Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

INFORME FINAL: MEDICION DE COBERTURA EFECTIVA DEL COMPONENTE CLINICO ESTRATEGIA AIEPI COLOMBIA EN DOS REGIONES DE LOS DEPARTAMENTOS DE CUNDINAMARCA Y TOLIMA.

AIEPI
Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia
Porque mi vida hay que protegerla hoy

CONVENIO
COOPERACIÓN TÉCNICA No. 637 DE 2009
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Octubre 8 de 2010

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELASQUEZ
Director General de Salud Pública

ANA CRISTINA NOGUEIRA
Representante OPS/OMS Colombia

ROBERTO MONTOYA
Consultor Nacional OPS/OMS Colombia

Equipo de trabajo Convenio 637/09 de Cooperación OPS/OMS-MPS

Jovana Alexandra Ocampo Cañas
Coordinadora de Línea AIEPI

Lucy Arciniegas Millán
Coordinadora Técnica Convenio 637

Martha Patricia Vega
Administradora Financiera Convenio 637

Consultor
Universidad Nacional

Referentes técnicos Ministerio de la Protección Social

Marta Velandia
Profesional especializado DGPS

Iván Cárdenas Cañón
Profesional especializado DGPS

Ricardo Luque
Coordinador Promoción y Prevención

TABLA DE CONTENIDO

PAGINA

1. Resumen Ejecutivo 4
2. Introducción 6
3. Objetivo 10
4. Metodología 11
   - A. Tipo de Estudio 11
   - B. Área de Estudio 11
   - C. Población de Estudio 13
   - D. Instrumentos 14
   - E. Datos Recolectados 15
   - F. Muestreo y tamaño de muestra 16
   - G. Procedimientos de recolección de datos 20
   - D. Administración de datos y análisis 21
   - E. Validez de la información 22
   - F. Consideraciones éticas 25
5. Resultados 26
   - A. Descripción de la muestra 26
     - 1.Departamento de Cundinamarca 26
     - 2.Departamento del Tolima 31
   - B. Descripción socio económica de la muestra 35
   - C. Descripción de instituciones de salud 38
   - D. Indicadores por Departamento 41
     - 1.Departamento de Cundinamarca 41
     - 2.Departamento del Tolima 54
   - E. Indicadores de mujeres embarazadas 66
   - F. Recomendaciones guía metodológica 68
6. Discusión 69
7. Conclusiones 81
8. Referencias 83
9. Anexos 1 86
10. Anexo 2 93
11. Anexo 3 107

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPS PWR/COL
Resumen Ejecutivo
Informe de Avance de la
LINEA AIEPI
CONVENIO NO 6370PS MPS
Actividades desde el 1 de Enero hasta el 12 de Julio 2010

A. Identificación del Informe / Contrato: CO-CNT/1000279.001
Autores: Marcela Torres, Felipe Molina, Rodrigo Pardo
Ppal./coord.: Jovana Alexandra Ocampo Cañas
Área/Unidad PWR Generadora: AIEPI
Técnico/Oficial en OPS Responsable del Contrato: **ANDREA VICARI**
Autores Jovana Alexandra Ocampo Cañas
Área Generadora: Línea AIEPI Convenio No 637 MPS/OPS
Objetivo **Fortalecimiento de la Gestión de la estrategia AIEPI en el país**.

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

RESUMEN EJECUTIVO

A. Identificación del Informe:

1. Titulo del Informe: INFORME FINAL MEDICION DE LA COBERTURA EFECTIVA DEL COMPONENTE CLINICO DE LA ESTRATEGIA AIEPI COLOMBIA EN DOS REGIONES DE LOS DEPARTAMENTOS DE CUNDINAMARCA Y TOLIMA

2. Autores:
Personales: Marcela Torres, Rodrigo Pardo, Felipe Molina, Maria Belén Tovar, Marye Saenz
Institucional: Instituto de Investigaciones Clínicas. Universidad Nacional de Colombia

3. Área Generadora: AIEPI

4. Técnico Responsable: ANDREA VICARI

B. Resumen Ejecutivo:

1. Objetivos:

Realizar la medición de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI en una región del departamento del Tolima y en una región específica del departamento de Cundinamarca.

2. Antecedentes / Justificación

Como parte del apoyo a la gestión de la estrategia AIEPI en Colombia se ha construido la metodología y los instrumentos para la evaluación de la cobertura efectiva del componente clínico de la misma. El propósito es recoger información sobre la implementación de AIEPI que permita la toma de decisiones y reforzar la agenda política que se gestó en al Plan Nacional de Salud Pública

3. Metodología, instrumentos y recursos utilizados

Se realizó un estudio transversal aplicando la metodología diseñada para la medición de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI en Colombia. Se seleccionó una muestra de 15 municipios de una región del departamento del Tolima y una

región del Departamento de Cundinamarcain incluyendo 36 instituciones de salud distribuidas en esas regiones. Seleccionando una muestra de menores de 5años y de mujeres embarazadas, se llevó a cabo el levantamiento de la información para calcular los indicadores seleccionados que miden cada uno de los indicadores necesario para conocer el estado de la cobertura efectiva.
Se siguieron todos los procedimientos de campo, de validación y de análisis de la información recomendados por la guia.

4. Resumen de Resultados obtenidos, actividades realizadas y hallazgos relevantes

I FASE: Fase de ajustes metodológicos y de preparación de la encuesta: Se llevó a cabo el 100% de la fase I con el ajuste de los indicadores para la generación de variables y ajuste de instrumentos, después de haber completado la segunda ronda del grupo Delphi.
Se construyó el marco muestral de IPS's (Instituciones prestadoras de servicios de salud) y sobre éste se realizó el censo de las 35 instituciones a incluir en la medición. Se verificaron cada uno de los criterios de inclusión y se extendió la invitación a participar en la encuesta. Se realizó el censo de IPS de 25 instituciones en 8 municipios del departamento de Cundinamarca y 10 instituciones en 7 municipios del departamento del Tolima.
II FASE: Fase de Recolección de Información: Se completó la recolección de información en todos los municipios seleccionados de los dos departamentos con altos criterios de calidad de la información.
III FASE: Fase de Análisis y preparación de informes: Se construyeron las bases de datos, mallas de validación y programas para el cálculo de los indicadores, se realizó la estimación de cada una de las proporciones y se discutieron los resultados. Se construyó el informe y la base de datos maestra.

5. Conclusiones / Recomendaciones:

Los niveles de cobertura del componente clínico de la estrategia AIEPI en las dos regiones seleccionadas fue bajo, discriminando por los elementos del modelo lógico se logró identificar específicamente cuales eran las deficiencias en cada una de las áreas. Los resultados llaman la atención sobre las dificultades en la implementación de la estrategia y deben instar a los actores a tomar los resultados y bajo estrategias participativas proponer soluciones que tengan alta efectividad y sostenibilidad en el mejoramiento de las condiciones del componente clínico de la estrategia.

INTRODUCCION

La estrategia AIEPI (Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la infancia) fue lanzada en 1995 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, con el fin de mejorar el estado de salud de los niños y niñas menores de cinco años y disminuir la mortalidad por enfermedades prevenibles como Neumonía, Enfermedad Diarreica Aguda, malaria, sarampión y malnutrición, entre otras. A través de su visión integral interviene a nivel de diagnóstico, tratamiento, estrategias de prevención y promoción de la salud infantil. En Colombia se inició su implementación hace 12años (1998) pero no se ha encontrado un proceso de evaluación sistemático y sostenido que evidencie la cobertura de dicha implementación.

En Colombia el Plan Nacional de Salud Pública en el año 2007 pretendía exponer los lineamientos y asignar responsabilidades para las acciones que buscarán preservar la salud del conjunto de ciudadanos. (1) Dicho plan hizo visible las líneas políticas que debería seguir el país en el siguiente cuatrienio en lo que respecta a la salud pública y realizó una propuesta de estrategias que deberían ser usadas para alcanzar las metas y objetivos fijados.

Una de las líneas políticas es la línea de mejorar la salud infantil que pretende reducir el peso que tiene la morbilidad y en particular la mortalidad en menores de 5 años de nuestro país que asciende a 15,9 por 1000 nacidos vivos según estadísticas del año 2007.(2) Reconocida como una estrategia para alcanzar esa meta de mejoría de la salud infantil, se propone a la estrategia AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) con sus tres componentes, como una de las prioridades sobre las que se debería trabajar.

El Plan Nacional de Salud Pública asigna responsabilidades y funciones a cada uno de los actores del sistema para garantizar la implementación de la estrategia AIEPI en todo el territorio nacional, sin embargo la historia de la estrategia AIEPI en Colombia nos ha

mostrado retos importantes que deben ser superados para garantizar el éxito de nuevos esfuerzos.

Uno de los retos más importantes desde la formulación de la estrategia AIEPI en el mundo, ha sido la baja cobertura en su implementación. A pesar de la evidencia disponible que ha mostrado su efectividad en la reducción de la mortalidad en menores de 5 años por causas evitables (3-9), aún no se logran los niveles de cobertura efectivos para garantizar su impacto en el logro de los objetivos del desarrollo del milenio (ODM). (10)

Problemas tales como baja adherencia a las prácticas propuestas por la estrategia AIEPI por parte de los trabajadores de la salud, errores y problemas en la transferencia del conocimiento y consejería, entrenamiento imperfecto, soporte inadecuado desde los sistemas de salud y la ausencia de políticas que apoyen la estrategia (10) son elementos de análisis comunes a mucho contextos en el mundo incluido el nuestro.

Como parte de las actividades planeadas por la Organización Panamericana de la Salud y del Ministerio de Protección Social para mejorar la gestión de AIEPI se propuso una línea de trabajo encargada de proveer las herramientas necesarias para mejorar la implementación de la estrategia, línea de la que este trabajo hace parte.

MODELO Y METODOLOGIA DE EVALUACION

La evaluación de políticas, programas y estrategias en salud pública es uno de los elementos indispensables del proceso en el espiral de planeación, que permite obtener los mejores resultados con el más alto aprovechamiento de los recursos disponibles. (11,12) Se decidió conocer el estado de la implementación de AIEPI en Colombia y se realizó una propuesta metodológica para la medición de la cobertura de la misma como parte de la línea de gestión.

La experiencia más grande de evaluación de la estrategia AIEPI fue liderada por la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF. (4-7,14) En el año 2002 se propuso reconocer la efectividad de la estrategia, su eficiencia e impacto en la reducción de la morbimortalidad en menores de 5 años en 5 países del mundo entre los cuales se

encontraban Bangladesh, Uganda, Tanzania, Brasil y Perú.(14) La experiencia de evaluación permitió mostrar evidencia del impacto que genera la adecuada implementación de la estrategia AIEPI, además de la importante reducción de costos que representa usarla como modelo de atención en salud infantil. (5,6) Se propone adicionalmente que uno de los objetivos de los programas a nivel nacional y local debería ser el aumento de la cobertura de la estrategia para garantizar que las intervenciones que se proponen en los tres componentes alcancen las poblaciones objetivo y se pueda garantizar el impacto esperado. (10)

Usando el conocimiento en las experiencias de evaluación previas y reconociendo las particularidades del país, se propuso la metodología y los instrumentos para la medición de la cobertura efectiva del componente clínico de AIEPI.(15) Se aplicó el modelo de evaluación teórica de programas de salud que considera dirigir la evaluación desde la teoría validada de cuales son y como interactúan todos los elementos indispensables para el funcionamiento de la intervención a evaluar.

Se propuso como objetivo medir la **cobertura efectiva** de la estrategia considerándola como la proporción de individuos de la población objetivo que reciben efectivamente las intervenciones. (16,17) Esta definición incluye un componente de calidad al concepto de evaluación y no se restringe exclusivamente a mostrar el volumen de individuos intervenidos sino otorga una visión de las cualidades de las intervenciones. En el contexto del componente clínico, se definió como población objetivo a la población de niños/niñas menores de 5 años que asisten a las instituciones prestadoras de salud (IPS).

El primer elemento para llevar a cabo la medición fue la generación de un modelo lógico de la estrategia AIEPI y un modelo de su componente clínico, que permiten la comprensión de cómo se espera que funcione la estrategia, adicionalmente sirve para ordenar la clasificación de los indicadores y reconocer los elementos específicos en los que se requiere. El segundo paso consistió en la selección de los indicadores pertinentes y relevantes que den cuenta de cada unos de los elementos del modelo.

Finalmente se realizó la selección de la metodología y validación de apariencia de los instrumentos para el levantamiento de la línea de base de cobertura del componente clínico de la estrategia AIEPI en Colombia.

Haciendo el análisis de los objetivos del componente clínico de la estrategia y las actividades propuestas para alcanzar esos objetivos, se considera que el principal escenario de desarrollo son las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y por lo tanto la evaluación debe estar dirigida a ese ámbito. Como un primer ejercicio que servirá para dar a conocer la metodología y adicionalmente para perfeccionar los instrumentos y procedimientos que se proponen sean usados en todo el país para apoyar la gestión y que complemente la evaluación de los otros componentes; se decidió hacer un ejercicio extenso de medición en dos regiones representativas del país de los departamentos de Cundinamarca y del Tolima cuyos resultados se presentan a continuación.

OBJETIVO

Realizar la estimación de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI en 7 municipios de la región centro oriente del Departamento del Tolima y en 8 municipios de la provincia Sabana Centro del departamento de Cundinamarca.

METODOLOGIA

La metodología usada para la medición de la cobertura efectiva se encuentra en el documento "Diseño de los instrumentos y metodología para el levantamiento de la línea de base de cobertura del componente clínico de AIEPI" (15) que se desarrolló por el instituto de investigaciones clínicas de la Universidad Nacional de Colombia como parte del convenio 637 entre el Ministerio de la Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.

En el presente documento se describirán los elementos generales indispensables y los particulares de la medición de la linea de base de cobertura llevada a cabo.

TIPO DE ESTUDIO

Se llevó a cabo **estudio transversal** entre el 06 de Julio de 2010 al 26 de Agosto de 2010. Este diseño permitió el conocimiento en un corto periodo de tiempo de las características y frecuencia de las intervenciones que propone el componente clínico de la estrategia AIEPI.
El estudio transversal presenta las ventajas de dar estabilidad en la medición, control de sesgos de tendencia y control de sesgo de desplazamiento.
Sin embargo los estudios transversales no permiten medir la estacionalidad de fenomeno; en ocasiones las mediciones continuas permiten establecer perfiles de la poblacion a traves de variables secundarias. De igual forma la captura de informacion continua permite realizar un seguimiento focalizado de las variables o indicadores de interes

AREA DE ESTUDIO

Se realizó una reunion con las Dras. Jovana Ocampo, Marta Velandia y los investigadores del grupo de trabajo con el fin de definir las areas de trabajo. Considerando las limitaciones de recursos y las necesidades de la medición planteadas, se seleccionaron por conveniencia

15 municipios de dos regiones diferentes del país en dos departamentos que fueran representativos de la realidad del país. Fué asi como se seleccionaron los departamentos del Tolima y de Cundinamarca y los siguientes municipios por Departamento:

CUNDINAMARCA	TOLIMA
Cajicá	Carmen de Apicalá
Chía	Coello
Cota	Cunday
La Calera	Icononzo
Tabio	Melgar
Tenjo	Flandes
Sopo	Espinal
Tocancipa	

La mayoria de los municipios de Cundinamarca se encuentran ubicados en lo que se denomina la provincia sabana centro ubicados hacia el norte del departamento. Los municipios del Tolima estan localizados en la región centro oriente del departamento limitando con el departamento de Cundinamarca. Los criterios de selección de los municipios se concertaron con la Organización Panamericana de la Salud y con el Ministerio de la protección social. Los dos departamentos cuentan con experiencias de varios años en la gestión activa de la estrategia AIEPI no solo en el componente clínico sino en el componente comunitario.

