria sobre alto riesgo de salud y nutrición materno infantil, y apoyo de emergencia.	
4. El resultado de las actividades del Proyecto se socializa en la ejecución de la línea estratégica del MSPAS, y se transmite externamente.	4-1. Compartir los resultados del Proyecto en las reuniones organizadas por el MSPAS.	Informes del Proyecto.	Se está recopilando y ordenando la información sobre buenas prácticas y lecciones aprendidas del Proyecto.	

Actividades	Insumos		Supuestos Importantes
	La Parte Japonesa	La Parte Guatemalteca	
<p>0-0. Se realiza un análisis de la situación existente en base a la revisión del Proyecto anterior y el estudio de línea base y material didáctico, entre otros y se establecen indicadores.</p> <p>1-1. Se realizan periódicamente el monitoreo y la supervisión de los servicios de salud materno infantil con énfasis en nutrición en los servicios de salud del primer y segundo nivel.</p> <p>1-2. Se retroalimenta el resultado del análisis de los comités de muerte materna y muerte por desnutrición aguda en menores de 5 años con todos los servicios de salud.</p> <p>2-1. Se hace adaptación al idioma local y reproducción del material didáctico validado.</p> <p>2-2. Se instalan equipos antropométricos y médicos básicos para la mejora de los servicios de salud y nutrición materno infantil en los servicios de salud del primer y segundo nivel.</p> <p>2-3. Se realizan las capacitaciones al personal de los tres niveles de atención en Salud sobre la atención materno infantil con énfasis en nutrición.</p> <p>2-4. Se monitorea y evalúa la aplicación de los conocimientos adquiridos después de la capacitación.</p> <p>2-5. Se brinda plan educacional para una nutrición adecuada (Caloría y Proteína) durante el embarazo de acuerdo con el estado nutricional por medio del Índice de Masa Corporal.</p>	<p>1. Envío de expertos Asesor/Salud comunitaria, Salud Materno Infantil, Mejoramiento de Nutrición, Promoción de Salud y Participación Comunitaria, Coordinador/Planificación de Capacitación</p> <p>2. Gastos necesarios para la realización de la capacitación local entre otros.</p> <p>3. Aceptación de becarios para la capacitación en Japón o en un tercer país.</p> <p>4. Equipos necesarios.</p>	<p>1. Asignación de contraparte.</p> <p>2. Ofrecimiento del espacio físico de oficina a los expertos de JICA en las Áreas de Salud.</p>	<p>• El personal capacitado no son removido de su puesto.</p>
			<p>Condiciones Previas</p>
			<p>• El Gobierno acepta y apoya el proyecto.</p> <div style="text-align: center;">  <p><Tareas y Contramedidas></p> </div>
<p>3-1. Conjuntamente con los servicios de Salud del primer y segundo nivel, se realizan la</p>			

capacitación sobre atención materno infantil con énfasis en nutrición a los líderes comunitarios* y personal institucional.

3-2. Conjuntamente con los servicios del primer y segundo nivel, el personal institucional de las Áreas de Salud fomenta a los líderes comunitarios el hacer actividades de promoción relacionadas a la salud materno infantil con énfasis en nutrición.

3-3. A través de la reunión periódica, los líderes comunitarios presentan los resultados de sus actividades comunitarias.

*Comité de salud, Líderes religiosos, COCODEs, Promotores de salud, Comadronas, Sociedad civil, Etc..

4-1. Se realiza la verificación cuantitativa de los resultados del Proyecto.

4-2. Se presentan los resultados del Proyecto en las reuniones organizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

4-3. Se socializa y disemina entre los países vecinos de los resultados del Proyecto.

Hoja de Monitoreo del Proyecto I (Matriz de Diseño del Proyecto)

Título de Proyecto: Proyecto de Mejoramiento de Salud y Nutrición Materno Infantil en la República de Guatemala

Agencia de Implementación: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Grupo meta: Personal del Área de Salud incluyendo a los médicos, que trabajan en el Departamento del Quiché, y sus comunidades.

