PN-ABM-599
79725

PRITECH

Technologies for Primary Health Care

Management Sciences for Health
1925 North Lynn Street
Suite 400
Arlington, Virginia 22209

PN-ABM-599

INFORME DE VISITA A GUATEMALA PARA REALIZAR UNA EVALUACION RAPIDA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA PROGRAMA DE CONTROL ENFERMEDADES DIARREICAS QUE LLEVAN A CABO 4 ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

A Report Prepared By PRITECH Consultant:
ANA MARIA AGUILAR LIENDO

During The Period:
SEPTEMBER, 1990

TECHNOLOGIES FOR PRIMARY HEALTH CARE (PRITECH) PROJECT
Supported By The:
U.S. Agency For International Development
CONTRACT NO: AID/DPE-5969-Z-00-7064-00
PROJECT NO: 936-5969

AUTHORIZATION:
AID/S&T/HEA: 8/2/91
ASSGN. NO: HSS 097-GU

CONTENIDO

I.- RESUMEN EJECUTIVO

II.- ALCANCE DE TRABAJO

III.- INDICADORES GENERALES DE SALUD EN GUATEMALA

IV.- REVISION GLOBAL DEL PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

V.- INFORME DE LAS VISITAS A LAS DIFERENTES ONGs

- A.- APROFAM
- B.- AGES
- C.- PAMI
- D.- IPROFASA

VI.- RECOMENDACIONES GENERALES

I.- RESUMEN EJECUTIVO

A.- La situación de salud en Guatemala según algunos de sus indicadores presente los problemas similares a otros paises de la región: mortalidad debida a patologia que puede prevenirse, altos índices de desnutrición, la diarrea aguda e infecciones respiratorias como primeras causas de morbimortalidad, baja cobertura de servicios incluyendo inmunizaciones.

A pesar de contar con programas y normas para los principales componetes de salud materna e infantil el Ministerio de Salud no esta ejerciendo un liderazgo sobre otras organizaciones en esta materia y todo hace pensar que por la escasez de fondos la situación no cambiará en forma inmediata.

B.- Se visitaron 4 instituciones no gubernamentales que inician actividades en programas materno-infantiles.

C.- APROFAM institución que opera 25 años con un bien ganado prestigio en prestación de servicios enfocados a la mujer y familia, recientemente ha sumado a sus actividades componentes dirigidos a la salud infantil. Durante la visita se observó atención en clínicas pediátricas para evaluar el manejo de caso en EDA, criterios para tratamiento de diarrea persistente y niños con problemas de crecimiento.
Se entrevistaron promotoras voluntarias para evaluar el grado de conocimiento de EDA y actitudes en la TRO.

D.- AGES con amplia experiencia en educación sexual dirigida a público de variados contextos se encuentra en plena programación de sus actividades de salud materna e infantil. Durante la visita se discutieron alcance de las diferentes intervenciones y actividades que la institución podría desarrollar con solvencia.

E.- PAMI agencia que coordina a varias instituciones no gubernamentales realizan actividades del área materno-infantil ha iniciado actividades de capacitación en Vigilancia de Crecimiento.
Durante la visita se revisaron planes para la implantación del programa CED y se revisó la actual aplicación de TRO en clínicas rurales.

F.- IPROFASA institución privada que importa y vende medicamentos esta incursionando con actividades de extension social a través de tiendad de medicamentos en zona rural. Durante la visita se conocieron las actividades que culminaron con la inauguración de 10 tiendas y se discutieron actividades futuras relacionada con la capacitación de promotores en TRO.

II.- ALCANCE DE TRABAJO

El alcance de trabajo de la presente consultoría fué definido en dos comunicaciones enviadas por la misión a PRITECH y a mi persona que señalan los siguiente:

A.- APROFAM

1. Evaluar la calidad de servicios del programa CED que presta la institución en sus clínicas y otras comunidades donde se encuentran sus puestos de distribución.

2.- Revisar el protocolo clínico de atención a niños con crecimiento bajo y con diarrea persistente.

3.- Revisar la información y el entrenamiento que sobre CED proveen a sus supervisores y voluntarios y hacer recomendaciones para mejorar el programa.

B.- AGES

1.- Revisar el trabajo desarrollado hasta el momento en las unidades de capacitación para el programa materno-infantil y realizar recomendaciones.

C.- PAMI

1.- Revisar sus planes en desarrollo del programa CED.

2.- Visitar uno de los centros de rehabilitación nutricional para observar el manejo clínico y programático de la diarrea.

D.- IPROFASA

1.- Apoyar en el diseño de un esquema de capacitación para los dueños de tiendas de medicamentos.

III.- INDICADORES GENERALES DE SALUD EN GUATEMALA

		Año 1988
Población en edad de 0-14 años millones		4.2
Población en edad de 0-4 años millones		1.6
Número anual de nacimientos (miles)		350.0
Tasa de mortalidad infantil (0-1 año)		71.0
Tasa de mortalidad de niños de 1-4 años		9.3
Desnutrición talla/edad niños menores de 5 años		67.2
Desnutrición peso/edad niños menores de 5 años		13.0
Acceso agua potable (% población)	total	60.1
	urbano	91.0
	rural	41.0
Niños 12-24 meses vacunados contra sarampión 86-87		54.5

TENDENCIAS EN INDICADORES SELECCIONADOS 1970 1980 1988 2000

Tasa de mortalidad infantil		87.1	65.7	46.6
Tasa de natalidad (por c/1000 hab)		41.5	39.4	39.3
Tasa de mortalidad general(por c/1000 h)		15.0	10.0	7.5
Tasa de crecimiento anual de población		2.6	2.9	2.8
Esperanza de vida (años)	T o t a l	53.2	60.7	62.0 67.2
	Masculino	57.0	60.0	65.0
	Femenino	61.0	64.0	70.0

Tasa alfabetismo total	46.6	46.8	
masculino		77.0	77.0
femenino		69.0	69.0

INDICADORES DE NUTRICION

Madres amamantando % a los 3, 6 y 12 meses	92.4	90.6	81.3
Abastecimiento per cápita diario de calorías	2106.0		
Requerimiento de calorias (%)	93.6		

PRODUCCION DE SERVICIOS[1]

Actividad	Cobertura
Prenatal	26%
Postnatal	5%
Planificación Familiar	1.11%
Menores de 1 año	49%
De 1 a 4 años	24%
De 5 a 14 años	8%

Ademas de los anteriores datos la encuesta Nacional de Salud Materno Infantil , 1987, pudo verificar que, en ese año, sólo la mitad de los niñosmenores de 5 años tenía un carnet de vacunación y, que entre los niños de 12-23 meses de edad, sólo un 25 por ciento tenía el paquete

[1] Fuente original: Unidad de Informática DGSS, tomado del Programa Nacional Salud Materno Infantil. Febrero 1988.

completo de vacunas. Entre los niños que registraron diarreas agudas, sólo un 16.7 por ciento hizo uso de sobres de rehidratación oral.