El departamento del Tolima además de los múltiples cursos de capacitación en el componente clínico de la estrategia ha tenido algunas experiencias en evaluación de la estrategia AIEPI; escenario que no dista mucho del encontrado en el departamento de Cundinamarca que por su cercania con Bogotá ha contado con múltiples intervenciones no solamente por parte de la Secretaria de Salud de Cundinamarca sino por instituciones académicas.

El segundo criterio de selección de los departamentos y municipios fué las características de la población. Todos los municipios cuentan con una población rural que habita en diferentes condiciones climáticas y con diferencias socioculturales y económicas notorias,

lo que nos permite observar el desempeño de los instrumentos y metodologia en diferentes escenarios y sugerir modificaciones para incrementar la validez de cara de los mismos.

El resto de criterios tienen que ver con la accesibilidad, la disponibilidad de vias de comunicación adecuadas para el transporte rápido, la seguridad de los municipios y su ubicación geográfica respecto a la ciudad de Bogotá.

POBLACION DE ESTUDIO

La población objetivo de la cobertura efectiva son los niños/niñas menores de 5 años y mujeres embarazadas usuarios de los servicios de atención médica provistos por las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas de los municipios seleccionados. El informante elegible para los instrumentos que se aplicaron a los menores de 5 años, son los mayores que asistian a la consulta con los niños/niñas.

Se seleccionaron instituciones de salud y los sujetos de estudio según los siguientes criterios:

Criterios de inclusión instituciones de salud:

- IPS públicas y privadas que incluya en su población de usuarios niños/niñas menores de 5 años
- Atención en la institución como mínimo de 4 niños menores de 5 años por día

Criterios de inclusión menores de 5 años:

- Haber asistido a consulta con un profesional de la salud el dia de la evaluación
- Asistir con un mayor responsable del niño
- Ser dado de alta o salir a su domicilio el mismo dia de la realización de la visita

Criterios de inclusión mujeres embarazadas:

- Haber asistido a por lo menos un control prenatal en la institución que se visita

Criterios de exclusión menores de 5 años:

- Cuidadores con problemas de comunicación oral y afecciones mentales.

Criterios de exclusión mujeres embarazadas

- Mujeres embarazadas con problemas de comunicación

INSTRUMENTOS

Se aplicaron los instrumentos validados para la medición de la cobertura efectiva del componente clínico la estrategia AIEPI en Colombia. Estos instrumentos fuerón adaptados de múltiples instrumentos usados previamente para tal propósito en la experiencia de evaluación multi país dirigida por la Organización Mundial de la Salud.(14) Se realizó una adaptación de las preguntas al vocabulario local y se crearon las preguntas que no estaban disponibles para el cálculo de los indicadores relevantes al contexto Colombiano. Los detalles del proceso de selección y adaptación de los instrumentos puede encontrarse en los informes técnicos previos presentados por el grupo del Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional de Colombia para el convenio.
Los instrumentos usados fueron los siguientes:

1. Lista de chequeo de insumos y recursos: Interroga sobre los servicios prestados y sobre los recursos humanos y técnicos disponibles.Tiene las siguientes secciones:
    a. Descripción de la institución
    b. Perfil de los profesionales de la salud con responsabilidades en el manejo de casos
    c. Dotación de insumos y equipos para la atención AIEPI
    d. Servicios de vacunación
    e. Listado de Medicamentos esenciales
2. Cuestionario 1. Instrumentos para la recolección de información a partir de registros clínicos:Recoge la información sobre el profesional que atiende al niño menor de 5 años y sobre el acto clínico durante la consulta del dia que se realiza la medición. Tiene las siguientes secciones:
    a. Información del profesional que atiende al niño
    b. Sección de Evaluación
    c. Sección de Tratamiento

3. Cuestionario 2. Cuestionario acerca de las lecciones aprendidas en la consejeria dada por el profesional que atendió al niño: Es el instrumento para la entrevista estructurada realizada al cuidador del niño/niña en la post-consulta. Incluye las siguientes secciones
    a. Datos de Identificación y sociodemográficos
    b. Información del cuidador
    c. Condiciones socioeconómicas
    d. Motivo de Consulta
    e. Evaluación de la consejeria
4. Instrumento de recolección de información de gestantes: Es el formato de entrevista estructurada que se aplicó a las gestantes que asistian regularmente a los controles prenatales en la institución visitada. Contiene las siguientes secciones
    a. Datos de identificación y sociodemográficos
    b. Condiciones socioeconómicas
    c. Evaluación de la atención a la mujer embarazada

DATOS RECOLECTADOS

Todos los datos recolectados se incluian en los instrumentos referidos previamente que recogian la siguiente información: Se captó información básica de identificación de las instituciones de salud incluidas en la medición, e información de identificación y caracterización socioeconómica de cada uno de los individuos incluidos en el estudio, tanto de los niños/niñas como de las mujeres embarazadas.

Dichos instrumentos cumplian con el objetivo del levantamiento de la información para la construcción de los indicadores de cobertura efectiva según la matriz de indicadores del componente clínico de la estrategia AIEPI. **Anexo 1**

La construcción de los indicadores incluye información sobre los criterios de implementación de la estrategia AIEPI en cada institución definidos previamente en la experiencia del grupo con expertos del componente clínico. También, se realizó una descripción del perfil de capacitación de los responsables de la atención de los niños/niñas menores de 5 años en cada institucion y se llevó a cabo un inventario básico considerado como indispensable para aplicar la estrategia en las instituciones.

Respecto a la medición de resultados, información sobre la atención recibida por los niños/niñas menores de 5 años según lo referido por los cuidadores y por el registro de la atención realizado por el trabajador de la salud en la historia clínica. Se interrogó sobre la evaluación general y sobre la evaluación del estado nutricional. En las áreas de tratamiento y consejeria se evaluó la atención a cuatro condiciones patológicas frecuentemente asociadas a morbimortalidad en la población de menores de 5 años como son: enfermedad diarreica aguda, deshidratación y dos condiciones respiratorias como son la neumonia y la crisis de sibilancia.

La medición incluye también información de la evaluación del desarrollo neurológico del niño y la verificación de la posibilidad de maltrato infantil además de la obligatoria evaluación del estado de vacunación.

Otras prácticas consideradas en los cuadros de procedimientos del curso clínico de la estrategia AIEPI consideran la atención a menores de 2 meses y la atención a gestantes desde el enfoque de riesgo perinatal se incluyeron también.

El instrumento aplicado a mujeres embarazadas interroga sobre la evaluación de riesgo perinatal y la consejeria dada en los controles prenatales.

MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA

En la planificacion del diseno muestral se tomo como referencia simulaciones de la estructura de la poblacion objetivo, con el fin de establecer un diseno probabilistico en cada una de las etapas de seleccion. La propuesta inicial era realizar un muestreo multietapico , donde se realizaria una estratificacion por municipios. En la primera fase de

muestreo se determino como unidad primaria de muestre (UPM) las instituciones, cada institucion servirian como unidad de conglomerados de las unidades de observacion , para este caso especifico ninos o ninas menores a 5 anos de edad.

La decision de tomar un diseno de conglomerados en la ultima etapa del muestreo radica en tener una poblacion infinita, es decir no tenemos dispositivo o marco de muestreo que nos permita identificar y ubicar a cada una de las unidades de la poblacion objetivo y por tanto conocer el tamano de la misma (ninos).

Al realizar la construcion del marco de muestreo de instituciones que cumplian los criterios de inclusion presentados anteriormente; se observo que el numero estimado de instituciones en el universo era menor al simulado , por tanto se decidio realizar un censo a este nivel.

Teniendo en cuenta los costos operativos y la planeacion logistica del operativo de campo, se determino realizar una seleccion por conveniencia de municipios (el criterio de seleccion de los municipios esta asociado a las condiciones operativas y costos), dentro de cada una de estas unidades se realizo censo de instituciones [1]. Al interior de cada institucion se realizo un conglomerado de 10 ninos [2]. Por tanto el diseno de muestra se aplica para cada municipio y se realizó censo de las unidades de conglomerados.

Es importante resaltar que se carece de informacion institucional o registros administrativos que permita realizar una construccion de marcos de muetreo no permite optimizar los disenos de muestreo y mejorar los niveles de error de las estimaciones.

Estas razones son un llamado a una construccion de informacion institucional integrada que permita mejorar las mediciones de los diferetenes temas de interes.

Se llevó a cabo un muestreo por conglomerados en una etapa después de haber realizado un censo de instituciones en los municipios seleccionados por conveniencia.

[1] El nivel instituciones se convierte en una variable de estratificación, dado que no se realizo selección de unidades.
[2] El conglomerado de niños tiene un dominio de estudio paciente sano/ enfermo.

Después de haber realizado la selección de los municipios se procedió a construir el marco de muestreo de instituciones prestadoras de servicios de salud y a evaluar los criterios de inclusión en cada una de las instituciones. La unidad primaria de muestreo (UPM) la constituyeron la muestra de niños/niñas menores de 5 años y de gestantes que cumplian los criterios de inclusión. Al haber tomado un censo de instituciones, esta unidad de conglomerados coincide con una variable de estratificación. El tamaño de muestra objetivo fue calculado.

INSTITUCIONES DE SALUD: Se procedió a contactar a las instituciones de salud y a solicitar su participación voluntaria. Después de haber construido el marco de instituciones de salud en los municipios de La Calera, Sopo y Tocancipá se decidió hacer un enriquecimiento de la muestra para alcanzar el tamaño muestral esperado y concertado con el Ministerio de la Protección social y la Organización Panamericana de la Salud. La expansión de la muestra se dirigió a los municipios adyacentes a los inicialmente seleccionados.

De las instituciones contactadas solamente rechazó su inclusión en la medición una institución del municipio de La Calera. El resultado final, fue la inclusión de 36 instituciones de salud distribuidas así: 26 instituciones en el departamento de Cundinamarca y 10 instituciones en el departamento del Tolima en los municipios ya mencionados. No se discriminó la muestra de instituciones por nivel de atención ni por su vinculación con el sector público o privado.

UPM. CUIDADORES DE MENORES DE 5 AÑOS: Dado que para la asistencia a la consulta médica en las instituciones no se reconoce ningún factor que pudiese conducir a un sesgo de muestreo y adicionalmente a que el objeto de evaluación era la experiencia en la consulta médica, la selección de las unidades primarias de muestreo se hizo de manera consecutiva según el orden de asistencia a las instituciones.

A todas las instituciones se asigno un tamaño de conglomerados fijo, decisión que se tomo basados en el hecho que el tamaño del marco muestral de niños/niñas que consulta no puede ser conocido previamente dado que a pesar de que hay construcción de agendas de

consulta externa en muchas instituciones estas no eran fijas y sus tamaños podían variar el mismo día de la consulta.

El tamaño de muestra objetivo por institución fueron 10 niños/niñas considerando dos dominios de estudio: Niño sano y niño enfermo. El objetivo de considerar estos dos dominios de estudio era aumentar la submuestra de niños/niñas enfermos que alimentara los indicadores de medición de cumplimiento de las actividades de tratamiento cuyo denominador corresponde a niños/niñas con diarrea, neumonia y deshidratación.

El criterio inicial para clasificar a los niños/niñas en los dominios de estudio era el motivo de consulta, que posteriomente se confirmaba con la clasificación dada por el profesional de la salud que lo atendia.

Para balancear la muestra de niños/niñas enfermos, cuando la institución contaba con servicio de urgencias, la muestra de niños/niñas enfermos se dividió captando 3 niños/niñas que asistieran a la consulta ambulatoria y 2 niños/niñas que asistieran por el servicio de urgencias.

En algunas instituciones el volumen de pacientes embarazadas que atienden la consulta médica o que asistían los días en que se realizó la visita fue muy bajo, por lo que para alcanzar el tamaño de muestra y dado que el instrumento y los indicadores evalúan la experiencia en su atención durante el embarazo y no específicamente la experiencia el día de la visita, se decidió captar la muestra faltante contactando las mujeres embarazadas para la realización de la entrevista por vía telefónica.

En las instituciones en las que la muestra de embarazadas fue difícil de captar, se solicitaron las bases de datos de las mujeres embarazadas que asistieron a la consulta en los dos meses previos a la realización de la medición y se procedió a realizar una selección aleatoria. Las mujeres embarazadas seleccionadas fueron contactadas vía telefónica por el quipo de trabajo y se aplicó el protocolo de llamada previamente diseñado para tal propósito. Se obtuvo consentimiento informado verbal y se certificó el mismo, por parte de los encuestadores previo a la realización de la entrevista. El instrumento no tuvo ninguna

modificación y se aplicó según la guía metodológica del mismo. En total el 12% de las entrevistas a gestantes se realizaron vía telefónica.

Se alcanzó una muestra total de 393 niños/niñas y 373 mujeres embarazadas. Distribuida de la siguiente manera:

	CUNDINAMARCA	TOLIMA
CLASIFICADOS COMO SANOS	**159**	**58**
CLASIFICADOS CON ENFERMEDAD	**122**	**54**
TOTAL NIÑOS/NIÑAS	**281**	**112**
MUJERES EMBARAZADAS	**279**	**94**

PROCEDIMIENTOS RECOLECCION DE DATOS

Para los procedimientos de recolección de datos se ajustaron los procedimientos de la guia metodológica previamente diseñada y validada en una prueba piloto realizada al final de su desarrollo. (15)

CONFORMACION DE LOS EQUIPOS

En campo se dividió el equipo de trabajo en tres grupos en ocasiones cuatro grupos, cuyo tamaño dependia del tamaño y volumen de la institución a visitar. Los equipos de trabajo estaban constituidos siempre por un coordinador de campo y un grupo de uno a tres encuestadores. Se distribuyeron dos equipos de trabajo un equipo de 2 encuestadores y dos coordinadores de campo en el departamento del Tolima y 3 encuestadores y 3 coordinadores de campo en el departamento de Cundinamarca.

REALIZACION DE ENCUESTA

Una vez se obtuvó la autorización por parte de las instituciones, se indagó los horarios de atención de consulta de crecimiento y desarrollo y de consulta por enfemedad. Con esta informacion se realizo un cronograma de trabajo para los equipos y de esta amenra

optimizar la recoleccion de la información. Se recolecto informacion en cada institucion hasta alcanzar el tamaño de muestra solicitado.

Se contactaron los cuidadores de los pacientes en la preconsulta y se solicitó su consentimiento informado para participar. En la post consulta se contactaron nuevamente y se aplicó el instrumento de entrevista a cuidadores. En el transcurso del dia sin perturbar el funcionamiento normal de las instituciones, se tuvo acceso a la historia clínica y se diligenció el formato de extracción de información.

Para el caso de las embarazadas, se captaron todas las embarazadas que asistieran a la institución el dia de la visita y que hubieran asistido en algún momento de su embarazo a consulta en la misma institución. No era condición que asistieran a consulta médica; algunas asistian a la realización de exámenes médicos, solicitud de consultas médicas y curso psicoprofiláctico.

Todos los procedimientos fueron estandarizados según las guias de los instrumentos y se hizo enfasis en la calidad de información recolectada durante el trabajo de campo. Los errores en la recolección de la información se corregian inmediatamente y constantemente los coordinadores de campo y los supervisores monitoreaban la calidad de la misma.

ADMINISTRACION DE DATOS Y ANALISIS

Los cuestionarios se diseñaron en el software Cardiff Teleform 10.2®™ con el proposito de digitalizar la información haciendo la lectura de los formatos con un scanner Fujitsu fi-6240.

Se construyó la base de datos siguiendo los procedimientos de verificación de información guiada por el Cardiff Teleform 10.2®™, en orden consecutivo según el código de cada municipio e institución. El uso de este software agilizó la construcción de la base de datos además de permitir verificar la calidad de la información durante este proceso y de homogenizar la base de datos.

Se exportó la base de datos inicialmente al software SAS 9,0®™ para realizar la validación de la misma a través de la malla de validación.

Por limitaciones en la licencia del software SAS 9,0®™, la base de datos validada se exportó al paquete estadístico STATA SE/10.1®™ para su análisis.