Período de Proyecto: Junio, 2016 ~ Marzo, 2021 (4 años y 9 meses)

Sitio del Proyecto: Los 2 municipios del Área de Salud de Ixil del Departamento de El Quiché

Versión: 10 (Dirección de Área de Salud de Ixil)

Fecha: 7 de julio, 2021

Sumario Narrativo	Indicadores Objetivamente Verificables	Medios de Verificación	Supuestos Importantes	Logros	Observación
Meta Superior					
Mejorar la salud nutricional de las mujeres embarazadas y los niños menores de 5 años en el Departamento de El Quiché.	1. Disminuir la razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos de 285 en 2016 a 142 en 2023. 2. Disminuir la tasa de mortalidad de neonatos del 36.4 en 2016 al 30.4 en 2023 por cada 1,000 nacidos vivos en el Área de Salud de Ixil. 3. Disminuir la tasa de mortalidad de niños de 29 días a menores de 5 años del 3.8 en 2016 al 3.0 en 2023 por cada 1,000 niños de 29 días a 4. Disminuir el porcentaje de los nacidos con bajo peso del 19% en 2017 a un 12% en 2023. 5. Disminuir el porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica del 47% en 2016 al 40% en 2023.	· SIGSA1, 2. · SIGSA1, 2. · SIGSA1, 2. · SIGSA1, 2. · SIGSA1, 2.	· No ocurren desastres naturales graves ni las enfermedades infecciosas que puedan causar el aumento de la tasa de desnutrición crónica. · Se mantiene el acceso al agua para consumo humano y condiciones de salubridad al menos en las condiciones actuales. · Se continua el programa de apoyo de alimentos.	Los resultados de los indicadores 1 a 5 en toda la Dirección de Área de Salud de enero a mayo de 2021 son los siguientes. Las cifras entre paréntesis son los valores del índice para el período del enero al noviembre de 2020 para la comparación. 1. Tasa de mortalidad materna: 365.9 (186.2) 2. Tasa de mortalidad de recién nacidos: 20.1* (22.1) 3. Tasa de mortalidad infantil menor a 5 años: 0* (0.81) 4. % de nacidos con bajo peso al nacer: 3.0% (3.6%) 5. % de niños menores de 5 años con desnutrición crónica: N/A (a finales de mayo se confirmaron 2,960 (población correspondiente 14.6%) (56.9%)	Es necesario fortalecer aún más las actividades para lograr la meta de disminuir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años.
Propósito del Proyecto					
Mejorar la atención de salud y nutrición materno infantil apegada a la norma de atención integral para las mujeres embarazadas y los niños menores de 2 años en 12 municipios en el Departamento de El Quiché.	1. Aumentar el porcentaje de mujeres que recibieron control prenatal conforme a la norma: a. Con 1er control antes de las 12 semanas del 28% en el 2015 al 38% en 2019. 2. Aumentar el porcentaje de partos institucionales (partos atendidos por profesionales de salud) del 44% en el 2015 al 55% en 2019.	· SIGSA 3CS/3PS · SIGSA 3CS/3PS	· El tema de salud materno infantil con enfoque en nutrición sigue siendo la línea prioritaria para el Gobierno de Guatemala.	Los resultados de promedio de 10 municipios objetivos en los indicadores 1 a 8 de enero a mayo de 2021 son los siguientes. Las cifras entre paréntesis son los valores del índice para el período de enero a noviembre del 2020 para la comparación. 1. % de mujeres embarazadas con 2. % de partos institucionales: 39.5% (39.9%)	La baja tasa de control de crecimiento de los niños desde el año pasado, se presume que los pobladores se abstienen de llevar a sus hijos a los centros asistenciales por temor al contagio de COVID-19 (Fuente: información obtenida de la entrevista al personal de salud).

<p>3. Alcanzar el porcentaje de vacunación útil en un 95% en 2019. La línea basal para 3 tipos de vacunas en 2015 es el siguiente:</p> <p>a. OPV3: 99.5%</p> <p>b. PENTA: 98%</p> <p>c. BCG: 95.5%.</p>	<p>·SIGSA 5C</p>
<p>4. De acuerdo con la normativa, el porcentaje de niños:</p> <p>a. menores de 1 año que inicia monitoreo de crecimiento y desarrollo, aumentar del 88% en 2015 al 95% en 2019.</p> <p>b. De 1 a 2 años que inicia el monitoreo de crecimiento y desarrollo, aumentar del 88% en 2015 al 95% en 2019.</p>	<p>·SIGSA 5A</p>
<p>5. Lograr que el 80% de las madres de los nacidos vivos a nivel institucional reciban consejería sobre lactancia materna exclusiva en las primeras 24 horas en 2019.</p>	<p>·Cuaderno 5A ·Ficha de Puérpera ·SIGSA Web</p>
<p>6. Demostrar que 80% de niños de 6 meses que asisten al monitoreo de crecimiento y desarrollo han iniciado la alimentación complementaria, el cual es el mismo nivel de 2016, en 2019.</p>	<p>·Cuaderno 5A</p>