La desnutrición se cita en tercer lugar como causa de morbilidad en cualquiera de los grupos etarios de niño menores de 14 años. [2]

El otro problema, posiblemente, más importante, es la alta asociación que se observa entre enfermedades infecciosas, particularmente, diarrea y desnutrición. Por otra parte, observaciones realizadas por el INCAP muestran que existen serios problemas en relación a la disposición de excretas y de la higiéne del hogar, en las que se encuentran al origen de la alta prevalencia de diarreas y que explicarían, en gran medida, los problemas nutricionales en los niños. [3]

IV.- REVISION GLOBAL DEL PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

Las actividades que contempla el Programa Nacional de Salud Materno Infantil para el grupo de niños menores de 5 años son:

Prevención y control de enfermedades prevalentes: inmunoprevenibles, diarreas, respiratorias agudas, atención a la morbilidad perinatal, atención a la morbilidad pedíatrica, prevención de accidentes, lactancia materna y alimentación infantil, atención al niño desnutrido, atención al niño discapacitado y atención odontológica con énfasis en la prevención.
[4]

Las metas del programa CED para 1991 que estan inscritas en el mismo Plan Nacional indican: Eliminar la deshidratación por diarrea aguda como principal causa de muerte mediante la aplicación de la terapia de rehidratación oral. Prevención 80%.

Existe un Manual de Normas y Guias de Atención Materno-Infantil que ha sido publicado en 1988, la parte correspondiente a CED [5] sobre normas generales de atención tiene las recomendaciones de la OMS/OPS para programas de esta naturaleza y estan adecuadas para servir de guia a cualquier programa de capacitación.

Siguiendo la lista de evaluación de PRITECH (Check list 2/23/89) se observa que el programa define claramente el uso de SRO y líquidos caseros en el hogar para prevenir la deshidratación,(no se mencion suero casero), las indicaciones para la continuación de

---

[2] Menores de 1 año, de 1 a 4 y de 5 a 14 - Programa de Salud Materno Infantil. Febrero 1988. Cuadro 5 pag.20

[3] Comunicación verbal del Dr. A. Barlett.

[4] PROGRAMA DE SALUD MATERNO INFANTIL 1988

[5] MANUAL DE NORMAS Y GUIAS DE ATENCION MATERNO INFANTIL -1988. Páginas 104 a 112

alimentación con especial énfasis en la lactancia materna son claras y se citan medidas generales de prevención. Se aplican los planes B y C ya conocidos para los grados moderado y severo de deshidratación.

Se dan indicaciones para el tratamiento de los casos de disenteria y los criterios utilizados para referencia son: diarrea de más de tres semanas de duración, desnutrición, fiebre de 38.5oC o más, deposición con moco y sangre y deshidratación grave para la aplicación del Plan C.

No cuenta con indicaciones para el tratamiento de diarrea de evolución prolongada.

No existe un Comite Nacional que fije las responsabilidades de donadores y otras instituciones. Aparentemente la unidad responsable (materno - infantil) no tiene funciones de supervisión sino solo de brindar asistencia técnica.[6]

Refieren la existencia de UROs en todos los hospitales departamentales.

Las normas de manejo de caso se han dado a conocer en una reunión nacional, no se ha hecho una distribución por medios masivos es así como se puede explicar que ninguno de los médicos contactados conocia de su existencia.

Por la escasez de tiempo no se visitó ninguna URO, sin embargo por referencia sabemos que de todas las que existen tres se mencionarían como ejemplos de manejo adecuado de un caso de diarrea: Departamentos de Pediatría de los Hospitales Rossevelt, San Juán de Dios y de Quetzaltenango. Lamentablemente no se ha podido continuar con el cronograma de capacitación en TRO, por lo cuál estos centros sólo entrenan a internos de medicina y residentes de pediatria que rotan por sus servicios.

Los SRO que utiliza el programa son los de UNICEF y son distribuidos gratuitamente en los centros del Ministerio de Salud, hasta el momento se han provisto de los sobre mediante donaciones por lo cuál en la actualidad y por una suspension de fondos de AID a estos programas la existencia futura de los mismos es incierta. Se refirió que tampoco existen fondos programados para la distribución lo cuál hace muy difícil el abastecimiento oportuno a los centros especialmente a los más alejados.

V.- INFORME DE LAS VISITAS A LAS DIFERENTES ONGs

A.- ASOCIACION DE PROBIENESTAR FAMILIAR (APROFAM)

1.- DESCRIPCION

La Asociacion de Probienstar Familiar es una institución no gubernamental sin fines de lucro que tiene como objetivo central la promoción del bienestar de la familia propiciando la paternidad responsable, educacion en la vida familiar, evitando la práctica inducida del

[6] Entrevista con Drs. Medina y Sajche de Materno Infantil

aborto, ayudando al espaciamiento conveniente de embarazos según la decisión de la pareja y principalmente de la mujer.

Para el desarrollo de este objetivo central cuenta con diferentes unidades que se enumeran a continuación:

- Unidad de Educación, Información y adiestramiento

  El alcance de la misma es: 500.000 personas por medios televisivos, 200.000 capacitación a través de la radio, 65 cuñas radiales. Por la TV además se transmiten programas sobre control pre-natal, lactancia materna, crecimiento y desarrollo, terapia de rehidratación oral y espaciamiento entre embarazos.

  Cuenta con un Centro de Documentación.

  El departamento de capacitación de esta unidad a llega a aproximadamente 119,271 personas con programas: de educación para la vida familiar y para la juventud, de orientación a militares, educativo de la juventud, orientador telefónico, de planificacion familiar natural.

  El programa de Población y Desarrollo esta dirigido a líderes del sector público y privado de alto nivel de decisión y opinión.