Se hizó un análisis estadístico descriptivo de la muestra, reportando medias y desviaciones estandar para las variables cuantitativas y procentajes para las variables cualitativas.

Se realizó el calculo de los indicadores e intervalos de confianza usando el conjunto de comandos **svy** de STATA que permiten realizar la correción por el efecto del diseño. Se fijaron las variables que definian el diseño de muestra y se procedió a realizar los análisis de la información bajo esta estructura (svyset). Se estableció como unidad primaria de muestreo los niños/niñas menores de 5años incluidos. Las IPS's o instituciones prestadoras de servicios de salud se definieron como la unidad del conglomerado; sin embargo dado que se realizó un censo de instituciones en cada municipio, dicha unidad de conglomerado coincide con una variable de **estratificación** reduciendo la varianza para los indicadores estimados. La estimación del error estandar se realizó por la metodología clásica de regresión lineal.

VALIDEZ DE LA INFORMACION

Criterios de validación

Los dos efectos que deben ser evitados en cada paso de la captura y procesamiento de la información son los sesgos y la varianza. El sesgo reduce el nivel de confiabilidad de la información, llevando a errores en las estimaciones de los parámetros de interés o a resultados erróneos.

Por estas razones es necesario contar con un conjunto de reglas que permitan validar la información suministrada con el fin de estudiar la integridad de los datos. Las reglas de crítica se refieren generalmente a:

- Los valores que de forma individual pueden asumir las variables
- Las relaciones que deberían existir entre una respuestas y otras

- La estructura global que se esperan de los datos.

La validación de la información es el proceso por el cual se determina si los datos cumplen con las reglas establecidas de aceptabilidad, y la importancia de las variables para tener en cuenta el registro o no. En este proceso de validación de la información suministrada, es necesario resaltar la no homogeneidad, los principales inconvenientes en la consolidación están atribuidos a:

- Errores de diligenciamiento en las variables pesos, tallas,fechas.
- Estructura de las variables solicitadas. Ejemplo: Fechas con formatos dd/mm/yyyy-mm/dd/yyyy-mmddyyyy.

Para determinar los pesos y tallas probables se usaron las formulas clínicas para la evaluación de dichas variables antropométricas y de acuerdo a las curvas de crecimiento por se calcularon 3 desviaciones estándar hacia arriba y hacia debajo del valor calculado.
Las formulas usadas fueron:

Formulas para el peso (21)

Menor de 24 meses = meses + 9 /2

2 a 6 años = Edad (años) x 2 + 8,5

Formulas para calcular talla (21)

Menor de 2 años = Edad (meses) x 2 + 54

De 2 a 5 años= Edad (años) x 6 + 77

Estos defectos de la información se detectaron y corrigieron para la base de datos consolidada de análisis. La corrección de estos registros se efectuó volviendo al registro base de la información (cuestionarios).

Consistencia de la información

La crítica de consistencia parte del principio de realizar el mínimo cambio posible a los datos para obtener una base de datos completa y corregida, las operaciones de esta crítica terminan en:

- Retirar datos de la base
- Realizar imputaciones deterministicas
- Marcar registros para realizar imputaciones probabilística.

No se realizo ningún tipo de imputación de la información, se destaca la correlaciona uno a uno existente entre el cuestionario 1 y el cuestionario 2. Para estudiar la integridad de los datos se determino las inconsistencias, ausencias, e incorrecciones internas y la corrección de registros individuales hasta asegurar la integralidad[3]. La crítica de consistencia parte del principio de realizar el mínimo cambio posible a los datos.

Tasas de no respuesta

El porcentaje de rechazos a la encuesta fue del 2%, dado que la tasa de no respuesta está dentro de los estándares establecidos, no se realizo ninguna corrección a las cifras por este factor. Para minimizar o controlar el efecto de la no respuesta es importante entrenar a los encuestadores y de ser posible informa a los respondientes con anterioridad sobre el estudio que se está realizando.

Correlación de la información

Existe una correlación entre la información suministrada por el paciente y la registrada por el médico, sin embargo la asociación de esta es no significativa estadísticamente, la primera consideración temática que se debe tener en cuenta y la cual podría determinar la sobrestimación o subestimación del indicador es definir la unidad estándar o de comparación, es decir, establecer cuál sería la información que se da como verdadera. Se encuentra asociaciones de concordancia no mayores del 50% para la preguntas sobre convulsiones, tos y respiración rápida, diarrea y vacunación.

[3] La integralidad se construye a partir de: la completitud de la información, que tan correctos son y el grado de consistencia interna.

CONSIDERACIONES ETICAS

Cada instrumento incluyó el consentimiento informado que comprendia la presentación del equipo de campo, la presentación del proyecto y la solicitud de la autorización para la revisión de la historia clínica de los niños/niñas atendidos. El consentimiento informado para gestantes incluia toda la información previamente descrita excepto la autorización para la revisión de la historia clínica.

RESULTADOS

DESCRIPCION DE LA MUESTRA

Se incluyeron 36 instituciones distribuidas en 15 municipios de dos departamentos, departamentos de Cundinamarca y departamentos del Tolima. Se presenta la caracterización de variables demográficas y socio económicas de los grupos familiares de los individuos incluidos en la evaluación.

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

En el departamento de Cundinamarca los cuidadores (personas que respondieron a la encuesta) eran principalmente las madres de los niños/niñas las cuales tenían una edad promedio entre los 20 y 30 años y en su mayoría habían alcanzado o terminado la educación secundaria. La población de cuidadores con educación universitaria o sin ningún tipo de educación resultó ser bajo comparado con el resto de niveles educativos. **(Tabla 1)**

Las muestras de niños fueron relativamente homogéneas en las características demográficas básicas para todos los municipios. La mayoría de los niños/niñas se encontraban en el rango de edad de 2 meses a 2 años con variaciones en todas las edades. La razón hombre mujer se encontraba cerca a 1 en la mayoría de municipios con algunas diferencias en municipios como Tabio y Tenjo en el que se encontró una razón significativamente superior a 1. **(Tabla 2)**

Municipios como Tabio y Tenjo muestran un mayor número de niños/niñas asegurados por el régimen subsidiado (80% y 80% respectivamente), contrastando con los municipios de Sopo, Cajicá y Cota en los que se captó una muestra que principalmente estaba asegurada en el régimen contributivo.

Tabla 1. Características del cuidador (persona que responde entrevista post consulta). Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de AIEPI. Cundinamarca. Colombia.2010

MUNICIPIO	Cajicá	Chía	Cota	La Calera	Sopo	Tabio	Tenjo	Tocancipá
n	*43*	*89*	*30*	*23*	*22*	*10*	*10*	*49*
Edad media -Años (DE)*	29 (11)	28,6 (6,8)	28,8 (8,2)	28,1 (6,9)	26,9 (7,8)	28,3 (10,3)	26,1 (5,5)	26,8 (8,2)
Relación con el niño (%)								
Madre	74,4	88,8	93,3	91,3	86,4	100	80	83,7
Padre	11,6	9	0	4,3	9,1	0	20	8,2
Hermano	0	0	0	0	0	0	0	0
Otro familiar	11,6	2,2	6,7	4,3	4,5	0	0	8,2
Otro no familiar	2,33	0	0	0	0	0	0	0
Escolaridad (%)								
Ninguno	2,33	0	0	0	0	0	0	2
Primaria	11,6	15,9	23,3	39,1	26,1	10	30	10,2
Secundaria	69,8	55,7	43,3	39,1	47,8	70	60	71,4
Técnica	11,6	15,9	26,7	13	17,4	10	10	16,3
Universitaria	4,6	12,5	6,7	8,7	8,7	10	0	0

** DE= Desviación Estándar*

En la mayor parte de municipios, el grupo familiar que cohabitaba con los niños/niñas estaba constituido por ambos padres y en segundo lugar exclusivamente por la madre; casos esporádicos se encontraron que cohabitaban con otro familiar u otra persona que no hacia parte de la familia **(Tabla2).**

Tabla 2. Caracterización de muestra de menores de 5 años departamento de Cundinamarca. Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de AIEPI. Colombia 2010

MUNICIPIO	Cajicá	Chía	Cota	La Calera	Sopo	Tabio	Tenjo	Tocancipá
Edad(n)	**43**	**89**	**30**	**23**	**23**	**10**	**10**	**49**
< 2 meses %	4,7	11,2	23,3	4,4	0	0	0	2
2 - 48 meses %	60,5	51,7	30	52,2	60,9	60	40	63,3
>48 meses %	34,9	37,1	46,7	43,5	39,1	40	60	34,7
Genero (n)	**41**	**88**	**29**	**23**	**22**	**10**	**9**	**48**
Masculino %	58,5	48,9	51,7	56,5	50	60	77	45,8
Femenino %	41,4	51,1	48,3	43,5	50	40	22,3	54,2
Aseguramiento (n)	**44**	**87**	**31**	**23**	**23**	**10**	**10**	**49**
Vinculado %	6,8	3,45	0	4,3	8,7	0	10	2
Subsidiado %	38,6	36,8	51,6	43,5	30,4	80	80	55,1
Contributivo %	54,5	59,7	48,4	52,2	60,9	20	10	42,9
Con quien vive (n)	**42**	**88**	**30**	**23**	**23**	**10**	**10**	**48**
Solo con la madre %	28,5	13,6	20	43,5	26,1	10	60	27,1
Solo con el padre %	2,38	1,2	0	0	0	0	0	0
Ambos %	69	85,2	76,7	56,5	73,9	90	40	70,8
Otro familiar %	0	0	3,3	0	0	0	0	2,08
Otro no familiar %	0	0	0	0	0	0	0	0

* (DE: Desviación Estándar)

Los motivos de consulta de la muestra se distribuyeron de manera balanceada entre consultas de niño sano y consultas por enfermedad como se observa en el **Gráfico 1 y 2** para Cundinamarca y como se esperaba según los criterios de selección de la misma.

En la muestra los diagnósticos mas frecuentes fueron Fiebre con valores entre 10-20% de la población en cada municipio, y Tos que se encontraba en rangos similares.

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Gráfico 1. Distribución de motivos de consulta en la *muestra* para la evaluación de cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Cundinamarca.Colombia,2010.

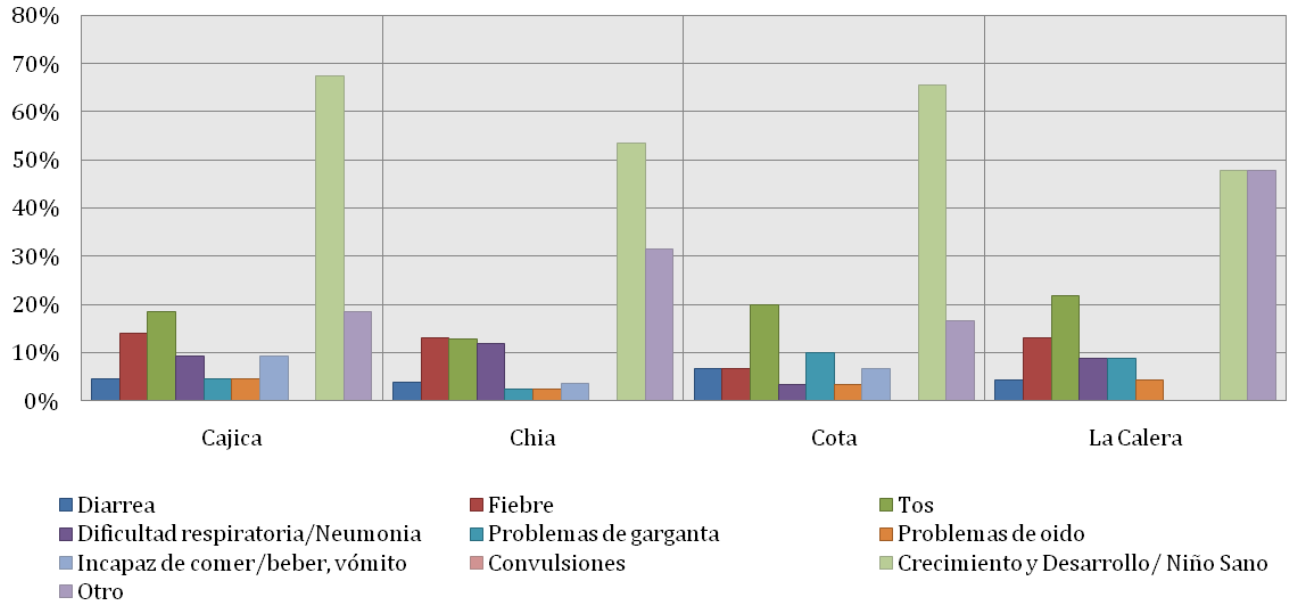
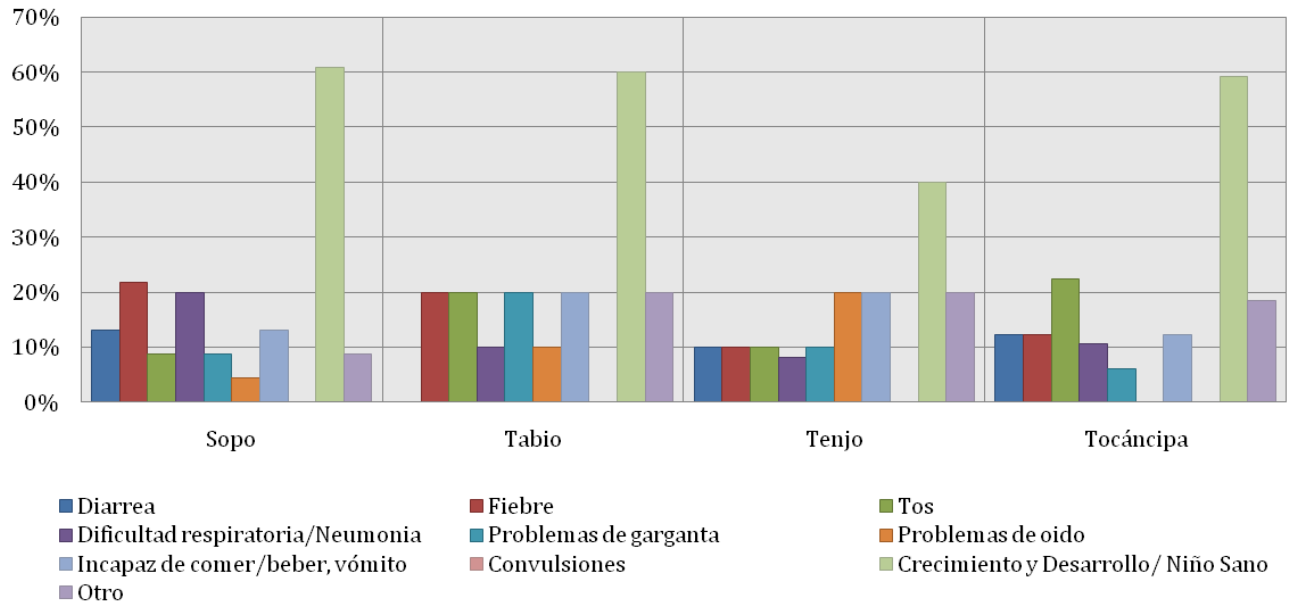


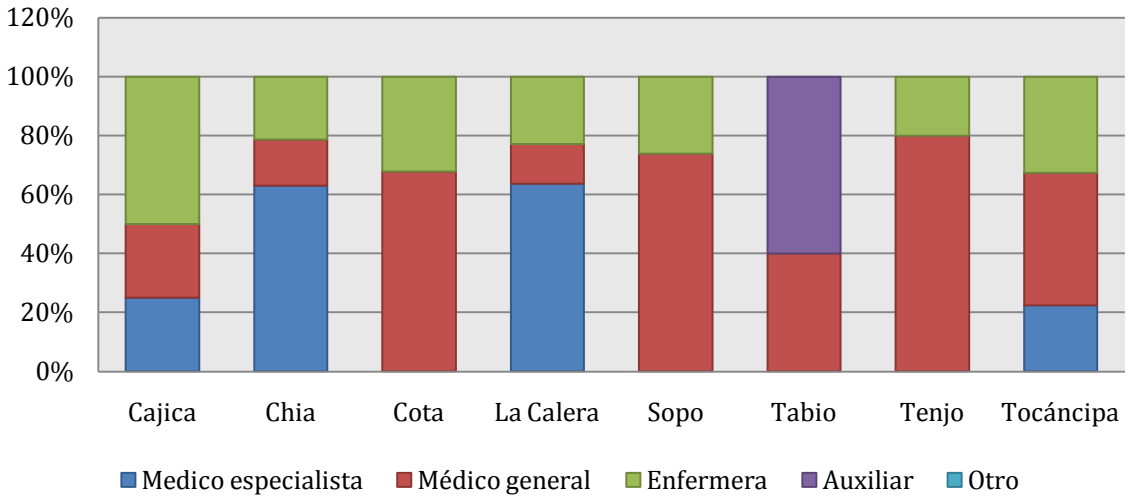
Gráfico 2. Distribución de motivos de consulta en la *muestra* para la evaluación de cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Cundinamarca.Colombia,2010.