<p>3. % de vacunación útil</p> <p>OPV 3: 42.0% (92.9%)</p> <p>PENTA: 42.0% (92.7%)</p> <p>BCG: 40.0% (89.4%)</p> <p>4. Monitoreo del crecimiento</p> <p>a. Menor de 1 año: 74.2% (70.5%)</p> <p>b. Niño de 1-2 años: 70.1% (68.1%)</p> <p>5. Lactancia materna exclusiva: 94.6% (93%)</p> <p>6. Alimentación complementaria: 34.7% (73.2%)</p> <p>7. Ganancia de peso de las mujeres embarazadas</p> <p>a. CMB: 24.2% (40.2%)</p> <p>b. IMC: 40.5% (62.7%)</p> <p>8. Atención posparto</p> <p>a. Dentro 24 horas: 95.7% (97.6%)</p>
<p>*: Es un valor bajo en comparación con los anuales, dado que el Denominador es un valor fijo. (Se estima que los datos anuales serían aproximadamente 2,4 veces mayores que estos datos.)</p>

	<p>7. Aumentar:</p> <p>a. de 51.5% en noviembre 2018 a 65% en el 2019 de mujeres embarazadas con ganancia de peso en el cuarto control según lo establecido en la norma (CMB) (en caso del primer control antes de las 12 semanas) en el Área de Salud de Ixil,</p> <p>b. de 26.9% en noviembre 2018 noviembre a 50% en el 2019 de mujeres embarazadas con ganancia de peso en el cuarto control según lo establecido en la norma (IMC) (en caso del primer control después de las 12 semanas) en el Área de Salud de Ixil.</p>	<p>·Ficha de Embarazada</p>			
	<p>8. Aumentar el porcentaje de mujeres que recibieron atención post-parto conforme a la norma: durante las primeras 24 horas: del 37% en el 2016 al 47% en el 2019.</p>	<p>·Ficha de Embarazada ·SIGSA Web ·Ficha de niño</p>			

Resultados					
1. Se aumenta la capacidad de gestión de los servicios de salud con atención nutricional materno infantil en el Área de Salud de Ixil.	1-1. Realizar la planificación de actividades basadas en la evidencia para la prestación de servicios de Salud y Nutrición Materno infantil semanalmente en función de los datos recopilados y su análisis epidemiológico.	<ul style="list-style-type: none"> ·SIGSA 4, 6 ·BRES (Balance de requisición, envío de suministros) ·Acta de Análisis de Información ·SIGSA 18 (Sala Situacional y Cobertura mensual) 	<ul style="list-style-type: none"> • Se mantiene la política de salud del Gobierno de Guatemala. 	1. La planificación de actividades en base a la información recabada en el periodo de enero a junio de 2021 ha sido elaborado, pero no se ha analizado en detalle.	La implementación se ha suspendido debido a la labor para responder al tema pandemia del COVID-19 y la vacunación.
	1-2. Cumplir con 4 actividades de monitoreo al año realizadas por el Área de Salud en los Distritos Municipales de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> ·Informes de monitoreo/supervisión. ·Matriz de Análisis (Acta y/o conocimiento de visita) de la DAS a la DMS y territorios 		2. Las actividades de monitoreo y supervisión en Distrito Municipal de Salud por parte de la Dirección de Área de Salud de enero a junio de 2021 fueron planificados trimestralmente para cada programa y se implementan según lo planificado.	Se ha ingeniado la implementación de las actividades de monitoreo y supervisión por programa para no interrumpir la prestación de servicio en el Distrito Municipal de Salud.
2. Se incrementa la capacidad de la atención nutricional materno infantil en los servicios de salud en el primero y segundo nivel en coordinación con los servicios del tercer nivel.	2-1. Aumentar el 80% de conocimientos y aplicación de las normas y protocolos, posterior a la capacitación del personal de salud del primer y segundo nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> -Plantilla de asistencia -Resultado de pre y post-examen en la capacitación. -Lista de chequeo elaborado por el Proyecto. 		1. Hasta el fin de junio de 2021, el porcentaje de aplicación en servicio* de las normas y protocolos en 2 DMS son:	El monitoreo se realizó a pesar de que se vio aumento en el trabajo para la respuesta al tema COVID-19.
				<p>Con el monitoreo del 94.2%, se confirmó la aplicación del 83.4% (Dentro de 223 personas a monitorear, 210 monitoreadas y 187 aplicadas. El porcentaje es el promedio del porcentaje de Distritos municipales de salud).</p> <p>* Se realiza la observación de habilidades técnicas en base al instrumento de monitoreo después</p>	