  El departamento de adiestramiento especializado en la capacitacion de personal que presta servicios a otras instituciones nacionales e internacionales sobre un variedad de temas entre los que se lista el de Rehidratación oral.

- Unidad de Servicios Médicos

  Cuenta con 14 centros propios de atención.

  Los servicios materno-infantiles brindaron: 17,393 consultas en ginecologia,14,500 pre y post natal, 22.368 de niño sano.

- Unidad de Servicios Comunitarios

  Un servicio de extensión a comunidades marginales cuenta cerca de 2000 promotores voluntarios activos que brindan educación y servicio. En 1989 realizaron 142,436 visitas domiciliarias.

- Unidad de evaluación y estadística

  Tiene 4 funciones especificadas: estadísticas de servicios, evaluaciones operacionales para control y análisis, investigación y evaluación de materiales.

- Unidad Administrativa Financiera

  Destinada a la coordinación de actividades del rubro.

2.- RESPUESTA AL ALCANCE DE TRABAJO

1. Evaluar la calidad de servicios del programa CED que presta la institución en sus clínicas y otras comunidades donde se encuentran sus puestos de distribución.

2.- Revisar el protocolo clínico de atención a niños con crecimiento bajo y con diarrea persistente.

3.- Revisar la información y el entrenamiento que sobre CED proveen a sus supervisores y voluntarios y hacer recomendaciones para mejorar el programa.

Para responder al alcance de trabajo propuesto se realizaron entrevistas con diferentes personeros de APROFAM, se observó atención en una clínica de pediatria, visitaron casas de promotores voluntarios en sus áreas de trabajo y clínicas de APROFAM en dos departamentos del interior de la República y revisó material pertinente al programa CED.

2.1. BASES DEL PROGRAMA CED

Se utilizan los lineamientos sugeridos por OMS/OPS para todo lo que se refiere al manejo de casos de diarrea aguda, sobre lo cuál existen manuales destinados tanto a profesionales como a promotores voluntarios.

No existe un protocolo que norme el manejo de pacientes con disenteria, diarrea crónica, ni criterios de referencia.

No se cuentan con indicadores que puedan medir un impacto de la intervención o la eficacia de los servicios de TRO.

2.2. MANEJO DE CASOS

Para la valoración de los servicios se tomarán en cuenta a:

- las clínicas de atención materno-infantil a traves de un médico pediatra que brinda atención a medio tiempo 4 horas.

- a los promotores voluntarios que prestan servicios en la unidad de servicios comunitarios.

2.2.1. Nivel clínica de atención pediátrica

La institución ha diseñado una hoja para tomar la historia clínica de niños que asisten a la consulta, la misma que tiene un espacio para casos de diarrea e infecciones respiratorias agudas. Se consignan datos de grado de deshidratación, número de sobres utilizados y otros tratamientos.

En los registros observados se vió que los médicos encuentran esta información muy escueta y que prefieren escribir los datos en una hoja provista para el seguimiento. En esta variante se cita grado de deshidratación, no siempre se acompaña con datos de % de peso perdido, conducta. Se utiliza los SRO para todo niño con deshidratación leve y moderada y se refiere a los con deshidratcación severa. No se utilizan antidiarreicos y existe un uso selectivo de antimicrobianos, en algunos casos respaldados por exámenes de laboratorio.

Se recomienda muy especialmente la continuación de la lactancia materna y de otros alimentos según la edad de los niños.No existe un seguimiento controlado, los que vuelven a control lo hacen en forma espontánea.

Este sistema de atención de APROFAM no ha contemplado la organización de Centros de Rehidratacion Oral (UROs) recomendados por OMS para un manejo más controlado de los casos de diarrea, especialmente de aquellos con deshidratación moderada a grave, o con deshidratación de menor grado si la madre tiene limitaciones para seguir la indicación.

A pesar de que APROFAM tiene impresos afiches señalando pasos diagnósticos y de tratamiento para EDA, los consultorios visitados en el interior no los tenian colocados en la pared, tampoco otros afiches relativos a tratamiento y/o prevención.

Las madres que asisten a la consulta reciben educacion en diversos temas en las salas de espera, entre ellos se da prevención de EDA, TRO, lactancia materna,etc.

2.2.2. Nivel promotor voluntario

El de servicios que prestan las promotoras voluntarias parece ser variable. En la oportunidad se ha conversado con 4 (de aproximadamente 2000) promotoras en sus lugares de residencia, con 2 educadoras y 1 supervisora.

Las promotoras voluntarias tienen una hoja de registro donde se anotan a pacientes que preguntan por EDA y por antiparasitarios. En todos los casos la demanda para antiparasitarios sobrepasa en forma abundante a la de SRO.

Se vió que son pocos los casos de EDA que atienden las promotoras, en los que atienden lo hacen a través de la madres que le reporta los síntomas y signos en forma verbal y o en forma directa viendo al niño. Sólo una promotora tenía el afiche de diagnóstico y tratamiento pegado, 2 tenian en la casa y una no

se acordaba. Tres tenían solvencia en enumerar signos y sintomas de la deshidratación, enumerar los pasos de TRO y medidad recomendadas para la prevención. No había mucha seguridad al preguntarles sobre cuando referir? a excepción de los casos con deshidratación severa.

Tanto educadoras como supervisora conocían muy bien principios y esquema del TRO. y decían no haber encontrado problemas en el seguimiento que realizan en forma rutinaria a un porcentaje de pacientes tratados por las promotoras.

2.3. CAPACITACION

En APROFAM existe la Unidad de Educación, Información, y Adiestramiento con departamentos especializados en la capacitación de personal de la misma y otras instituciones. Su mayor experiencia está enfocada a temas de planificación familiar y en este campo han desarrollado técnicas de capacitación participativa sobre las que existe demanda de servicios de parte de otras instituciones.

La capacitación en el programa CED ha sido enfocada de la siguiente manera:

2.3.1. Profesionales de salud (médicos y enfermeras)

No se han efectuado sesiones de capacitación en conjunto al grupo de profesionales responsables de la atención infantil por parte de la institución, si se ha alentado y promovido la asistencia de estos profesionales a talleres, conferencias, etc que sobre el tema han sido organizadas por diferentes instituciones. En ningún caso éstas han sido en centros de rehidratación oral ni directamente con pacientes.

Existe una guía de diagnóstico y tratamiento de EDA basada en recomendaciones actualizadas de OPS/OMS destinada a los profesionales y un boletín trimestral que contempla diferentes temas.