Es importante mencionar que se presentan las frecuencias relativas por diagnóstico en la muestra, por lo tanto es posible que un solo niño incluido en la muestra tuviese mas de un diagnóstico a la consulta. La frecuencias mostradas corresponden a la descripción de la muestra y no a la distribución de consulta de la población de niños menores de 5 años que consulta. La frecuencia de crecimiento y desarrollo es solo efecto de la selección de niños que asisten a la consulta de crecimiento y desarrollo por el equipo de trabajo en campo.

En el **gráfico 5** se observa la distribución por especialidad y por municipio del profesional que atendió a los niños incluidos en la muestra. Se observa que en todos hay un porcentaje moderado de enfermeras profesionales atendiendo a los niños, siendo el mayor porcentaje en el municipio de Cajicá (50%). Solamente en cuatro municipios se encontró que los niños fueron valorados por un pediatra con una mayor proporción en el municipio de Chía (62,9%).

Grafico 5. Distribución por categoría de los profesionales de la salud que atendian a los niños/niñas. Medición de la cobertura efectiva de la estrategia AIEPI. Cundinamarca Colombia,2010.



DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

El perfil de los cuidadores fué similar al encontrado en Cundinamarca, siendo las madres los principales cuidadores con un nivel educativo al nivel de secundaria**(Tabla 3).**

Tabla 3. Características del cuidador (persona que responde entrevista post consulta). Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de AIEPI. Tolima. Colombia, 2010.

CARACTERISTICA	Carmen de Apicalá	Coello	Cunday	Espinal	Flandes	Icononzo	Melgar
n	11	12	8	25	10	12	33
Edad media -Años (DE)*	25,8 (6,8)	28,1 (9,4)	33,5 (13)	29,6 (7,72)	28,5 (8,4)	21,7 (3,9)	28,3 (7,9)
Relación con el niño (%)							
Madre	90,9	91,7	75	92	80	91,7	84,8
Padre	9,1	8,3	0	4	10	0	9,1
Hermano	0	0	0	0	0	0	0
Otro familiar	0	0	25	4	10	8,3	6,1
Otro no familiar	0	0	0	0	0	0	0
Escolaridad (%)							
Ninguno	0	0	0	0	0	0	6,1
Primaria	36,3	25	50	28	40	8,3	18,2
Secundaria	63,64	75	50	56	60	75	51,5
Técnica	0	0	0	12	0	8,3	12,1
Universitaria	0	0	0	4	0	8,3	12,1

** DE= Desviación Estándar*

En la muestra del departamento del Tolima, la edad promedio de los niños/niñas incluidos en la muestra era un poco mas alta con porcentajes superiores en el grupo de edad entre 2 años y mayores de 2 años.

La razón hombre mujer fué homogenea en todos los municipios no encontrandose diferencias importantes en el número de niños/niñas/niñas comparado al número de niñas.

En contraste a lo encontrado en la muestra de Cundinamarca, en el Tolima se evidencia un claro predominio de aseguramiento por el régimen subsidiado en la mayoria de los

municipios excepto el municipio de Melgar en el que el predominio se invierte al regimen contributivo (59,4%) **(Tabla 4).**

Tabla 4. Caracterización de muestra de menores de 5 años en el departamento del Tolima. Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de AIEPI. Colombia 2010.

MUNICIPIO	Carmen de Apicalá	Coello	Cunday	Espinal	Flandes	Icononzo	Melgar
Edad (n)	**11**	**12**	**8**	**25**	**10**	**12**	**33**
<2meses	0	0	0	12	0	0	6,1
2- 48 meses	54,6	33,3	50	52	40	50	48,5
>48 meses	45,5	66,7	50	36	60	50	45,5
Género (n)	**11**	**12**	**8**	**25**	**10**	**12**	**30**
Masculino %	63,6	41,6	62,5	40	20	50	50
Femenino %	36,4	58,4	37,5	60	80	50	50
Aseguramiento (n)	**11**	**12**	**8**	**24**	**9**	**11**	**32**
Vinculado %	9,1	0	25	16,7	0	0	9,4
Subsidiado %	90,9	100	75	33,3	100	72,7	31,2
Contributivo %	1	0	0	50	0	27,3	59,38
Con quien vive (n)	**11**	**11**	**8**	**25**	**10**	**12**	**33**
Solo con la madre %	9,9	9,09	0	32	10	41,7	27,3
Solo con el padre %	0	0	0	0	0	0	0
Ambos %	90,9	90,9	75	68	90	58,3	69,7
Otro familiar %	0	0	25	0	0	0	3,03
Otro no familiar %	0	0	0	0	0	0	0

* (DE: Desviación Estándar)

Los motivos de consulta también se distribuyeron entre consulta por control de crecimiento y desarrollo y los otros diagnóstico. En el Tolima los diagnósticos mas frecuentes siguieron siendo Fiebre y Tos, pero con porcentajes mas altos a los observados en Cundinamarca, alcanzando en esta muestra valores hasta del 40%. (**Grafica 3 y 4)**.

Gráfico 3. Distribución de motivos de consulta en la *muestra* para la evaluación de cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Tolima.Colombia,2010.

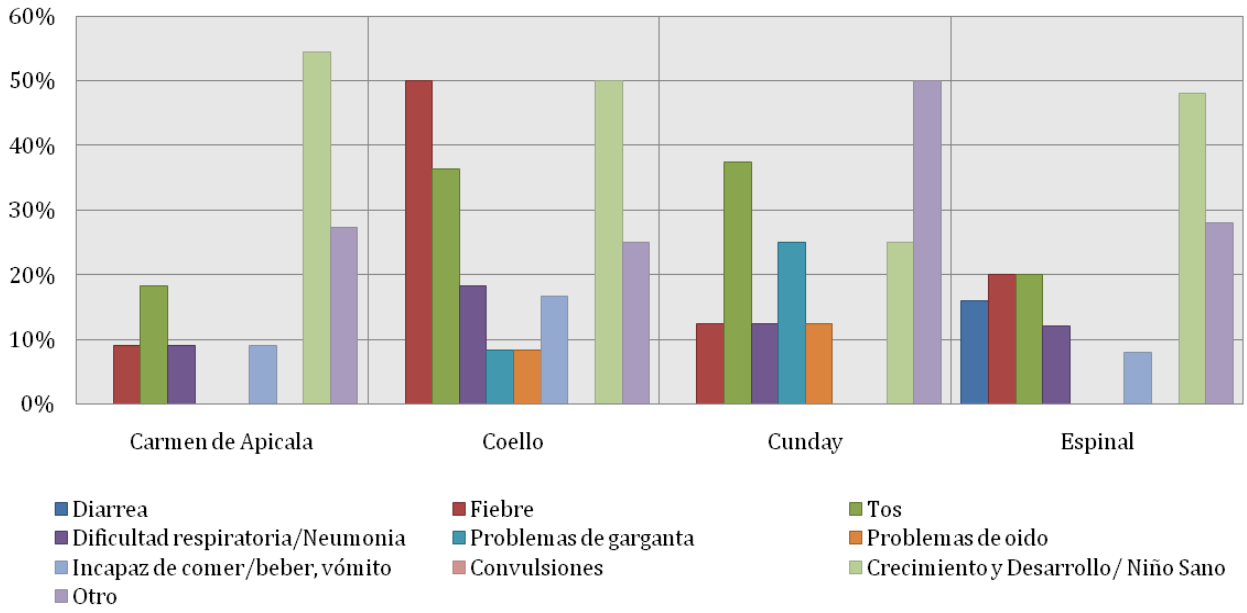
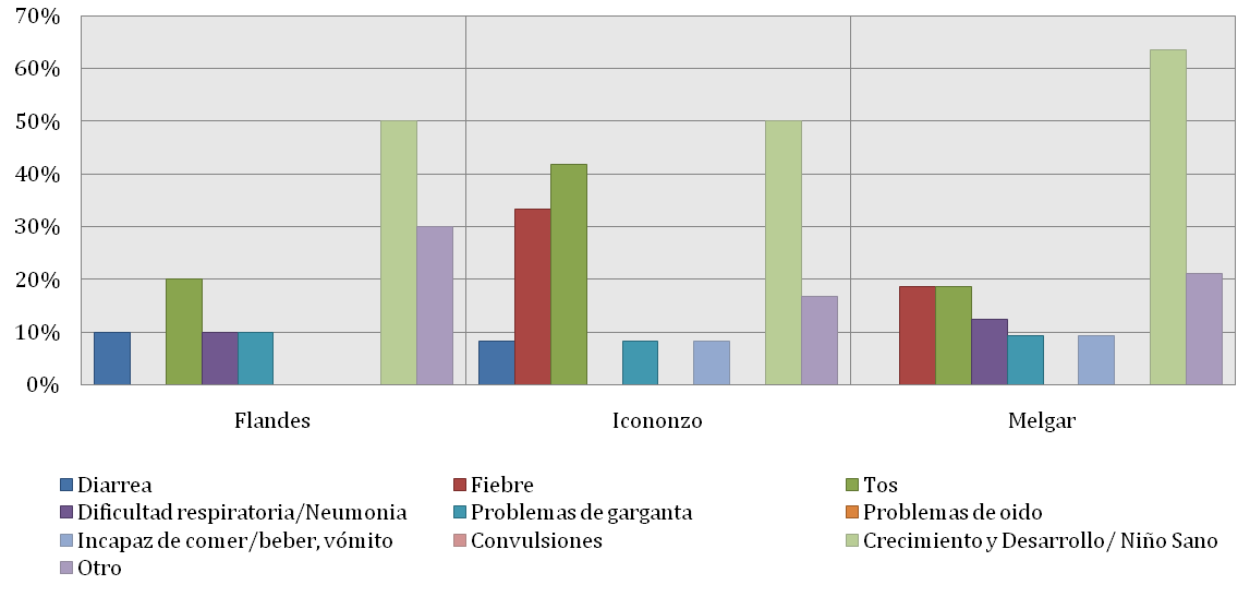


Gráfico 4. Distribución de motivos de consulta en la *muestra* para la evaluación de cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Tolima.Colombia,2010.

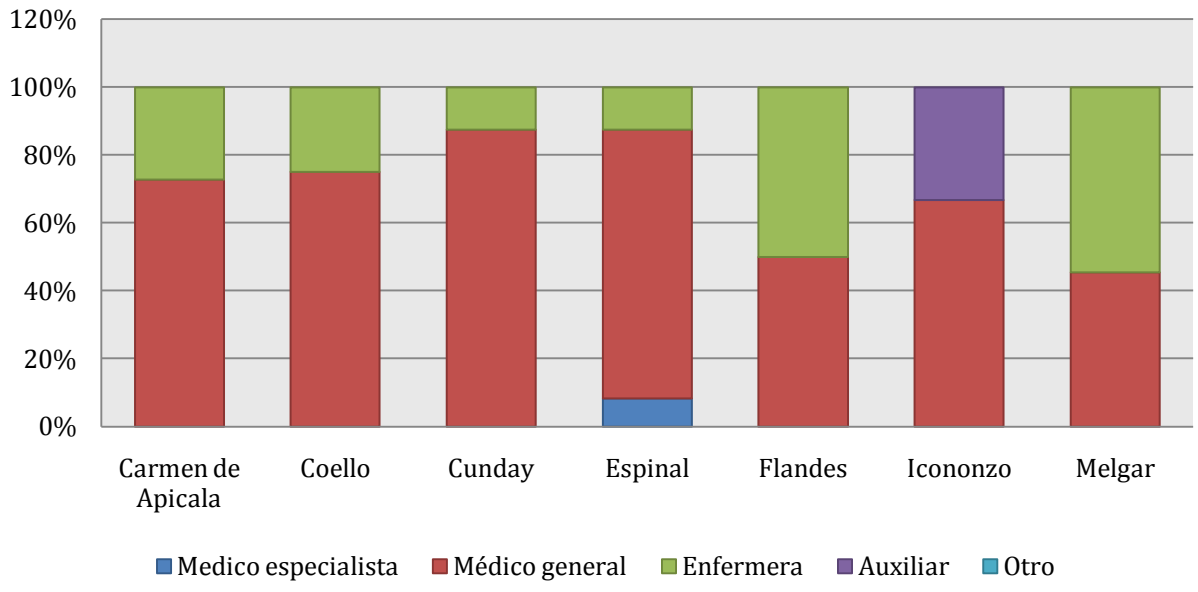


Respecto a la distribución de los profesionales que atendieron a los niños que pertenecían a la muestra, en todos los municipios excepto el municipio del Espinal, las consultas fueron realizadas principalmente por médicos generales y en una menor proporción por enfermeras profesionales. En el municipio de Icononzo, el día de la visita, la consulta de crecimiento y desarrollo fue llevada a cabo por una auxiliar de enfermería (33,2%)

La consulta por especialista representó un porcentaje muy bajo (8,3%) de la consulta de niños en el municipio de Espinal.

Es necesario aclarar que la distribución solamente corresponde a la muestra y no es representativa de la población de niños que asisten en la institución.

Grafico 6. Distribución por categoria de los profesionales de la salud que atendian a los niños/niñas. Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Tolima. Colombia,2010



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

DESCRIPCION SOCIOECONOMICA DE LA MUESTRA

La **tabla 5** presenta la descripción de las características socio-económicas de la muestra en Cundinamarca.

Tabla 5. Caracterización de variables socioeconómicas de muestra de menores de 5 años. Departamento de Cundinamarca. Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Colombia, 2010.

MUNICIPIO	Cajicá	Chía	Cota	La Calera	Sopo	Tabio	Tenjo	Tocancipá
Lugar de residencia (n)	43	88	30	23	22	10	10	49
Cabecera municipal-Urbano (%)	46,5	51,1	26,7	69,6	36,4	10	20	32,6
Vereda-Rural (%)	53,5	48,9	73,3	30,4	63,6	90	80	67,3
Nivel educativo aportante (n)	42	88	30	23	23	10	10	49
Ninguno (%)	2,4	0	0	0	0	0	0	0
Primaria (%)	11,9	23,9	30	56,5	43,5	40	20	28,6
Secundaria (%)	64,3	44,3	50	30,4	47,8	50	70	53,1
Técnica (%)	14,3	14,8	6,7	13	0	0	10	16,3
Universitaria (%)	7,14	17	13,3	0	8,7	10	0	2
Hacinamiento**	27	46	48	17	43	50	50	39
n	39	81	27	23	23	9	10	47
Disponibilidad de Cocina en vivienda (%)	100	100	100	100	100	100	100	97,9
Tipo de servicio sanitario (n)	43	89	30	23	23	10	10	49
Inodoro conectado a alcantarillado (%)	93	95,5	80	78,3	91,3	30	80	91,8
Inodoro con conexión diferente o sin conexión (%)	7	3,4	20	21,7	8,7	70	10	6,1
Letrina (%)	0	0	0	0	0	0	10	2
No servicio sanitario (%)	0	1,1	0	0	0	0	0	0
Fuente de agua para alimentos (n)	43	89	30	23	23	10	10	49
Acueducto (%)	100	100	96,7	91,3	91,3	100	100	97,7
Pozo (%)	0	0	0	4,3	4,3	0	0	2
Agua lluvia (%)	0	0	0	0	0	0	0	0
Otra fuente natural (%)	0	0	0	4,3	4,3	0	0	0
Agua embotellada (%)	0	0	3,3	0	0	0	0	0

** Hacinamiento se define como la convivencia en una habitación (sitio usado para dormir) de 3 o más personas sin importar la edad

La mayor parte de la muestra en la mayoría de municipios de Cundinamarca correspondió a población rural. En este punto es importante mencionar que las características de las zonas rurales en cada departamento varían dependiendo del nivel de desarrollo del mismo, factor contextual que se discutirá posteriormente.