2-2. Aumentar en un 20% la consejería institucional sobre salud y nutrición materno infantil, tanto en las consultas prenatales como en las de postparto.	• Plantilla de asistencia

<p>Instrumento de monitoreo después de la capacitación de salud y nutrición materno infantil.</p> <p>Cada ítem de observación fue evaluado en una escala de 4 puntos (1: No pude aplicarlo en absoluto, 2: Pude aplicarlo un poco, pero no fue suficiente, 3: Pude aplicarlo casi sin problemas y 4: Pude aplicarlo sin ningún problema).</p> <p>El método de cálculo de este indicador es el siguiente:</p> <p>Denominador: número de personas a monitorear (* excepto las personas jubiladas y removidas).</p> <p>Numerador: número de personas con un promedio de 3.0 o más de observación del procedimiento a lo largo del instrumento de monitoreo.</p>	
<p>2-2. Resultado de enero a mayo de 2021.</p> <p>Las cifras entre paréntesis son los valores del índice para el período de enero a noviembre de 2020 para la comparación.</p> <p>96.3% (Resultado de hasta noviembre de 2020 es 63.5%)</p>	<p>En cuando al Distrito Municipal de Salud de Chajul, es necesario volver a confirmar la información, dado que el porcentaje es de 110.7% que supera el 100%.</p>

	2-3. Cumplir con el 100 % de referencia y contra referencia de casos detectados de niños con desnutrición aguda severa.	<ul style="list-style-type: none"> • SIGSA 6 • Boletas de referencia y contra referencia 		Resultado de enero a mayo de 2021. Las cifras entre paréntesis son los valores del índice para el período de enero a noviembre de 2020 para la comparación. Referencia: N/A (no hay casos que requirió referir según las normas de MSPAS) (100%) Contrareferencia: XXX% (XX%)	Por DMS: Falta el dato sobre el caso grave de niños con desnutrición aguda contrarreferido, por tanto no se puede calcular este indicador. Además, se ha detectado caso grave de niño con desnutrición aguda (no fue referido)
3. Se aumenta la participación de los líderes comunitarios* para la implementación del Modelo de Salud en la realización de las actividades comunitarias sobre salud materno infantil y nutrición.	3-1. Lograr al año, que como mínimo en una asamblea comunitaria (los líderes comunitarios y el personal institucional) realicen promoción en salud y nutrición enfocada en el grupo materno infantil.	· Agenda y Actas de asamblea		3-1. El personal de salud de once comunidades ha promovido el cumplimiento con las medidas necesarias para prevenir el COVID-19 y la vacunación contra el COVID-19 a los habitantes y líderes de la comunidad.	El personal de salud realiza actividades educativas para los líderes comunitarios y los habitantes sobre el control de infección de COVID-19 y vacunación.
	3-2. Lograr la implementación en un 60% del total de comunidades las actividades organizativas comunitarias con enfoque en salud materno infantil y nutrición sobre factores de alto riesgo y la asistencia de emergencias.	<ul style="list-style-type: none"> · Informes del Proyecto · Formato de charlas, visitas domiciliarias y consejerías. · SIGSA 6 (todo los programas) e Informe mensual de la DMS 			
4. El resultado de las actividades del Proyecto se socializa en la ejecución de la línea estratégica del MSPAS, y se transmite externamente.	4-1. Compartir los resultados del Proyecto en las reuniones organizadas por el MSPAS.	Informes del Proyecto.		Se está recopilando y ordenando la información sobre buenas prácticas y lecciones aprendidas del Proyecto.	
Actividades	Insumos		Supuestos Importantes		
0-0. Se realiza un análisis de la situación existente en base a la revisión del Proyecto anterior y el estudio de línea base y material didáctico. entre otros v se establecen	La Parte Japonesa		La Parte Guatemalteca		<ul style="list-style-type: none"> • El personal capacitado no son removido de su puesto.
	1. Envío de expertos Asesor/Salud comunitaria, Salud Materno	1. Asignación de contraparte. 2. Ofrecimiento del espacio físico de			