2.3.2. Promotores voluntarios

La Unidad de Educación, Información y Adiestramiento realiza sesiones especiales de capacitación destinadas a promotores voluntarios de tres dias de duración.

Se revisó el programa de capacitación del curso realizado en 1989 en San Marcos al que asistieron 28 promotores, en el mismo se ve que se contempló el contenido sobre un adecuado manejo de caso en forma completa aunque no se contemplaban actividades prácticas o vivenciales, ni técnicas de comunicación con la madre.

La evaluación realizada fué favorable en el porcentaje de conocimiento adquirido durante el curso, el mismo que disminuyó en una evaluación realizada tres meses despues.

Para este personal tambien se contempla el entrenamiento en el lugar de trabajo, por parte de su educadora. En este caso se vió que esta capacitación realizada durante las actividades de supervisión esta basada en la revisión del Manual para Promotor Voluntario que no contempla el tema CED y un repaso al listado de tareas del promotor que si contempla algunas actividades de CED especialmente las relacionadas con actitudes.

Existen dos folletos sobre manejo de CED que los promotores distribuyen a las madres.

2.4. DISTRIBUCION DE INSUMOS

APROFAM utiliza SROs de UNICEF y al momento tiene disponibilidad de los mismos en todas sus clínicas.

La distribución a los promotores voluntarios se realiza por los mecanismos que la institución dispone para la distribución de otros insumos. El proveedor de APROFAM hace llegar los insumos a cada educador y éste repone al promotor voluntario la cantidas de SROs necesarios según sus registros de uso en el momento de la supervisión. APROFAM vende los SROs a un precio simbólico.

En algún momento se distribuyó los sobres directamente a las madres, una encuesta posterior indicó que aproximadamente un 40% no fueron utilizados correctamente.

2.5. COMUNICACION SOCIAL

El Departamento de Comunicaciones ha producido material que se utiliza para la difusión por medios masivos, pero no existen mensajes separados para el programa TRO. Existen audiovisuales que sirven para la capacitación de madres en las salas de espera.

2.6. SISTEMA DE INFORMACION

La información que se recolecta incluye los grados de deshidratación de la EDA y la distribución cuantitativa de sobres. No existen datos para calcular el uso de los mismos ni la eficacia del manejo.

2.7. REVISION DE PROTOCOLO CLINICO DE NIÑOS CON DIFICULTAD DE CRECIMIENTO Y DIARREA PERSISTENTE

En el momento actual APROFAM no cuenta con protocolos de atención a niños con dificultad de crecimiento y diarrea persistente.

En las entrevistas realizdas a pediatras se observó en ambos casos los profesionales utilizan criterios personales de manejo y de referencia, los cuáles en la mayor parte de los casos estan bien orientados. No se ha reportado que la diarrea persistente se constituya en una porcentaje alto de la consulta por diarrea aunque no se cuenta con los datos estadísticos que puedan avalar esta información.

Por otra parte el programa de control de niño sano que tendría como labor central la vigilancia del crecimiento aún no ha normatizado sus labores, en la práctica existen clínicas que siguen utilizando la tabla de Nabarro para niños mayores de 3 años (peso/talla), un carnet de crecimiento con curvas de peso/edad cuya interpretación sigue las recomendaciones de la OMS (evaluación del crecimiento) pero que a su vez incluye una clasificación del estado nutricional y la nueva ficha de atención que usa los parámetros peso/talla, no se sabe si sus puntos de corte son similares a la tabla de Nabarro.

En los diferentes casos no se tienen mensajes ni pautas dirigidas, en general lo que tiende a pasar es que a los niños con desnutrición considerada severa por cualquier método se tiende a referirlo a un Centro de Rehabilitación Nutricional.

El Manual de Normas y Guías de Atención Materno Infantil del Ministerio de Salud (páginas 64 - 73) promueve la valoración del crecimiento por medio de las curvas de peso/edad y la del estado nutricional utilizando las gráficas de Nabarro, para cada caso se dan pautas de acción.

En Pautas Generales de Atención para Programas de Recuperación Nutricional y Alimentación Complementaria de la Comisión de Coordinación de Programas de Recuperación Nutricional y Alimentación Complementaria se dan pautas actualizadas para la atención de niños desnutridos y/o con problemas de crecimient

3.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. SERVICIOS

APROFAM tiene larga experiencia institucional en la prestación de servicios directos los cuáles son bien considerados por la comunidad, le favorecen la infraestructura, la presencia de profesionales especializados y de buena formación y el acceso en ciertas clínicas a servicios de laboratorio clínico.

Los servicios a la población infantil menor de 5 años estan cubriendo una necesidad muy sentida y es muy posible que a corto plazo sobrepasen la capacidad institucional. Como una manera de mejorar el alcance se recomienda:

- Una mayor participación de personal no médico en la atención directa de ciertas patologias como diarrea y en la vigilancia de crecimiento (peso/edad).

- Coordinación entre personal de clínicas y promotores vo ntarios para delegar seguimiento de casos y recibir referencias de casos.

- Iniciar ___ !Unidades de Rehidratación Oral en las clinicas de mayor demandá por EDA que pueden ser atendidas por enfermeras con supervisión de médico, éstas pueden servir a la vez de centros de demostración y capacitación para el resto del personal y promover investigaciones operacionales actividad en la APROFAM tiene experiencia.

- La patologia de alta demanda como: IRAs, diarrea crónica, desnutrición merecen la elaboracion de protocolos especiales de atención, para los cuál se recomienda revisar los manuales que dispone el Ministerio de Salud y modificarlos según las necesidades institucionales.

3.2. CAPACITACION

- Se recomienda la capacitación conjunta de todo el personal que presta servicios en las clínicas, si es posible con manejo de casos en una Unidad de Rehidratación Oral.

- Para la capacitación a distancia existen varios boletines sencillos y de fácil lectura pero que contiene puntos de importancia en CED y experiencia de otros paises: Dialogo de la Diarrea(ARTHAG), Madres y Niños (APHA), TLU y bibliografia anotadad (PRITECH) a los que la institucion puede suscribir en forma gratuita a su personal.

- Las promotoras voluntarias visitadas son personas muy entusiastas y motivadas se recomendaria reforzar el entrenamiento in situ tal vez incluyendo este componente en el Manual del Promotor en actual uso.