Los jefes de hogar en Cundinamarca alcanzan en su mayoría la educación secundaria, esto para todos los municipios. Las condiciones de vivienda y el acceso a servicios públicos a pesar de que en su mayoría habitan en zona rural, son alto con una accesibilidad alta a los servicios de acueducto y alcantarillado.

En general el nivel de hacinamiento es bajo, con los niveles más altos alcanzados por los municipios de Tabio (50%) y Tenjo (50%).

Los niños/niñas del departamento del Tolima de la muestra, habitaban principalmente en el área urbana en la mayoría de municipios excepto en los municipios de Coello (75% rural) y de Icononzo (58,3% rural).

El nivel educativo del jefe de hogar o principal aportante sigue encontrándose en la misma tendencia excepto en el municipio de Flandes en el que la mayoría alcanzaba solamente la educación básica primaria (**Tabla 6).**

Se observa claramente un porcentaje mayor de hacinamiento para todos los niveles, que se asocia a porcentajes menores de disponibilidad de servicio de alcantarillado y de acueducto, lo que obliga a recurrir a mecanismos de desecho sanitario alternos como pozos sépticos y a fuentes de agua para consumo alternas tales como las fuentes naturales (quebradas, nacimientos, ríos etc.).

Para efectos del presente análisis se consideró hacinamiento según la definición que tiene en cuenta la densidad de personas que habitan por área de habitación; según esta definición hacinamiento se considera cuando en una misma habitación duermen 3 personas o mas sin importar la edad de las mismas. Esta definición es usada para comparar condiciones económicas y construir índices de calidad de vida a nivel internacional y nacional. (18)

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Tabla 6. Caracterización socioeconómica de muestra de menores de 5 años. Departamento del Tolima. . Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Colombia, 2010.

MUNICIPIO	Carmen de Apicalá	Coello	Cunday	Espinal	Flandes	Icononzo	Melgar
Lugar de residencia (n)	11	12	8	25	10	12	33
Cabecera municipal-Urbano(%)	72,7	25	50	88	80	41,7	69,7
Vereda-Rural(%)	27,3	75	50	12	20	58,3	30,3
Nivel educativo aportante (n)	11	12	8	25	10	12	33
Ninguno (%)	0	0	0	0	0	0	3
Primaria (%)	18,1	50	62,5	24	70	25	21,2
Secundaria (%)	81,8	50	37,5	64	30	58,3	48,5
Técnica (%)	0	0	0	4	0	0	9,1
Universitaria (%)	0	0	0	8	0	16,7	18,2
Hacinamiento**	90	83	63	56	90	50	75
n	10	12	8	22	9	12	32
Disponibilidad de Cocina en vivienda (%)	90	100	100	86,4	100	91,7	100
Tipo de servicio sanitario (n)	11	11	8	25	10	12	33
Inodoro conectado a alcantarillado (%)	90,9	27,3	50	88	70	50	69,7
Inodoro con conexión diferente o sin conexión (%)	9,1	27,3	37,5	12	20	41,7	27,3
Letrina (%)	0	0	0	0	0	8,3	0
No servicio sanitario (%)	0	45,4	12,5	0	10	0	3
Fuente de agua para alimentos (n)	11	11	8	25	10	12	33
Acueducto (%)	100	63,6	75	88	90	83,3	90,9
Pozo (%)	0	18,2	0	4	10	8,3	3
Agua lluvia (%)	0	9,1	0	0	0	0	0
Otra fuente natural (%)	0	9,1	25	4	0	8,3	6,1
Agua embotellada (%)	0	0	0	4	0	0	0

** Hacinamiento se define como la convivencia en una habitación (sitio usado para dormir) de 3 o más personas sin importar la edad

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

DESCRIPCION DE INSTITUCIONES DE LA SALUD

En la **tabla 7** se aprecia la descipción de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de todos los municipios del departamento de Cundinamarca.

Tabla 7. Descripción de instituciones incluidas en la muestra para la medición de cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI Colombia. Departamento de Cundinamarca,2010.

MUNICIPIO	Cajicá	Chía	Cota	La Calera	Sopo	Tabio	Tenjo	Tocancipá
	n (%)	*n (%)*	*n (%)*	*n (%)*	*n (%)*	*n (%)*	*n (%)*	*n (%)*
Niveles de Atención								
I Nivel	4(100%)	4 (50%)	3 (100%)	1 (50%)	2 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	4 (100%)
II Nivel	0	2 (25%)	0	1 (50%)	0	0	0	0
III Nivel	0	3 (37,5)	0	0	0	0	0	0
IV Nivel	0	0	0	0	0	0	0	0
Categoría								
Públicas	1 (25%)	1 (12,5%)	1 (33,3)	1 (50%)	1 (50%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (20%)
Privadas	3 (75%)	7 (87,5%)	2 (66,7)	1 (50%)	1 (50%)	0	0	4 (80%)
Numero de servicios habilitados por municipio*								
Urgencias	1 (25%)	4 (50%)	1 (33,3)	2 (100%)	1 (50%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (20%)
Consulta Externa	4 (100%)	8 (100%)	3 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	5 (100%)
Cirugía	0	3 (37,5%)	0	1(50%)	0	0	1 (100%)	0
Hospitalización Adultos	0	3 (37,5%)	0	1(50%)	1 (50%)	1 (100%)	1 (100%)	0
Hospitalización Niños/niñas/niñas	1 (25%)	3 (37,5%)	0	1(50%)	1 (50%)	1 (100%)	1 (100%)	0
Ginecobstetricia. Sala de Partos	2 (25%)	6 (75%)	0	2 (100%)	2 (100%)	0	1 (100%)	2 (40%)
Especialidades disponibles*								
Medicina General	4 (100%)	7 (87,5%)	3(100%)	2 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	1(100%)	4 (80%)
Pediatría	2 (50%)	7 (87,5%)	0	1 (50%)	2 (100%)	0	1(100%)	3 (60%)
Ginecobstetricia	1 (25%)	6 (75%)	0	1 (50%)	2 (100%)	0	0	2 (40%)
Cirugía General	0	3 (37,5%)	0	1 (50%)	2 (100%)	0	1 (100%)	0
Medicina Interna	0	5 (62,5%)	0	0	1 (50%)	0	1 (100%)	2 (40%)
Otras quirúrgicas	0	4(50%)	0	1 (50%)	0	0	1 (100%)	0
Servicios de vacunación disponibles	3 (75%)	6 (75%)	1 (33%)	2 (100%)	1 (50%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (40%)

* Se enumeran las instituciones que cuentan con el servicio o la especialidad. El porcentaje corresponde al porcentaje del total de instituciones del municipio.

Solo dos de los municipios seleccionados en Cundinamarca cuenta con instituciones que prestaban servicios de II nivel de atención (Chía y La Calera), adicionalmente solo el municipio de Chía cuenta con instituciones de nivel III dentro de las que se pueden mencionar a la E.S.E. Hospital San Antonio, La Clínica Teletón y la Clínica Chía que adicionalmente son centros de referencia para la provincia sabana centro.

Los servicios prestados en Cundinamarca son prestados principalmente por IPS privadas con presencia de una IPS pública por municipio. Todas las instituciones prestan servicio de consulta ambulatoria y servicios de medicina general. El municipio de Cota cuenta únicamente con servicios de atención básica sin disponibilidad de camas de hospitalización ni especialidades médico quirúrgicas, el resto de municipios disponen, en cantidades diferentes, de algunos de estos servicios. Algunos municipios cuentan con la prestación del servicio de cirugía general pero exclusivamente para la consulta externa sin habilitación del servicio de salas de cirugía.

Exceptuando los municipios de Cota y Tabio, todos los municipios cuentan con instalaciones para la atención de parto por personal entrenado, en el caso del municipio de Chía más de una institución presta servicios especializados en Ginecología y Obstetricia.

Los municipios seleccionados del departamento del Tolima tienen una densidad menor de instituciones de salud, encargándose de la atención de la población exclusivamente las IPS públicas. A diferencia de lo ocurrido en el departamento de Cundinamarca, la mayoría cuenta con servicios de Hospitalización pero sin la disponibilidad de especialidades medico quirúrgicas. El único municipio que cuenta con una institución de II nivel con algunas subespecialidades es el Espinal que funciona como centro de referencia para la región.

La presencia del sector privado en estos municipios es muy baja encontrando tres instituciones distribuidas entre los municipios de Melgar y del Espinal. **Tabla 8**

En términos generales los dos departamentos cuentan con por lo menos una institución que preste servicios de vacunación por municipio, en algunos casos hay más de una institución con servicio de vacunación, siendo el municipio de Chía el que cuenta con la mayor cantidad de estos (75% de las instituciones).

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Tabla 8. Descripción de instituciones incluidas en la muestra para la medición de cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI Colombia. Departamento del Tolima, 2010.

MUNICIPIO	Carmen de Apicalá	Coello	Cunday	Espinal	Flandes	Iconozo	Melgar
Niveles de Atención							
I Nivel	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (50%)	1 (100%)	1 (100%)	3 (100%)
II Nivel	0	0	0	1 (50%)	0	0	0
III Nivel	0	0	0	0	0	0	0
IV Nivel	0	0	0	0	0	0	0
Categoría							
Públicas	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (50%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (33,3)
Privadas	0	0	0	1 (50%)	0	0	2 (66,7)
Numero de servicios habilitados por municipio							
Urgencias	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (66,7%)
Consulta Externa	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	3 (100%)
Cirugía	0	0	0	1 (50%)	0	0	0
Hospitalización Adultos	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (50%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (66,7%)
Hospitalización Niños/niñas	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (50%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (66,7%)
Ginecobstetricia. Sala de Partos	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (50%)	0	1 (100%)	2 (66,7%)
Especialidades disponibles							
Medicina General	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	3 (100%)
Pediatría	0	0	0	1 (50%)	0	0	0
Ginecobstetricia	0	0	0	1 (50%)	0	0	1 (33,3%)
Cirugía General	0	0	0	1 (50%)	0	0	0
Medicina Interna	0	0	0	1 (50%)	0	0	0
Otras quirúrgicas	0	0	0	1 (50%)	0	0	0
Servicios de vacunación disponibles	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	2 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	1 (33,3%)

* Se enumeran las instituciones que cuentan con el servicio o la especialidad

INDICADORES POR DEPARTAMENTO

A continuación se presentan todos los indicadores por categoria de la matriz y por departamento.

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

INDICADOR GENERAL

El indicador de implementación de la estrategia considera los elementos de disponibilidad de insumos y recursos, capacitación y evaluación integral que se seleccionaron durante el consenso de expertos del componente clínico realizado en el presente año.

Los criterios de implementacion usados fueron:

- Al menos 80% de los trabajadores de la institución han recibido capacitación en AIEPI
- Disponibilidad de vacunas del PAI
- Disponibilidad de tratamientos orales esenciales
- La institución cuenta con la lista esencial
- Índice integrado de calidad (Índice de evaluación integral) igual a 1

Se observa que ninguna de las instituciones en ningún municipio cumplía con todos los criterios. Los detalles del resultado del indicador pueden ser entendidos después de observar la medición hecha de todos los indicadores de cobertura efectiva. **(Tabla 9).**

Tabla 9. Indicador General de la estrategia AIEPI Colombia. Departamento de Cundinamarca. . Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Colombia, 2010.

MUNICIPIO	Cajicá	Chía	Cota	La Calera	Sopo	Tabio	Tenjo	Tocancipá
INDICADOR	n=4	n=8	n=3	n=2	n=2	n=1	n=1	n=5
Porcentaje de establecimientos de salud en los que se está implementando el componente clínico de AIEPI	0	0	0	0	0	0	0	0

INDICADORES DE RECURSOS

En la mayoria de las instituciones de los municipios menos del 80% de los trabajadores encargados de la atención de menores de 5 años esta capacitado en la estrategia AIEPI. El valor mas alto del indicador de disponibilidad de personal capacitado en el curso clínico, se encuentra en el municipio de La Calera (50%) seguido por los municipios de Tocáncipá(40%) y de Cajicá(25%). **(Tabla10)**

Tabla 10. Indicadores de insumos y recursos. Departamento de Cundinamarca. . Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Colombia, 2010.

MUNICIPIO	Cajicá	Chía	Cota	La Calera	Sopo	Tabio	Tenjo	Tocancipá
INDICADOR	n=4	n=8	n=3	n=2	n=2	n=1	n=1	n=5
Porcentaje de instituciones de salud en las cuales más del 80% del personal de salud responsable de la atención a menores de 5años está capacitado en el curso clínico de la estrategia AIEPI.	25%	0	0	50%	0	0	0	40%
Porcentaje de instituciones que cuentan con la lista esencial de insumos	0	0	0	0	0	0	0	0
Porcentaje de instituciones de salud que cuentan con cuadro de procedimientos y tarjeta de consejería para las madres	0	25%	0	50%	50%	0	0	20%
Índice de disponibilidad de medicamentos inyectables	0,75	0,8	0,75	0,9	1	0,7	0,7	1
Índice de disponibilidad de vacunas del PAI	1	0,8	0,9	1	1	1	1	0,8
Índice para la medición de la disponibilidad de medicamentos orales esenciales	0,8	0,6	0,5	0,9	0,6	0,7	0,9	0,7

Ninguna institución contaba con la lista esencial completa. A pesar de que se encontraban algunos elementos, siempre faltaba alguno o no funcionaban adecuadamente. Dado el bajo nivel de este indicador, se decidió discriminar en el análisis la disponibilidad de cada uno de los elementos de la lista esencia que se presenta en la **tabla 11**. Se puede observar que el bajo nivel se debe principalmente a la no disponibilidad de recipientes para la preparación y

administración de suero oral. La justificación frecuente era la disponibilidad de presentaciones preparadas de suero oral.

Tabla 11. Análisis discriminado lista de elementos esenciales. Departamento de Cundinamarca. . Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Colombia, 2010.

INSUMO	Cajicá	Chía	Cota	La Calera	Sopo	Tabio	Tenjo	Tocancipá
	n=4	n=8	n=3	n=2	n=2	n=1	n=1	n=5
Balanza adulto	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Balanza bebe	100%	87,5	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Cinta métrica	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Cronometro y relojes	25%	37,50%	33%	0	50%	0	0	40%
Recipientes SRO	0	0	33%	0	0	0	0	0
Hojas de registro AIEPI	75%	37,50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

El índice de disponibilidad de medicamentos inyectables se aplicó en cada municipio a aquellas instituciones que tenian habilitados servicios de urgencias o eran nivel II o superior. En el departamento de Cundinamarca se excluyó el Sulfato de Quinina dado que es una zona no endémica para malaria. En general el indice para todos los municipios se encontraba en niveles superiores a 0,5.

Para el cálculo del indice de medicamentos orales esenciales, se excluyeron los antimaláricos en este departamento

El indice de disponbilidad de vacunas del PAI mostraba disponibilidad de todas las vacunas del PAI en las instituciones que tenian habilitado el servicio de vacunación para cada municipio. En los municipios cuyo indicador no alcanza el 100% de las vacunas se debe a la ausencia de BCG dentro del inventario de vacunas disponibles.