<p>indicadores.</p> <p>1-1. Se realizan periódicamente el monitoreo y la supervisión de los servicios de salud materno infantil con énfasis en nutrición en los servicios de salud del primer y segundo nivel.</p> <p>1-2. Se retroalimenta el resultado del análisis de los comités de muerte materna y muerte por desnutrición aguda en menores de 5 años con todos los servicios de salud.</p> <p>2-1. Se hace adaptación al idioma local y reproducción del material didáctico validado.</p> <p>2-2. Se instalan equipos antropométricos y médicos básicos para la mejora de los servicios de salud y nutrición materno infantil en los servicios de salud del primer y segundo nivel.</p> <p>2-3. Se realizan las capacitaciones al personal de los tres niveles de atención en Salud sobre la atención materno infantil con énfasis en nutrición.</p> <p>2-4. Se monitorea y evalúa la aplicación de los conocimientos adquiridos después de la capacitación.</p> <p>2-5. Se brinda plan educacional para una nutrición adecuada (Caloría y Proteína) durante el embarazo de acuerdo con el estado nutricional por medio del Índice de</p> <p>3-1. Conjuntamente con los servicios de Salud del primer y segundo nivel, se realizan la capacitación sobre atención materno infantil con énfasis en nutrición a los líderes comunitarios* y personal institucional.</p> <p>3-2. Conjuntamente con los servicios del primer y segundo nivel, el personal institucional de las Áreas de Salud fomenta a los líderes comunitarios el hacer actividades de promoción relacionadas a la salud materno infantil con énfasis en nutrición.</p> <p>3-3. A través de la reunión periódica, los líderes comunitarios presentan los resultados de sus actividades comunitarias.</p> <p>*Comité de salud, Líderes religiosos, COCODEs, Promotores de salud. Comadronas. Sociedad civil.</p> <p>4-1. Se realiza la verificación cuantitativa de</p>	<p>Infantii, Mejoramiento de nutrición, Promoción de Salud y Participación Comunitaria, Coordinador/Planificación de Capacitación</p> <p>2. Gastos necesarios para la realización de la capacitación local entre otros.</p> <p>3. Aceptación de becarios para la capacitación en Japón o en un tercer país.</p> <p>4. Equipos necesarios.</p>	<p>Oficina a los expertos de JICA en las Áreas de Salud.</p>	<p>Condiciones Previas</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Gobierno acepta y apoya el proyecto. <p style="text-align: center;"></p> <p><Tareas y Contramedidas></p>	
---	---	--	--	--

los resultados del Proyecto.
4-2. Se presentan los resultados del Proyecto en las reuniones organizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
4-3. Se socializa y disemina entre los países vecinos de los resultados del Proyecto.

Hoja de Monitoreo del Proyecto II (Plan de Operación Revisado)

Versión: 10
Fecha: 7 de julio, 2021

Título del Proyecto: El Proyecto de Mejoramiento de Salud y Nutrición Materno Infantil

Monitoreo

Plan de Monitoreo		Primera Fase												Segunda Fase																																				Observación	Tareas	Contramedidas																								
		2016												2017												2018												2019															2020												2021											
		5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4				5	6	7	8	9	10	11	12																
Monitoreo																																																																												
Comité de Coordinación Conjunta (CCC)	Planif.	[Gantt chart showing planning for CCC]																																																Nada en especial.	Debido a la pandemia de COVID-19, CCC final se ha pospuesto.	Mediante la coordinación entre el MSPAS y JICA, está previsto para el día 18 de agosto de 2021.																								
	Realiz.	[Gantt chart showing execution for CCC]																																																																										
Comité de Operativo (CO)	Planif.	[Gantt chart showing planning for CO]																																																Nada en especial.	Debido a la pandemia de COVID-19, la implementación colectiva es difícil.	Se utiliza el sistema de teleconferencias para las reuniones mensuales con el equipo técnico de Dirección de Área de Salud y de los Distritos de modelo piloto, y se continuará con esto.																								
	Realiz.	[Gantt chart showing execution for CO]																																																																										
Sumisión de la Hoja de Monitoreo	Planif.	[Gantt chart showing planning for submission]																																																Nada en especial.	Nada en especial.																									
	Realiz.	[Gantt chart showing execution for submission]																																																																										
Informe / Documento																																																																												
Informes del Proyecto	Planif.	[Gantt chart showing planning for reports]																																																Nada en especial.																										
	Realiz.	[Gantt chart showing execution for reports]																																																																										
Plan de Trabajo	Planif.	[Gantt chart showing planning for work plan]																																																Nada en especial.																										
	Realiz.	[Gantt chart showing execution for work plan]																																																																										
Relaciones Públicas																																																																												
Operación de la Página Web del Proyecto	Planif.	[Gantt chart showing planning for website]																																																Nada en especial.	La difusión de información fue difícil debido a la pandemia de COVID-19, pero se retomó debido a las actividades locales que se están realizando.																									
	Realiz.	[Gantt chart showing execution for website]																																																																										