3.3. EVALUACION

- A nivel de la comunidad es importante determinar, porcentajes de distribución de sobres (ya incluido), porcentajes de uso de sobres, cantidad de lIquidos administrados, conocimiento de las madres de signos y síntomas de diarrea y preparacion del SRO, continuidad de lactancia materna y alimentos.

  En una clínica: procentaje de casos de EDA diagnosticadosen forma correcta, porcentaje de casos tratados correctamente, porcentaje de madres que recibieron indicaciones correctas en las clínicas (líquidos, alimentos, valoración del nino y cuando volver a consultar), niños con disenteria que recibieron antibioticos apropiados.

B.- INFORME DE LA VISITA A LA ASOCIACION GUATEMALTECA DE EDUCACION SEXUAL (AGES)

ALCANCE DE TRABAJO

Revisar el trabajo desarrolladó hasta el momento en las unidades de capacitación para el programa materno-infantil y realizar recomendaciones.

1.- DESCRIPCION

AGES cuenta con una experiencia de más de 11 años en el campo de la educación sexual integral de diferentes grupos poblaciones en la república. Aproximádanente desde hace 4 años han extendido sus actividades hacia el área rural.

Estan organizados en diferentes unidades de trabajo: Administrativo - financiera, de servicios y unidades regionales en 6 diferentes sedes.

La unidad de servicios cuenta con los siguientes programas:

- Educación sexual para todos
- Animadores juveniles
- Bolsas de estudio
- Prevención del SIDA
- Salud materno - infantil

El programa de educación sexual provee capacitación a través de charlas, seminarios, etc a diferentes grupos de la comunidad. Esta actividad es realizada por docentes castellanos y docentes bilingues. Las habilidades en las cuáles los docentes se entrenan son variadas y los habilitan para cumplir con pasos de todo el proceso educativo.

Ultimamente se ha puesto especial énfasis en sistematizar los diferentes pasos educativos de modo que puedan ser cumplidos para las actividades y temas que se desarrollan.

El programa bolsas de estudio está dirigido a apoyar la formación escolar de niñas índigenas que reciben educación bilingue, mediante becas modestas que sirven para estimular la participación de la estudiante y asegurar el compromiso de la familia.

Para éste cuentan con una promotora bilingue.

Estos dos programas se realizan en área aldeas.

El de animadores juveniles se realiza con jóvenes de 14 a 24 años en área urbana, en el mismo se identifica, capacita a jóvenes de diferentes sexos.

En todas estas actividades la institución ha desarrollado un importante número de destrezas y habilidades que le permiten: captar las necesidades, reacciones, conocimientos y creencias de la comunidad, elaborar material educativo probado. Organizar, desarrollar y evaluar una sesión educativa. Promover acciones y dar retroalimentación y seguimiento a estas actividades.

En el cumplimiento de todo este proceso intervienen un número grande de personas que se han ido especializando en diferentes partes del proceso.

PROGRAMA MATERNO INFANTIL

Este programa se encuentra en preparación. Las actividads que se han realizado hasta el momento son:

- elección de una responsable del programa: Lic. Carmen Galicia.
- revisión de los materiales existentes en supervivencia infantil y salud materna.
- visita a diferentes instituciones involucrados en actividades en salud infantil y materna.
- capacitación de personal en el componente de lactancia materna.
- en proceso preparación de la primera unidad educativa.
- detección de necesidades de capacitación en el grupo de animadores juveniles
- discusión sobre diferentes estrategias operativas que deberán utilizarse para desarrollo del programa.

2.- RESPUESTA AL ALCANCE DE TRABAJO

Para responder al alcance de trabajo se entrevistó a la Directora de la institución, responsables de los programas materno- infantil y de capacitación, se sostuvo una charla informal con la Presidenta del Directorio, se visitó una aldea cercana a la cuidad de Guatemala.

Después de conocer a grandes rasgos las características institucionales, puntos en los que tiene mayor destreza y experiencia y la forma de trabajo que siguen se procedió a centrar la atención y la discusión en las diferentes alternativas planteadas para llevar a cabo estas actividades

Entre las posibles estrategias a escogerse se mencionaron:

a) Brindar servicios

b) Realizar únicamente acciones educativas y de promoción.

Los agentes que se utilizarían para brindar servicios son: comadronas de las comunidades donde trabaja AGES.

Docentes bilingues de las mismas comunidades.

Se entrenarían a las comadronas en todos los componentes de salud materna que ya realiza el programa de salud.

En base a la experiencia recogida en la aplicación de programas de supervivencia infantil en poblaciones rurales se explicó que en primer lugar es importante determinar en forma precisa los objetivos y metas que se pretende lograr con este programa, seleccionar cuáles de las actividades van ha acercar a las metas y cuáles son mas fáciles de ser llevadas a cabo con una modificación minima de la forma operativa conocida y experimentada por la institución.

3.- RECOMENDACIONES

La institución cuenta con la capacidad necesaria para desarrollar em forma adecuada diferentes componentes de supervivencia infantil y salud materna, en el momento actual existe la tendencia de priorizar el componente materno con: capacitación de comadronas en técnicas de parto limpio, educación sexual y espaciamiento entre embarazos para comenzar y en una segunda etapa comenzar con el componente infantil.[7]

Una aldea tipo donde trabaja AGES (se visitó San José de Yacu) carece de servicios de salud y de personal entrenado en este rubro, la mayoria cuenta con uno o más promotores que dependen del Ministerio de Salud su labor se la menciona como limitada porque no cuentan con insumos mínimos necesarios y aparentemente tampoco realizan capacitación, la comadrona como otro recurso en este campo sería la persona más permanente en todas las aldeas visitadas.

Al hablar con los comunarios se puede advertir que muchos niños no estan vacunados, no se pudo encontrar cicatriz de BCG en menores de 2 años, en forma insistente se mencionó la mortalidad causada por el brote de sarampión de un año anterior y la presencia de diarrea e infecciones respiratorias agudas como enfermedades mortales, en estas circunstancias la incursión de AGES en el campo de salud con intervenciones del componente de supervivencia infantil es muy pertinente.

Se entiende fácilmente el cuidado que la institución pone para diseñar la estrategia de sus actividades ya que no es un campo al que estan habituados, máxime si despues de varios años de aplicación de los programas de salud infantil se ve que que el cambio que se pretende lograr es dependiente de varios factores existentes en comunidades rurales y que influyen en forma negativa en este propósito.