La disponbilidad de medicamentos orales excluyó el medicamento antimalárico oral.

INDICADORES DE CAPACITACION

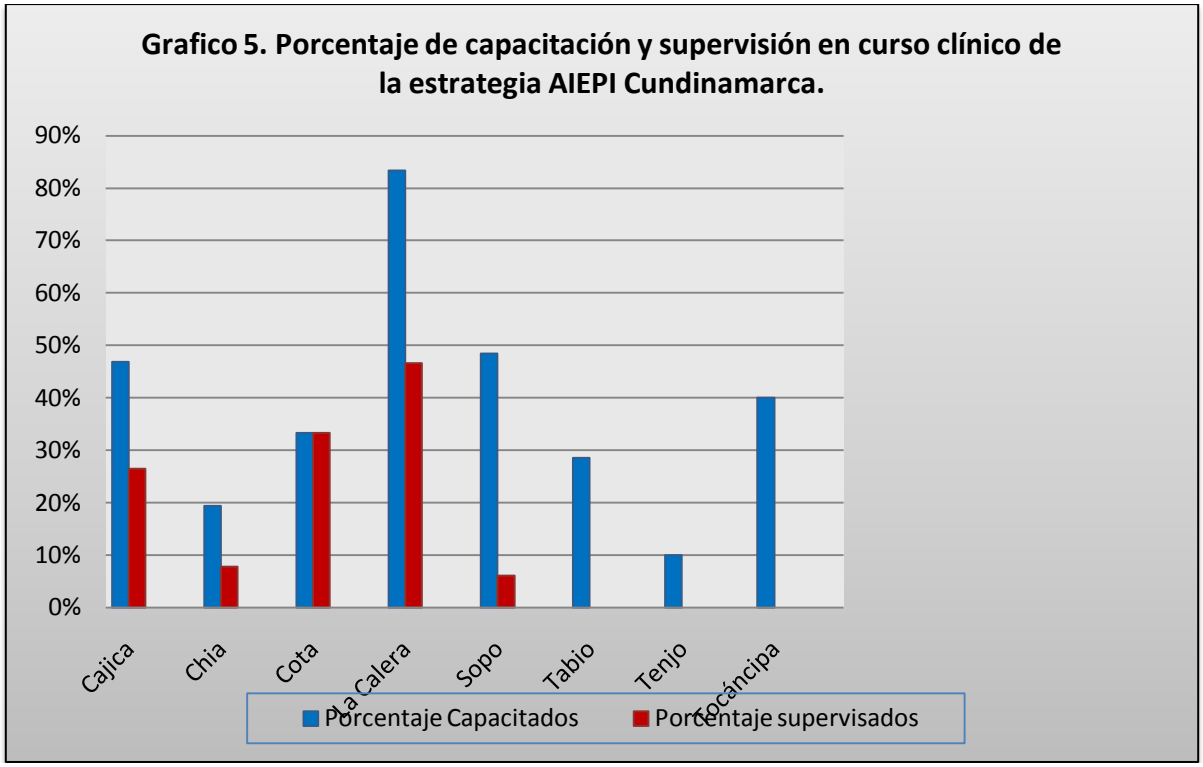
Como se puede observar en la **gráfica 5,** en general el nivel de capacitación es inferior al 50% siendo el muncipio de Tenjo el que cuenta con un menor porcentaje de trabajadores de la salud capacitados en el curso clínico (28,6%). El muncipio que mas trabajadores

capacitados tiene es el municipio de La Calera que también es el municipio que cuenta con el mayor número de trabajadores de salud supervisados.

La relación supervisión-capacitación distó de ser uno a uno siendo el porcentaje de supervisión fué muy inferior al de capacitación.

Tabla 12. Indicadores capacitación y supervisión. Departamento de Cundinamarca. . Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Colombia, 2010.

MUNICIPIO	Cajicá	Chía	Cota	La Calera	Sopo	Tabio	Tenjo	Tocancipá
INDICADOR	n=4	n=8	n=3	n=2	n=2	n=1	n=1	n=5
Porcentaje de personal de salud responsable de la atención a menores de 5 años y que está entrenado en el curso clínico del AIEPI, con criterios de calidad mínimos.	46,9%	19,4%	33,3%	83,3%	48,5%	28,6%	10,0%	40,0%
Porcentaje de supervisiones a profesionales entrenados, dentro del plazo de uno a tres meses posterior a la capacitación	26,5%	7,9%	33,3%	46,6%	6,1%	0,0%	0,0%	0,0%



INDICADORES DE RESULTADOS

EVALUACION

Se presentan los indicadores que evaluan el resultado de las actividades de capacitación que deben ser diseminadas por los trabajadores de la salud entrenados en la estrategia **Tabla 13**.

Tabla 13. Indicadores de Evaluación. Departamento de Cundinamarca. . Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Colombia, 2010.

MUNICIPIO	Cajicá		Chía		Cota		La Calera		Sopo		Tabio			Tenjo			Tocancipá		
INDICADORES	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**%**	**IC 95%**	**n**	**%**	**IC 95%**	**n**	**%**	**IC 95%**
Porcentaje de niños/niñas atendidos a quienes se les evalúa al menos 3 de los 4 signos de peligro en general.	44	**9** (1,8 – 16)	89	**5.6** (1-10)	31	**41** (33 – 50)	23	**26** (12-40)	23	**17** (2,8-32)	10	**10**	(-9,6-29)	10	**30**	(0 – 60)	49	**24**	(17 – 31)
Porcentaje de niños/niñas menores de dos meses a quienes se les evaluó la presencia de ictericia	3	**0** -	10	**0** -	8	**0** -	2	**0** -	0	– -	0	–		0	–		1	**0** -	
Índice de Evaluación Integral		**0.36** (0,31-0,41)		**0.36** (0,33-0,39)		**0.53** (0,46-0,61)		**0.51** (0,45-0,57)		**0.43** (0,33-0,53)		**0.47**	(0,34-0,60)		**0.38**	(0,22-0,53)		**0.44**	(0,40-0,48)
Porcentaje de de niños/niñas menores de 5 años en quienes se verificó la posibilidad de maltrato infantil	44	**15** (6,3-25)	89	**12** (6,6-18)	31	**38** (28-49)	23	**43** **	23	**39** (18-59)	10	**50**	(17-82)	10	**50**	(17-82)	49	**22**	(10-33)

La evaluación de los signos generales de peligro se encontró en niveles inferiores al 50% en todos los municipios; a pesar de que estos aparentemente son evaluados de rutina por el médico general, AIEPI recomienda su verificación porque es factible que alguno sea pasado por alto. Los porcentajes van desde el 5,6% (**IC95%** 1%-10%) en el muncipio de Cajicá hasta 41% (**IC95%** 33-50) en el municipio de Cota.

Un factor que pudo afectar el desempeño del indicador es la confiabilidad de la fuente usada, esto es los registros clínicos. Sin embargo los procedimientos de extracción de la información fueron estandarizados para evitar errores y se tomaron las medidas operativas para garantizar la adecuada recolección de la información.

La subpoblación de menores de 2 meses en los dos departamentos fué muy baja por lo tanto los indicadores relacionados tuvieron una muestra muy pequeña para tener un resultado significativo.

En general el indice de evaluación integral considera los elementos de esenciales de evaluación y nos da una visión general del resultado esperado en esta categoria. Encontramos indices de evaluación integral por municipio en el rango de 0,3 a 0,6 lo que nos dice que menos del 50% de las actividades de evaluación fueron llevadas a cabo. La precisión de los estimados en todas las instituciones fué alta como podemos concluir al observar la amplitud de los intervalos de confianza.

Finalmente, para el indicador de maltrato infantil observamos la misma situación que para el resto de indicadores de evaluación, con una alta confiabilidad en los estimados podemos decir que el porcentaje de niños/niñas evaluados para maltrato es bajo, siendo el municipio de Chia (12% **IC95%** 6,6% – 18%) el mas bajo entre todos los municipios, seguido por el municipio de Tocancipá (22% **IC95%** 10%-33%).

TRATAMIENTO

La subpoblación a la que se dirigian los indicadores correpondia a los niños/niñas con las enfermedades prevalentes incluidas en la estrategia AIEPI que en la población muestreada representa un porcentaje muy bajo, lo que reduce la probabilidad de selección de un niño/niña con tal condición patológica.

Como alternativa se tomó una subpoblación de pacientes un poco mas grande y se decidió calcular un indicador alternativo de la cobertura efectiva en la dimensión de tratamiento que se comporta como un indicador negativo. Los niños/niñas con infección de vias respiratorias superiores en general son una población con un tamaño significativamente mayor que el de los niños/niñas con neumonia, deshidratación o malaria. Se consideró esta población y la conducta desaprobada por el curso clínico vigente, de no dar antihistaminicos en estos casos. Se espera que el trabajador de la salud capacitado en el curso clínico de la estrategia no use los anithistaminicos en el manejo de los niños/niñas con infección de vias respiratorias superiores o clasificación de resfriado común.

Se propone entonces el indicador:

Porcentaje de niños/niñas con infección de vías respiratorias superiores a quienes se ordenó= antihistamínico oral

$$\frac{\text{Número de niños/niñas con infección de vías respiratorias superiores a quienes se formuló antihistamínico oral}}{\text{Número de niños/niñas con infección de vías respiratorias superiores}}$$

Aunque es mayor su factibilidad, la precisión de este indicador no es la optima, es posible que en experiencias de medición mas grandes pueda ser considerado para evaluar el área de tratamiento.

CONSEJERIA

El primer indicador de consejeria, referido a la subpoblación de niños/niñas con deshidratación no fué posible medirlo para la mayoria de instituciones por las mismas consideraciones previamente mencionadas para los indicadores de tratamiento; para aquello medidos, el valor fue de 0, lo que indica que los cuidadores no sabrían como administrar el suero oral al niño en el domicilio. (**Tabla14)**

El indicador de consejeria para tratamiento antimalárico y/o antibiótico en todas las instituciones tuvo un valor de 0, lo que quiere decir que de los cuidadores entrevistados, ninguno de ellos indicó correctamente la manera en que se habia ordenado y en consecuencia como se daría el tratamiento en casa. La misma consideración anterior se puede hacer para el indicador de consejeria de cuidado del recién nacido, que obtuvo el mismo resultado aunque en algunos municipios la submuestra fué muy baja.

Las prácticas de alimentación al contrario de los ocurrido con los anteriores indicadores, consideraba el grupo total de niños/niñas. El porcentaje de todos los municipios no superaba el 20%, aún cuando se incluyeron niños/niñas que asistian por consulta externa a consulta de niño sano sin ninguna condicion patológica, lo que haria pensar que las actividades se concentrarian en la educación en aspectos esenciales. Los desempeños mas bajos se observaron en los municipios de Tabio (0%) , de Cajicá (9% **IC95%** 0,9% - 17,3%) y Tocancipa (4% **IC95%** -3,9% – 11%).

Se evaluaron las recomendaciones que se hacian por parte del profesional de la salud en la frecuencia de la alimentación de los niños/niñas de diferentes edades. Evaluar el conocimiento adquirido en el área de consejeria nutricional no se deberia limitar a la frecuencia, sin embargo se consideró operativizar el indicador considerando la información básica del número de veces que la madre deberia alimentar al niño/niña(**Tabla 14).**

El indicador de signos de alarma obtuvo uno de los valores mas altos del área, con valores que superan el 60% con el mas bajo porcentaje alcanzado por el municipio de Tenjo (60% **IC95%** 27%-92%). La mayoria de las instituciones tuvieron niveles de cobertura para este indicador, adecuados.

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Tabla 14. Indicadores de Consejería. Departamento de Cundinamarca. . Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Colombia, 2010.

MUNICIPIO	Cajicá		Chía		Cota		La Calera		Sopo		Tabio		Tenjo		Tocancipá	
INDICADORES	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**
Porcentaje de niños/niñas a los que se indicó sales de rehidratación oral y cuyos cuidadores pueden describir cómo dar el tratamiento correctamente	0	_ _	2	0 _	1	0 _	0	_ _	5	0 _	0	_ _	1	0 _	5	0 _
Porcentaje de niños/niñas a los que se indicó un antibiótico y/o antimalárico oral cuyos cuidadores pueden describir cómo dar el tratamiento correctamente	2	0 _	7	0 _	6	0 _	1	0 _	6	0 _	1	0 _	3	0 _	5	0 _
Porcentaje de menores de dos meses cuyos cuidadores pueden indicar tres recomendaciones para el cuidado del recién nacido en el hogar	3	0 _	10	0 _	8	0 _	2	0 _	0	_ _	0	_ _	0	_ _	1	0 _
Porcentaje de niños/niñas cuyos cuidadores recibieron consejería adecuada sobre prácticas de alimentación del niño.	44	9 (0,9-17,3)	89	14 (7,2-21)	31	6,4 (-2,1-15)	23	9 (-2,7 – 20)	23	13 (-0,2-26)	10	0 _	10	20 (-6,2-46)	49	4 (-3,9-11)

Porcentaje de madres, cuidador o acompañante de niños/niñas menores de cinco años con conocimiento de al menos dos signos de peligro para la enfermedad por la que consulta.	44	70 (57-84)	89	68 (59-78)	31	80 (67-94)	23	65 (45-84)	23	73 (56-91)	10	90 (70-100)	10	60 (27-92)	49	77 (65-89)

OTRAS PRÁCTICAS

Tabla 15 . Indicadores de Otras Prácticas. Departamento de Cundinamarca. . Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Colombia, 2010.

MUNICIPIO	Cajicá		Chía		Cota		La Calera		Sopo		Tabio		Tenjo		Tocancipá	
INDICADORES	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**
Porcentaje de niños/niñas menores de 5 años cuyo esquema de vacunación se controla en la consulta por enfermedad	44	**66** (53-79)	89	**73** (63-82)	31	**64** (47-81)	23	**91** (79-103)	23	**69** (50-88)	10	**70** (39-100)	10	**70** (39-100)	49	**81** (71-92)
Porcentaje de niños/niñas menores de 5 años que fueron evaluados por problemas en el desarrollo	44	**79** (67-92)	89	**73** (64-82)	31	**58** (40-75)	23	**82** (66-98)	23	**86** (73-100)	10	**50** (17-82)	10	**70** (39-100)	49	**75** (63-87)
Cubrimiento de suplementación con vitamina A	29	**0** -	56	**0** -	17	**0** -	13	**0** -	14	**0** -	6	**0** -	4	**0** -	32	**0** -

Porcentaje de niños/niñas que necesitaban remisión y que fuero referidos	0	_	_	0	_	_	0	_	_	0	_	_	0	_	_	0	_	_	0	_	_	
Porcentaje de niños/niñas menores de 6 meses en quienes se verifican las prácticas de lactancia materna	3	**0**	–	10	**0**	–	8	**0**	–	2	**0**	–	0	_	_	0	_	_	0	_	_	1	**0**	–
Porcentaje de niños/niñas con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	9	**33**	(1,4-65,2)	20	**85**	(69,5-100)	14	**57**	(30-83)	3	**66**	(11-122)	5	**60**	(15-104)	2	**100**	_	2	**100**	_	9	**55**	(23-87)

El control de la vacunación de los niños/niñas fue variable en los municipios sin lograr el 100% en ninguno de ellos. Se observaron deficiencias principalmente en la evaluación de los niños/niñas que consultaban por enfermedad, en los que se concentraban los esfuerzos de la consulta en la patologia que llevaba al niño al médico. **(Tabla 15)**

Para la evaluación del desarrollo se usó como herramienta la declaración del cuidador sobre esta actividad usando claves para su identificación. La mayor parte de los municipios en general tuvieron un buen desempeño alcanzando niveles superiores al 60% sin embargo algunos tuvieron porcentajes del 50% tales como el municipio de Tabio.

La suplementación de vitamina A no se realiza en ninguno de los municipios.

Ninguno de los niños/niñas incluidos requirió remisión por lo que este indicador no fué medido.