Los componentes de supervivencia infantil a su vez tienen estrecha relación entre ellos y sería muy recomendable el poderlos desarrollar en forma integrada y progresiva comenzando por la fase de promoción y capacitación para pasar a una etapa de servicio que puede ser brindado por personal elegido en la aldea (promotor o comadrona).

Para lograr un impacto en la mayoría de estos componentes se requiere de una estrecha colaboración con los puestos regionales y locales del Ministerio de salud, lograr que ellos

[7] Charla con la Presidenta del Directorio de AGES

puedan cubrir la demanda que se puede generar por la promoción de los servicios o en algunos casos permitir el desplazamiento de personal hacia la zona beneficiaria vg. campañá de vacunación, dia de control de crecimiento y desarrollo, etc.

Haciendo un repaso de las intervenciones en relación a la función que AGES podría desempeñar tenemos:

3.1. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

3.1.1. OBJETIVOS

3.1.1.1. Difundir el uso del registro nacional de inmunizaciones.

3.1.1.2. Promover la importancia de la vacunación para la prevención de enfermedades prevenibles por medio de inmunizaciones en particular sarampión y polio.

3.1.1.3. Capacitar a la población en el concepto preventivo de la vacunación y las enfermedades que pueden ser evitadas.

3.1.2. METAS

3.1.2.1. Lograr que (%) de niños tengan su tarjeta de registro de vacunas.

3.1.2.2. Lograr que (5) de niños menores de un añó hayan cumplido con el esquema de vacunas que indica el PAI.

3.1.2.3. Lograr que un (%) de niños menores de 5 años tengan completo su esquema de vacunas.

3.2.- PROGRAMA DE VIGILANCIA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Este programa esta siendo considerado el centro de las actividades de supervivencia infantil dado que el instrumento que se utiliza concentra la mayor parte de las intervenciones de salud infantil y al mismo tiempo sirve para apoyar la educación de la madre.

El uso del Carnet de Salud Infantil, la sesiones perfodicas de control de peso, la retroalimentación a la madre en base a la curva de crecimiento de su propio niño permiten dirigir y realizar actividades en diferentes intervenciones como: cumplimiento de vacunas, aconsejar sobre lactancia materna y alimentación complementaria, demostrar el efecto negativo de enfermedades infecciosas,etc

Como todas las intervenciones, la vigilancia y promocion de crecimiento el manejo del CSI y la organizacion de las sesiones de peso requiere de un proceso en el que la capacitación y las funciones se van delegando hasta que la madre pueda tomar en sus manos todas las actividades.

Con las caraterísticas que tiene la institución es posible que de inicio las sesiones de control de peso podrían ser realizadas en forma compartida por el educador bilingue y la promotora social como supervisores y la comadrona y promotor de salud como agentes operativos.

3.2.1.- OBJETIVOS

3.2.1.1. Capacitar a personal institucional de AGES en el manejo del CSI y la organización de una sesión de vigilancia de crecimiento.

3.2.1.2. Capacitar a personal local pertinente en acciones de apoyo a la sesión de vigilancia de crecimiento.

3.2.1.3. Realizar vigilancia de crecimiento en niños menores de 5 años. (En caso necesario se puede priorizar al grupo de menor de 2 años.(2*)

3.2.1.4. Capacitar a las madres y/o responsables de cada niño en la importancia de la vigilancia de crecimiento en la salud del niño.

3.2.2.- METAS

3.2.2.1. Lograr que el (%) de los niños menores de 5 años posean un CSI correctamente llenado.

3.2.2.2. Lograr una cobertura de (%) en la población infantil de cada aldea con el vigilancia de crecimiento.

3.2.2.3. Lograr que el (%)de niños menores de 5 años tengan un crecimiento adecuado en base al indicador peso/edad.

3.2.2.4. Lograr que (%) de madres y/o responsables de niños menores de 5 años interpreten la curva de crecimiento de sus niños.

3.3.- PROMOCION Y FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA Y DE PRACTICAS ADECUADAS DE DESTETE

Es bien reconocido el efecto de la lactancia materna en la prevención de patologia infecciosa especialmente en niño menores de 4 meses que se alimentan en forma exclusiva del seno. El inicio de alimentación complementaria a partir de los 4 mese de edad, con alimentos adecuados, en forma progresiva, con la frecuencia y volumen adecuados pueden evitar alteraciones en el crecimiento, prevenir estados de desnutrición y apoyar al niño en su calidad de supervivencia.

Las acciones mas importantes para apoyar estos componentes son especialmente educativas con mensajes claros y que reflejen la realidad de cada aldea.

Pienso que AGES tiene la experiencia necesaria para realizar una labor educativa priorizada y selectiva en cada una de las aldeas donde trabaja. Es importante que especialmente en el caso de lactancia materna que parece ser una práctica muy popular en la población especialmente la que vive en áreas rurales de la República, se requiere tener evidencia de que ciertas prácticas comunes en otras poblaciones rurales como la tardanza en el inicio de la lactancia despúes del parto y el inicio precóz de líquidos, mates, etc antes de los 4 meses de edad que tienen una relación interfierén con las propiedades protectoras de infección de la leche materna.

Se sugiere:

3.3.1. OBJETIVOS

3.3.1.1. Realizar un estudio de investigación CAP sobre lactancia materna y alimentación complementario para diseñar la unidad de capacitación en estos temas.

3.3.1.2. Desarrollar material educativo apropiado para la capacitación en los temas de lactancia materna y alimentación complementaria.

3.3.1.3. Capacitar a personal institucional y voluntario en los temas de lactancia maerna y alimentación como apoyo al programa de vigilancia de crecimiento.

3.3.2. METAS

3.3.2.1. Lograr que el (%) de niños recien nacidos reciban calostro dentro de 2 horas despues del parto.

3.3.2.2. Lograr que (%) de niños menores de 4 meses reciban leche materna en forma exclusiva.

3.3.2.3. Lograr que (%) de niños reciban alimentación complementaria adecuada a partir de los 4 meses y no despues de los 6 meses.

3.4.- PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

3.4.1. OBJETIVOS

3.4.1.1. Capacitar a docentes bilingues y castellanos y promotoras sociales en las bases de tratamiento de rehidratacion oral en un niño con diarrea aguda.

3.4.1.2. Capacitar a audiencia conocida de AGES, (jóvenes, madres y padres de familia y otros miembros de la comunidad) en el manejo de un niño con diarrea aguda a través de educadores y promotora social.

3.4.1.3. Conocer a través la metodologia educativa utilizada por AGES creencias y actitudes de la comunidad sobre la diarrea aguda, con especial énfasis en detectar la clase de remedios, medicinas y liquidos locales que son utilizados para tratar un episodio de diarrea.

3.4.1.4. Entrenar a las comadronas en el manejo de un niño con EDA

3.4.1.5. Proveer a los docentes, promotoras y comadromas con suficientes sobres de rehidratación oral.

3.4.2. METAS

3.4.2.1. Se puede tener un porcentaje de madres con conocimientos adecuados en el manejo de un caso de EDA.

3.4.2.2. Se puede lograr que un numero determinado de madres usen el SRO en casos necesarios.

3.4.2.3. Se puede, en espacio determinado de tiempo lograr conocer liquidos caseros más utilizados que puedan ser promovidos para prevenir la deshidratación.

3.4.2.4. Se puede lograr disminuir el número de diarreas con deshidratación grave.

3.4.2.5. Se puede lograr disminuir el número de diarreas en niños menores de 4 a 6 meses.

3.4.3. ACTIVIDADES

3.4.3.1. Revisión de contenidos.

3.4.3.2. Revisión de material bibliográfico.

3.4.3.3. Elaboración de borradores de material gráfico o audiovisual.

3.4.3.4. Prueba de material

3,4,3.5. Edición de material

3.4.3.6. Elaboración de unidad educativa para EDA.

3.4.3.7. Capacitación a los docentes y promotoras sociales (*1).

3.4.3.8. Replica de la capacitación en diferentes establecimientos.

C.- PROYECTO DE APOYO PARA LA SALUD MATERNO INFANTIL

1.- Revisar sus planes en desarrollo del programa CED.

2.- Visitar uno de los centros dè rehabilitación nutricional para observar el manejo clínico y programático de la diarrea.

1.- DESCRIPCION

PAMI presta asistencia técnica y canaliza fondos para organizaciones no gubernamentales locales que realizan actividades de servicio y/o educativas en salud materna.

En este momento se encuentra coordinando a 10 ONGs que ya habrian recibido capacitación en diferentes aspectos prográmaticos y el componente de Vigilancia de Crecimiento y Desarrollo.

Esta agencia de coordinación cuenta con un médico pedíatra, una nutricionista, una socióloga que sería el personal técnico que brinda y/o coordina la asistencia técnica a las demás organizaciones. Se espera la incorporación de otros profesionales.

Dentro del área materno-infantil han desarrollado una busqueda importante de material bibliográfico en el tema de crecimiento y desarrollo, el mismo ha servido para la composición de una carpeta de autoenseñanza que ha sido distribuida entre los profesionales de los diferentes proyectos.

La capacitación se la enfoca de tres maneras diferentes:

- Mediante material bibliográfico actualizado en cada uno de los componentes de supervivencia infantil y salud materna.(Ejm. Cartapacio de Crecimiento)

- Cursos de capacitación formal dirigido a diferentes miembros de los proyecto como: método Montessori a las maestras de las guarderias, metodologias y técnicas educativas a educadoras de promotores de salud

- Reuniones mensuales destinado a trabajadores de salud: Médicos y enfermeras en temas de claves de supervivencia infantil.

- Capacitación in situ,"educación en la acción", aprovechando las visitas de supervisión a cada uno de los proyectos y dada por diferentes miembros del equipo de PAMI

La supervisión se la realizará de la siguiente manera:

Una visita de 3 a 4 dias a cada uno de los proyectos y por cada uno de los miembros del equipo central. (se aspira a visitar todos los proyectos una vez cada tres meses). Las visitas de supervisión además tendrán la finalidad de apoyar técnicamente a los diferentes programas. Aún no se ha realizado ninguna supervisión formal y los instrumentos que se utilizarán estan en plena etapa de diseño

2.- RESPUESTA AL ALCANCE DE TRABAJO

Para responder al alcance de trabajo se entrevistó al Dr. Calderón y la Lic. Susana Hewes, se visitaron 2 clínicas en área rural, una en La Antigua con un programa en marcha de rehabilitación nutricional con encamamiento y otra en El Rancho que sólo presta atención ambulatoria y finalmente se revisarón documentos disponibles.

Según registros observados el manejo de caso de EDA se realiza dentro de las normas previstas, en ambas clínicas a cargo de médicos[8]. No se observó la existencia de una Unidad de Rehidratación Oral en funcionamiento, ni material de referencia sobre TRO. La disponibilidad de los sobres y por las características de ambas clínicas no se preveé que sea un problema.

Programáticamente aún no se han delineado los alcances de este componente, las metas y objetivos que se observaron estan muy relacionadas con logros operativos para consolidar el arranque de cada uno de los proyectos.

Existe un buen criterio para encarar la programación de este componente en sus diferentes aspectos, al mismo tiempo se reconoce que se cuenta con recursos humanos adecuados a nivel de los proyectos que ya conocen el programa CED o que no tendrán dificultades en su aplicación. Es posible que se deba tener mayor la parte de comunicación con la madre y/o la capacitación a promotores de las aldeas.

Se mencionó tambien que recibirán asistencia técnica para el diseño del sistema de informacion que indudablemente incluirá a todos los componentes de salud Materno-Infantil.

Se discutieron algunos aspectos del programa CED que podrían ser de ayuda en la parte operativa como: realizar capacitación en unidades de rehidratación oral y con pacientes, tener UROs en todos los proyectos que cuentan con clínicas, reforzar el componente de comunicación del médico y/o enfermera a madre con indicaciones precisas de administración de líquidos, seno materno, alimentos, valoración contínua y referencia oportuna.

3.- RECOMENDACIONES

Se sugirió algún material bibliográfico que se encuentra en el Centro de Documentación de PRITECH y que pondrá al alcance de PAMI, material que puede servir de base para formar los cartapacios de autoenseñanza.

La capacitación de capacitadores debe tener un rol preponderante dado que cada proyecto tiene un número de personal al que no podrá llegarse en forma directa.