En menores de 6 meses no se verifican las practicas de lactancia materna, en ninguno de los registros se evidenció que se evaluarán la lactancia materna en la consulta o en el contacto con el trabajador de la salud.

Los niveles de lactancia exclusiva en los primeros 6 meses no alcanza el 100% en todos los municipios, a pesar de que la precisión del estimado no es muy buena, se obtuvieron valores estimados tan bajos como desde el 33% (IC95% 1,4%-65,2%) en Cajicá. Para algunos municipios tales como Tabio y Tenjo se hubiera requerido una muestra mas grande para poder establecer con mayor certeza el valor del estimado.

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

INDICADOR GENERAL

Las consideraciones hechas para el departamento de Cundinamarca aplican de la misma manera a los resultados obtenidos en el departamento del Tolima. El nivel de implementación considerando todos los indicadores mínimos mencionados es 0 en todos los municipios.

Tabla 16. Indicador General según criterios de implementación de la estrategia AIEPI Colombia Departamento del Tolima. . Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Colombia, 2010.

MUNICIPIO	Carmen de Apicalá	Coello	Cunday	Espinal	Flandes	Icononzo	Melgar
INDICADOR	n= 1	n=1	n=1	n=2	n=1	n=1	n=3
Porcentaje de establecimientos de salud en los que se está implementando el componente clínico de la estrategia AIEPI	0	0	0	0	0	0	0

INDICADORES DE RECURSOS

En la **tabla 17** se presentan los indicadores de insumos y recursos. El indicador de disponibilidad de recursos humanos usando el límite del 80% del personal de la institución capacitado en AIEPI es 0% para todos los municipios, excepto para el municipio de Melgar en el que se observa que 1 institución cuenta con el 80% de personal capacitado en el curso clínico de AIEPI.

Para la lista esencial la situación es similar que en el departamento de Cundinamarca, se discriminó por elemento de la lista esencial y se encontró que uno de los elementos que faltaba era la disponibilidad de un reloj o cronómetro funcionante en los consultorios diferente al reloj de pulso propiedad del trabajador de la salud que estuviese en el consultorio **(Tabla 18).**

Aunque en el Tolima encontramos una disponibilidad mayor de recipientes para preparar y administrar suero oral, es el segundo elemento que faltaba de la lista esencial.

En el Tolima se ajustó el indicador de medicamento inyectables al nivel y los servicios prestados por la institución, en este caso se incluyó el Sulfato de Quinina como medicamento esencial. Aunque la prevalencia de malaria en la zona es baja, por sus condiciones geográficas sus habitantes tienen el riesgo de contraer la enfermedad.

Tabla 17. Indicadores de Insumos y Recursos. Departamento del Tolima. . Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Colombia, 2010.

MUNICIPIO	Carmen de Apicalá	Coello	Cunday	Espinal	Flandes	Icononzo	Melgar
INDICADOR	n= 1	n=1	n=1	n=2	n=1	n=1	n=3
Porcentaje de instituciones de salud en las cuales más del 80% del personal de salud responsable de la atención a menores de 5 años está capacitado en el curso clínico de la estrategia AIEPI.	0	0	0	0	0	0	33.3
Porcentaje de instituciones que cuentan con la lista esencial de insumos	0	0	0	0	0	0	0
Porcentaje de instituciones de salud que cuentan con cuadro de procedimientos y tarjeta de consejería para las madres	100	0	0	0	100	0	33,3
Índice de disponibilidad de medicamentos inyectables	0,8	0,6	0,8	0,7	0,8	0,6	0,75
Índice de disponibilidad de vacunas del PAI	1	1	1	1	1	1	1
Índice para la medición de la disponibilidad de medicamentos orales esenciales	0,6	0,6	0,7	0,9	0,4	0,2	0,5

Tabla 18. Análisis discriminado lista de elementos esenciales. Departamento del Tolima. . Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Colombia, 2010.

INSUMO	Carmen de Apicalá	Coello	Cunday	Espinal	Flandes	Icononzo	Melgar
INDICADOR	n= 1	n=1	n=1	n=2	n=1	n=1	n=3
Balanza adulto	100%	100%	100%	100%	100%	100%	66,6%
Balanza bebe	100%	100%	100%	100%	100%	100%	66,6%
Cinta métrica	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Cronometro y relojes	0	0	0	100%	100%	0	0
Recipientes SRO	100%	0	100%	0	100%	100%	0
Hojas de registro AIEPI	100%	0	100%	50%	0	0	33,3%

Se observa un índice que muestra que más del 50% de los medicamentos inyectables por municipio se encontraban disponibles.

El índice de disponibilidad de vacunas del PAI muestra que todas las instituciones contaban con el grupo completo de vacunas.

Respecto a la disponibilidad de medicamentos orales esenciales, en algunos municipios como Icononzo se observó la ausencia de algunos de estos en la farmacia de la institución no disponible para los pacientes (Índice 0,2). En Flandes y Melgar se observó que faltaban el 50% o más de los medicamentos orales esenciales (0,4 y 0,5 respectivamente).

INDICADORES DE CAPACITACION

Tabla 19. Indicadores de Capacitación. Departamento del Tolima*.. Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Colombia, 2010.

MUNICIPIO	Carmen de Apicalá	Coello	Cunday	Espinal	Flandes	Icononzo	Melgar
INDICADOR	n= 1	n=1	n=1	n=2	n=1	n=1	n=3
Porcentaje de personal de salud responsable de la atención a menores de 5 años y que está entrenado en el curso clínico del AIEPI, con criterios de calidad mínimos.	20,0%	27,3%	27,3%	11,6%	50,0%	20,0%	17,0%
Porcentaje de supervisiones a profesionales entrenados, dentro del plazo de uno a tres meses posterior a la capacitación	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%

* n en este caso es el número de instituciones por municipio

El nivel de capacitación en el Tolima es más bajo que en Cundinamarca, de la misma manera que el nivel de supervisión realizado. En ninguna institución, más del 50% de los trabajadores está capacitado en el curso clínico de AIEPI y el nivel de supervisión a los trabajadores capacitados fue del 0% excepto en el Espinal en el que algunos trabajadores de la salud fue capacitado en AIEPI (0,9%) (**Tabla 19**).

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

INDICADORES DE RESULTADOS

EVALUACION

Tabla 20. Indicadores de Resultado, categoría evaluación. Departamento del Tolima. . Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Colombia, 2010.

MUNICIPIO	Carmen de Apicalá		Coello		Cunday		Espinal		Flandes		Icononzo		Melgar	
INDICADORES	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**
Porcentaje de niños/niñas atendidos a quienes se les evalúa al menos 3 de los 4 signos de peligro en general.	11	**18** (-0,6 – 42)	12	**0** -	8	**0** -	25	**32** (18 – 46)	10	**0** -	12	**8.3** (-8- 24)	33	**30** (21-38)
Porcentaje de niños/niñas menores de dos meses a quienes se les evaluó la presencia de ictericia	0	–	0	–	0	–	3	**0**	0	–	0	–	2	**0**
Índice de Evaluación Integral	**0.41** (0,20-0,62)		**0.34** (0,27-0,40)		**0.32** (0,26-0,39)		**0.51** (0,40-0,62)		**0.23** (0,17-0,29)		**0.21** (0,18-0,26)		**0.48** (0,41-0,56)	
Porcentaje de de niños/niñas menores de 5 años en quienes se verificó la posibilidad de maltrato infantil	11	**36** (6,4-66)	12	**0** -	8	**0** -	25	**40** (22-57)	10	**0** -	12	**0** -	33	**27** (21-33)

Los resultados de los indicadores de evaluación siguen siendo bajos para todos los municipios. El indicador de evaluación de signos de peligro para todos los municipios tiene valores inferiores al 40% con municipios como Coello, Cunday y Flandes en los que el valor es 0%.

El índice de evaluación nos muestra que más del 50% de las actividades de evaluación esenciales no se llevaron a cabo en todos los municipios, siendo el municipio de Icononzo el que mostró el índice más bajo (0,21 IC95% 0,18-0,26).

La evaluación de maltrato infantil fue una de las actividades menos realizadas con porcentajes del 0% en 4 municipios, el municipio con el porcentaje de evaluación de maltrato más alta fue el municipio del Espinal (40% **IC95%** 22%-57%).

TRATAMIENTO

El resultado de los indicadores de tratamiento fue similar al encontrado en el departamento de Cundinamarca. Su medición no fue posible dada la baja frecuencia de los diagnóstico asociados al tratamiento evaluado.

CONSEJERIA

Los indicadores de consejería plantearon el mismo problema para el Tolima **(Tabla 25),** la baja submuestra de las poblaciones de niños/niñas/niñas.

Tabla 21. Indicadores de Resultado, categoría consejería. Departamento del Tolima. . Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Colombia, 2010.

MUNICIPIO	Carmen de Apicalá		Coello		Cunday		Espinal		Flandes		Iconozo			Melgar		
INDICADORES	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**%**	**IC 95%**	**n**	**%**	**IC 95%**
Porcentaje de niños/niñas a los que se indicó sales de rehidratación oral y cuyos cuidadores pueden describir cómo dar el tratamiento correctamente	0	– –	2	**0** –	1	**0** –	3	**0** –	0	– –	1	**0**	–	1	**0**	–
Porcentaje de niños/niñas a los que se indicó un antibiótico y/o antimalárico oral cuyos cuidadores pueden describir cómo dar el tratamiento correctamente	1	**0** –	1	**0** –	2	**0** –	2	**0** –	0	– –	0	–	–	2	**0**	–
Porcentaje de menores de dos meses cuyos cuidadores pueden indicar tres recomendaciones para el cuidado del recién nacido en el hogar	0	– –	0	– –	0	– –	3	**0** –	0	– –	0	–	–	2	**0**	–

Porcentaje de niños/niñas cuyos cuidadores recibieron consejería adecuada sobre prácticas de alimentación del niño.	11	0 –	12	8,3 (-8 – 24)	8	0 –	25	4 (-3,8–11)	10	0 –	12	8 (-8-24)	33	0 –
Porcentaje de madres, cuidador o acompañante de niños/niñas menores de cinco años con conocimiento de al menos dos signos de peligro para la enfermedad por la que consulta.	11	100 **	12	66 (38-94)	8	50 (12-84)	25	72 (54-90)	10	70 (39-100)	12	75 (49-100)	33	81 (69-94)

La consejería sobre las prácticas de alimentación es menor que para el departamento de Cundinamarca si comparamos los valores municipales. El valor más alto alcanzado lo tiene el municipio de Coello en el que se observa que el 8,3% (**IC 95%** -8% - 24%) de los cuidadores recibe consejería sobre adecuadas prácticas de alimentación. En varios municipios como Carmen de Apicalá, Cunday y Melgar, ninguno de los cuidadores reciben este tipo de consejería.

El conocimiento de los signos de alarma superó el 50% en todos los municipios, con valores que se encuentran en el rango de 50% a 100% de los cuidadores que tienen conocimiento de los signos de peligro. El porcentaje más bajo se observó en el municipio de Cunday (50% **IC95%** 12%-84%).

OTRAS PRÁCTICAS

La **tabla 22** presenta los resultados para otras prácticas en el departamento del Tolima.

El control del esquema de vacunación en la consulta tuvo una cobertura baja para la mayoría de municipios; Carmen de Apicalá tiene el porcentaje más bajo de niños/niñas a los que se controló el esquema de vacunación en la consulta (34% **IC95%** 6,4% - 66%). En el resto de municipios no se superó el 70% de niños/niñas a los que se evaluó el estado de vacunación.

La segunda actividad evaluada en esta categoría fue la evaluación del desarrollo según la declaración del cuidador de su experiencia en la consulta médica. Coello y Espinal presentaron los valores de cobertura más bajos (33% **IC95%** 5,3%-61% y 40% **IC95%** 20%-59%) y Carmen de Apicalá y Cunday los valores más altos (72% **IC95%** 45%-100% y 75% **IC95%** 43% -107%)

Ninguno de los menores de 2 años evaluados recibe suplementación con vitamina A.

Los indicadores de lactancia materna dada la baja submuestra tuvieron estimados poco precisos y en algunos casos no se pudieron calcular.

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Tabla 27. Indicadores de resultado, categoría otras práctica. Departamento del Tolima. . Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Colombia, 2010.

MUNICIPIO	Carmen de Apicalá		Coello		Cunday		Espinal		Flandes		Icononzo		Melgar	
INDICADORES	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**	**n**	**% IC 95%**
Porcentaje de niños/niñas menores de 5 años cuyo esquema de vacunación se controla en la consulta por enfermedad	11	**36** (6,4-66)	12	**50** (20-79)	8	**62** (26-98)	25	**48** (27-68)	10	**50** (17-82)	12	**41** (12-70)	33	**69** (54-85)
Porcentaje de niños/niñas menores de 5 años que fueron evaluados por problemas en el desarrollo	11	**72** (45-100)	12	**33** (5,3-61)	8	**75** (43-107)	25	**40** (20-59)	10	**60** (27-92)	12	**66** (38-94)	33	**69** (55-84)
Cubrimiento de suplementación con vitamina A	6	**0** -	4	**0** -	4	**0** -	16	**0** -	4	**0** -	6	**0** -	18	**0** -
Porcentaje de niños/niñas que necesitaban remisión y que fuero referidos	0	– –	0	– –	0	– –	0	– –	0	– –	0	– –	0	– –
Porcentaje de niños/niñas menores de 6 meses en quienes se verifican las prácticas de lactancia materna	0	– –	0	– –	0	– –	3	**0** -	0	– –	0	– –	2	**0** -
Porcentaje de niños/niñas con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	0	– –	1	**100** -	1	**0** –	5	**60** (15-104)	0	– –	2	**100** –	4	**50** (-0,3-100)

DESCRIPCION DE MUESTRA DE MUJERES EMBARAZADAS

Para la muestra de mujeres embarazadas se encontró en Cundinamarca una distribución predominantemente rural en algunos municipios tales como La Calera (76,2%), Sopo (68,4%), Tabio (83,3%). El resto de municipios presentó una distribución equitativa entre el área rural y urbana. La edad promedio se encontraba entre los 20 a los 30años y con una desviación estándar de 2 a 3 años. En promedio las mujeres embarazadas se encontraban en el segundo trimestre del embarazo.

El nivel educativo de la mayoría de mujeres alcanzaba el nivel secundario. Respecto a la condición socioeconómica, el nivel de acceso a servicios públicos y sanitarios fue alto, con la mayoría de la muestra teniendo acceso a acueducto y alcantarillado.

En el Departamento del Tolima la muestra tenia características similares a la muestra del departamento del Tolima con edades promedio en rangos entre los 20 a 30 años con edades gestacionales promedio que las ubicaban en el segundo trimestre. En la mayoría de municipios habían alcanzado el nivel secundaria. Aunque en su mayoría tenían acceso a servicios sanitarios, un porcentaje importante no contaba con acceso a alcantarillado alcanzando un porcentaje más alto en el municipio de Cunday (30%).

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Tabla 28. Descripción de muestra de mujeres embarazadas . Departamento del Cundinamarca. . Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Colombia, 2010.