Se recomendó crear mecanismos regulares de supervisión para asegurar un buen manejo de caso de EDA y pensar en tiempo precisos para realizar evaluaciones de proceso. El volumen de asistencia técnica, seguimiento y supervisión que tiene PAMI puede pasa fácilmente la capacidad institucional si no se fijan límites precisos en espacios de tiempo determinados.

---

[8] Una de las médicas tuvo a su cargo la URO del Departamento de Pediatria del Hospital Roosevelt según referencia del Dr. Calderon

Es preciso poner objetivos y metas reales a cada componente dado que los plazos que tiene de funciomiento son muy cortos y va ha ser difícil hablar de impacto con cualquiera de las intervenciones.

D.- IMPORTADORA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS S.A. (IPROFASA)

1.- DESCRIPCION

Se visitó las instalaciones de IPROFASA el dia Viernes 14 y se entrevistó al Lic. José Luis Aldana Gerentes de Proyectos Nuevos quien es responsable del programa de tiendas de medicamentos.

IPROFASA es una empresa privada con fines de lucro que importa y distribuye productos farmaceúticos.

El nuevo proyecto tiene características sociales y su objetivo es promover la instalación de tiendas de medicamentos en aldeas no atendidas en salud por otras instituciones.

La selección de los vendedores ha sido muy cuidadosa y todos ellos han pasado el exámen que exige el Ministerio de Salud para abrir instalaciones de esta clase.Un video tomado en el momento de la inauguraciónde los 10 locales operando actualmente da una idea de la calidad de estas personas.

Las farmacias han sido apoyadas con todos los elementos necesarios que puedan hacerlas atractivas a la población como un letrero luminoso, mostrados de vidrio,etc en ellas se venden 48 productos considerados "no éticos" entre los que se encuentran SROs e insumos de tres métodos de planificación familiar.

Para la educación en el uso estos artículos se cuenta con dos promotores voluntarios por cada tienda, dos supervisores y un médico .
Hasta el momento se han inaugurado 10 locales en el departamento de Quetzaltenango y la labor educativa se ha iniciado con temas de planificación familiar, tema con el que el Lic. Aldana se encuentra muy familiarizado ya que durante algunos años ha sido miembro de APROFAM. Se planea comenzar con el tema de CED/TRO en el mes de Enero.

2.- ALCANCE DE TRABAJO

1.- Apoyar en el diseño de un esquema de capacitación para los dueños de tiendas de medicamentos.

Para cumplir con este cometido se discutieron con el Lic. Aldana conceptos del programa CED y objetivos de la capacitación, en el primer casos se observa que hay poca familiaridad con la terapia de rehidratación oral y en el segundo no hay una definición de las destrezas que se requerirán del vendedor.

Durante la conversación se emitieron recomendaciones para la capacitación que se transcriben a continuación:

- Se sugiere que se capacite en forma conjunta tanto al vendedor de medicamentos como a los promotores de la aldea.

- Es importante que se enfoque la capacitación de modo que al final ellos esten capacitados para:

  Diagnosticar y manejar correctamente un episodio de diarrea.

  Enseñar y motivar a las madres a realizar un manejo adecuado de EDA en su hogar.

Las destrezas mínimas a aprender son:

Reconocer signos y síntomas de deshidratación.

Evaluar el grado de deshidratación,

Escoger el tratamiento acorde al grado de deshidratacion.

Preparar el SRO.

Enseñar a las madres a preparar el SRO, darle indicaciones para administrarlo y valorar la evolución del niño.

Dar indicaciones de continuar con lactancia materna y alimentación.

La sesión de capacitación debe ser en lo posible: con casos clínicos, (aparentemente la URO de Quetzaltenango funciona bastante bien) como alternativa material visual como fotos de niños con diferentes grados de desnutrición, diapositivas, audiovisuales,etc (*),

Considerando las características culturales y de lengua de las aldeas donde trabajan estos promotores se debe contemplar :

Sondeo de creencias y prácticas de la comunidad

Identificar diferentes nombres que se utilizan en la aldea para denominas diarrea, deshidratación, signos y sintomas de la deshidratación.

Investigar que líquidos caseros se utilizan en la casa durante el episodio de diarrea.

Parte del entrenamiento debe ser en el aprendizaje de metodologias de enseñanza.

Los instructores de promotores[9] y los encargados del proyecto deben hablar el mismo lenguaje, se sugiere que se realize una sesión de capacitación/discusión de conceptos entre el personal: Gerente del proyecto, médico y supervisores, en la misma pueden fijarse objetivos, metas y adtividades del programa que serviran para las actividades de monitoreo y evaluación.

Siendo que la demanda por los SROs se generaría alrededor de la tienda de medicamentos el vendedor debe estar preparado para ofrecer servicios adicionales como: conocer medidas de un litro que se utilizan en la aldea, tener a disposición las bolsas plásticas de litro, agua hervida enfriada para iniciar TRO en la tienda si así lo requiere la situación.

Es importante que en cada tienda se coloque un afiche con esquemas de diagnóstico y tratamiento y que se puedan dar a la madre volantes (adecuados al medio) para reforzar las instrucciones que se seguirán en la casa.

Finalmente se recomienda tener como material bibliográfico de inicio los siguientes documentos:

Programa Materno Infantil de l Ministerio de Salud
Versión castellana de Dialogo de la Diarrea.
Hablar con las madres acerca de la diarrea de PRITECH

VI.- RECOMENDACIONES GENERALES

A.- Existen necesidades en el sector salud que el Ministerio de Salud no cubiertas por el sector estatal que interfieren con el cumplimiento de objetivos y metas tendientes a mejorar los indicadores vitales y con la premisa de salud para todos en el año 2000.
Este espacio puede ser parcialmente llenado por ONGs que ofrezcan servicios competentes y oportunos.
La ONGs visitadas tienen todas las posibilidades de cumplir estos requisitos dentro de la filosofia de Atención Primaria en salud. Es conveniente alentar la prosecucion de sus actividades.

B.- El Ministerio de Salud como ente normativo en toda la República debe ser apoyado para el cabal cumplimiento de este rol, sería conveniente que toda ONG que realiza actividades en salud cumpla con los programas normativos del Ministerio de Salud y comparta los datos de información estadística que recolecta. A su vez requiera de esta entidad retroalimentación.

C.- De todos los programas revisados el que requiere de mayor apoyo en la actualidad es el de inmunizaciones que tiene bajas coberturas, probable insuficiente cadena de frio._

[9] Se mencionó a la organización HOPE.