MUNICIPIO	Cajicá	Chía	Cota	La Calera	Sopó	Tabio	Tenjo	Tocancipá
n	**47**	**74**	**35**	**21**	**19**	**12**	**17**	**52**
Edad promedio (años) (DE)	26,1(7,5)	26,5(6,6)	24.9(5,4)	23,6(6)	24(5,8)	23,3(5,1)	22,6(5,3)	23,4(4,7)
n	**46**	**75**	**35**	**21**	**19**	**12**	**17**	**52**
Edad gestacional promedio sem.(DE)	27,2(8,3)	28.9(8,9)	24.8(9,3)	23,7(10,4)	26,7(5,6)	21,5(10)	25,2(10,2)	25,1(6,9)
n	**47**	**74**	**35**	**21**	**19**	**12**	**17**	**52**
Lugar de residencia	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**
Cabecera municipal	48,9	50	51,4	23,8	31,6	16,7	41,2	40,4
Vereda	51,1	50	48,6	76,2	68,4	83,3	58,8	59,6
n	**47**	**74**	**33**	**21**	**19**	**12**	**17**	**52**
Nivel educativo	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**
Ninguno	0	0	0	0	0	0	0	0
Primaria	10,6	6,8	15,2	23,8	15,8	25	0	9,6
Secundaria	59,6	48,7	57,6	61,9	68,4	66,7	94,1	71,2
Técnica	23,4	14,9	12,1	0	10,5	8,3	0	15,4
Universitaria	6,38	29,7	15,2	14,3	5,3	0	5,9	3,9
n	**47**	**73**	**35**	**21**	**19**	**12**	**17**	**51**
Comedor	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**
Si	100	100	94,3	100	94,7	100	100	100
No	0	0	5,7	0	5,3	0	0	0
No sabe	0	0	0	0	0	0	0	0
n	**47**	**75**	**34**	**21**	**19**	**12**	**17**	**52**
Tipo de servicio sanitario	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**
Inodoro conectado a alcantarillado	100	94,7	97,1	81,0	79	58,3	100	98,1
Inodoro con conexión diferente o sin conexión	0	5,3	2,9	14,3	21	41,7	0	1,9
Letrina	0	0	0	0	0	0	0	0
No servicio sanitario	0	0	0	4,8	0	0	0	0
n	**47**	**75**	**35**	**21**	**19**	**12**	**17**	**52**
Fuente de agua para alimentos	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**
Acueducto	97,9	97,4	100	76,2	84,2	91,7	100	98,1
Pozo	0	1,3	0	0	15,8	8,3	0	1,9
Agua lluvia	0	0	0	0	0	0	0	0
Otra fuente natural	0	0	0	23,8	0	0	0	0
Agua embotellada	2,1	1,3	0	0	0	0	0	0

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Tabla. Descripción de muestra de embarazadas. Departamento del Tolima. . Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Colombia, 2010.

MUNICIPIO	Carmen de Apicalá	Coello	Cunday	Espinal	Flandes	Icononzo	Melgar
n	**10**	**10**	**10**	**20**	**10**	**10**	**22**
Edad promedio años (DE)	21,5(4,4)	24,5(7,9)	25,1(4,5)	23,1(5,3)	22,6(6)	20,9(3,1)	25,1(6,5)
n	**10**	**10**	**10**	**20**	**9**	**10**	**20**
Edad gestacional promedio sem (DE)	25,1(10,3)	24,1(8,7)	19,3(6,3)	28,5(7,9)	28,8(8,9)	25,7(5,5)	26,7(7,8)
n	**10**	**9**	**10**	**20**	**10**	**10**	**22**
Lugar de residencia	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**
Cabecera municipal	60	44,4	50	80	80	40	77,3
Vereda	40	55,6	50	20	20	60	22,7
n	**10**	**10**	**10**	**20**	**10**	**10**	**21**
Nivel educativo	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**
Ninguno	0	0	0	0	0	0	0
Primaria	0	40	30	0	10	0	14,3
Secundaria	90	50	60	75	70	80	61,9
Técnica	0	0	0	10	20	0	9,5
Universitaria	10	10	10	15	0	20	14,3
n	**10**	**10**	**10**	**19**	**9**	**10**	**22**
Comedor	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**
Si	80	90	100	84,2	100	80	90,9
No	20	10	0	15,8	0	20	9,1
No sabe	0	0	0	0	0	0	0
n	**10**	**10**	**10**	**20**	**10**	**10**	**22**
Tipo de servicio sanitario	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**
Inodoro conectado a alcantarillado	60	50	70	85	70	50	68,2
Inodoro con conexión diferente o sin conexión	40	20	30	10	20	30	27,3
Letrina	0	0	0	0	10	0	0
No servicio sanitario	0	30	0	5	0	20	4,5
n	**10**	**10**	**10**	**20**	**10**	**10**	**22**
Fuente de agua para alimentos	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**
Acueducto	90	80	100	85	100	60	95,4
Pozo	0	20	0	5	0	20	0
Agua lluvia	0	0	0	0	0	0	0
Otra fuente natural	10	0	0	0	0	20	4,6
Agua embotellada	0	0	0	10	0	0	0

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

INDICADORES DE MUJERES EMBARAZADAS

Tabla. Indicadores de Gestantes. Departamento de Cundinamarca. . Medición de la cobertura efectiva del componente clínico de la estrategia AIEPI. Colombia, 2010.

MUNICIPIO	Cajicá			Chía			Cota			La Calera			Sopo			Tabio			Tenjo			Tocancipá		
INDICADORES	**n**	**%**	**IC 95%**	**n**	**%**	**IC 95%**	**n**	**%**	**IC 95%**	**n**	**%**	**IC 95%**	**n**	**%**	**IC 95%**	**n**	**%**	**IC 95%**	**n**	**%**	**IC 95%**	**n**	**%**	**IC 95%**
Porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron al mensos dos consultas prenatales	47	80	(69-92)	75	88	(80-96)	35	77	(63-91)	21	76	(58-94)	19	79	(60-98)	12	50	(20-80)	17	88	(72-104)	52	92	(85-99)
Porcentaje de mujeres embarazadas a las que se verificó el estado de vacunación antitetánica	47	85	(75-96)	75	84	(76-92)	35	74	(60-88)	21	62	(41-82)	19	74	(53-94)	12	25	(-0,6-51)	17	88	(72-104)	52	84	(75-94)
Porcentaje de mujeres embarazadas quienes conocen dos o más signos de peligro del embarazo	47	94	(87-101)	75	84	(76-92)	35	80	(66-94)	21	76	(58-94)	19	84	(67-101)	12	67	(39-95)	17	76	(56-97)	52	84	(75-95)

En Cundinamarca la mayoría de municipios en todos los indicadores de gestantes, superaba el 80% excepto en el municipio de Tabio en el que se encontraron los porcentajes más bajos teniendo un porcentaje muy bajo en la práctica de verificación del estado de vacunación antitetánica 25% (**IC95%** -0,6% - 51%). Las otras dos prácticas no superaron el 70%.

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Tabla. Indicadores de Gestantes. Departamento del Tolima																				
MUNICIPIO	**Carmen de Apicalá**			**Coello**			**Cunday**			**Espinal**			**Flandes**			**Icononzo**			**Melgar**		
INDICADORES	**n**	**%**	**IC 95%**	**n**	**%**	**IC 95%**	**n**	**%**	**IC 95%**	**n**	**%**	**IC 95%**	**n**	**%**	**IC 95%**	**n**	**%**	**IC 95%**	**n**	**%**	**IC 95%**
Porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron al mensos dos consultas prenatales	10		70 (40-100)	10		80 (54-106)	10		60 (28-92)	20		85 (69-101)	10		80 (54-106)	10		100 _	22		86 (71-101)
Porcentaje de mujeres embarazadas a las que se verificó el estado de vacunación antitetánica	10		80 (54-106)	10		80 (54-106)	10		90 (70-110)	20		80 (62-98)	10		90 (70-110)	10		80 (54-106)	22		82 (64-99)
Porcentaje de mujeres embarazadas quienes conocen dos o más signos de peligro del embarazo	10		90 (70-110)	10		80 (54-106)	10		90 (70-110)	20		95 (85-105)	10		90 (70-110)	10		80 (54-106)	22		86 (73-100)

En general todos los municipios del Tolima alcanzaron porcentajes muy altos con indicadores precisos en la mayoria de instituciones.

El estimado puntual de todos los municipios alcanzaba y superaba el 80% en las trés prácticas.

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

RECOMENDACIONES DE AJUSTE A LA GUIA METODOLOGICA

De acuerdo a la experiencia de campo se sugieren las siguientes modificaciones a la guia metodologica usada para la medición actual:

1. La muestra para los indicadores de mujeres embarazadas puede ser captada a partir de las bases de datos de las pacientes que asisten en su control prenatal y el instrumento puede ser aplicado por via telefónica
2. Se sugiere la inclusión y validación de nuevos indicadores para la evaluación de la dimensión de tratamiento. Se sugiere el nuevo indicador que se dirige a la subpoblación de niños con infeccion de vias respiratorias superiores y el indicador de tratamiento de fiebre:

Porcentaje de niños/niñas con infección de vías respiratorias superiores a quienes se ordenó= antihistamínico oral	$\frac{\text{Número de niños/niñas con infección de vías respiratorias superiores a quienes se formuló antihistamínico oral}}{\text{Número de niños/niñas con infección de vías respiratorias superiores}}$
Porcentaje de niños/niñas con fiebre que recibieron el tratamiento recomendado	$\frac{\text{Número de niños/niñas con fiebre que recibieron el tratamiento recomendado}}{\text{Número de niños/niñas con fiebre}}$

3. Para los indicadores de las dimensiones insumos y recursos y curso clínico se sugiere incluir todas las instituciones que atienden menores de 5 años en el área en la que se realiza la medición.

DISCUSION

Es útil enfocar la discusión de resultados desde la perspectiva del modelo de evaluación del componente clínico de la estrategia AIEPI, es por eso que se organizará teniendo en cuenta dicho modelo después de haber discutido algunos elementos contextuales útiles para el análisis.

FACTORES CONTEXTUALES

Los elementos culturales, sociales, económicos y administrativos propios de cada region, se constituyen como modificadores de la calidad de las intervenciones en salud, por lo tanto en el proceso de interpretación además de vincular a los ejecutores de las acciones, se debe vincular a la población general para diseñar las mejores estrategias. En el proceso de evaluación también influyen todos los factores mencionados y la utilidad del proceso puede verse alterada si no se tienen en cuenta las características propias del sitio evaluado.

La población evaluada en el departamento de Cundinamarca, a pesar de que un porcentaje alto es de área rural, por su proximidad a Bogotá, cuenta con mejores condiciones de saneamiento y habitabilidad. El nivel socioeconómico de los cuidadores es superior, reflejado en la escolaridad y en la vinculación laboral que les permite acceder a un régimen contributivo de salud. Estas condiciones sociales y ambientales pueden disminuir el riesgo de enfermedades prevalentes de la infancia tipo Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) e Infección Respiratoria, y puede asociarse a una baja incidencia a pesar del que el rango promedio de edad consultado es en el que con mayor frecuencia se presentan estas enfermedades.

Se encontró que el grado de hacinamiento, de manera general, es bajo en los municipios evaluados de Cundinamarca. Se ha reportado que este resultado actúa como un factor protector de enfermedades respiratorias en niños menores de 5 años, (22) se esperaría que este bajo grado de hacinamiento tenga el mismo efecto en la población del área.

En los municipios del Tolima el grado de hacinamiento es mayor, estas características de las condiciones de vida imponen riesgos sobre la población menor de 5años y debería llamar la atención sobre las conductas de promoción y prevención instauradas.

Llama la atención la muestra del municipio de Coello en el Tolima, que es el que mostró mayor porcentaje de población rural y peores condiciones habitacionales; El principal motivo de consulta en la muestra de niños enfermos es Fiebre, lo que generalmente se relaciona con enfermedades prevalentes de causa infecciosa.

IMPLEMENTACION

La medición de la implementación del componente clínico de AIEPI como se mencionó previamente, es el resultado de la definición por parte de expertos en la estrategia, de las condiciones con las que deberian funcionar las instituciones prestadoras de servicios de salud bajo el modelo AIEPI en Colombia. El resultado de implementacion cero de la estrategia, es el reflejo de las deficiencias y carencias que tienen las instituciones de los dos departamentos y que no alcanzan el estado óptimo para garantizar el éxito del componente clínico de la estrategia. No se debe ver como el resultado de esfuerzos perdidos por parte de quienes han trabajados para la gestión de la estrategia sino como una herramienta para la definición de metas mucho más claras en los planes operativos que se trabajen en los municipios. El resultado debe ser interpretado desde el análisis del resto de indicadores de cobertura y no se debe observar aisladamente.

INSUMOS Y RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA

En general se observa que algunos elementos básicos e indispensables para el funcionamiento del componenten clínico de la estrategia AIEPI no estan disponibles en la mayoria de instituciones de los dos departamentos. La carencia del primer elemento esencial, el recursos humanos capacitados en el curso clínico, no es un nuevo reto

encontrado en la implementación de la estrategia. En múltiples escenarios, se han identificado los principales factores que afectan la disponibilidad del recurso humano capacitado, factores como la alta rotación del personal de salud principalmente en áreas remotas, con condiciones de vida no ideales para quienes ejercen la profesión se menciona como uno de estos factores(10). Mas adelante se discutiran todos los factores asociados con este bajo resultado.

El segundo elemento que afectó de manera importante la cobertura efectiva, es la no disponibilidad de todas las herramientas indispensables para la aplicación de los procedimientos incluidos en el componente clínico de la estrategia AIEPI, como se puede observar por los niveles de cobertura de la lista esencial.

Es notorio que en la mayoría de los casos, los elementos faltantes están relacionados con el soporte para la preparación de las soluciones para hidratación oral de acuerdo a lo recomendado en el curso clínico en el momento de su diseño inicial, cuando no se contaba con soluciones listas para su administración como sucede en la actualidad.

Dado que los cuadros de procedimientos funcionan de manera secuencial y operativa, el deficit en la realización de alguna medición o falla en la evaluación puede tener como consecuencia una clasificación inadecuada y esto llevará a un tratamiento y consejeria inadecuadas, lo que se ve reflejado en los indicadores de resultado.

Ninguno de los elementos que recomienda el componente clínico de la estrategia AIEPI tienen un alto costo y son elementos que solo requieren de la gestión por parte de los encargados, de proveer los insumos en las instituciones.

Todos los medicamentos incluidos como esenciales para la implementación del componente clínico según las guias vigentes en el momento de la realización de la evaluación, estan incluidos dentro del Plan Obligatorio de Salud, lo que facilita la accesibilidad y uso de los mismos, lo que puede estar asociado a los buenos resultados en los índices que evaluan estos elementos.

Algo similar ocurre con la disponibilidad de vacunas que en la mayoria de instituciones se encuentra en el 100% y en las que falta alguna de estas se justifica su ausencia, caso

particular de la vacuna BCG que se mencionó previamente, que es una vacuna que corresponde su administración para los recien nacidos y no todas las instituciones estan encargadas de la atención de esta población. Esta situación es particularmente observada en Cundinamarca en la que la disponibilidad de múltiples IPS, permite la especialización de las mismas y la exclusión de ciertos servicios, en contraste con el departamento del Tolima en el que la mayoria de municipios contaban solamente con una institucion y todas ellas prestaban unicamente los servicios del nivel I.

Adicionalmente a lo anterior, los esfuerzos realizados por el Programa Ampliado de inmunizaciones incluye actividades que trabajan paralelamente por la población objetivo de la estrategia AIEPI.

Para el efecto de futuras mediciones es importante tener en cuenta el contexto institucional de la misma manera que se hizo en el presente estudio, en el que variables como nivel de atención y localización geográfica de riesgo para malaria modificaron la construcción de algunos índices.

CURSO CLINICO

Se observa que un pobre nivel de capacitación del personal de salud encargado de la atención de los niños y niñas menores de 5 años, con ausencia de actividades de supervisión a dichas capacitaciones. Es de anotar que en muchas instituciones de salud en nuestro medio el personal es flotante como ya se mencionó, es decir cambia con frecuencia de lugar de trabajo, y podría darse el caso que en efecto se hayan realizado capacitaciones del curso clínico en las diferentes entidades pero el personal ha rotado de servicio o de institución.

Es preocupante la falta de continuidad en el proceso de capacitación y supervisión del curso clínico de la estrategia.

El curso clínico de AIEPI es uno de los elementos esenciales para lograr resultados en la estrategia y es la actividad central del componente clínico. Múltiples factores afectan la disponibilidad de personal capacitado y la realización del curso clínico.(10,19) Dentro de

las barreras identificadas en otros contextos estan la duración del curso clínico, que hace que sea costoso para las instituciones permitir que un trabajador de la salud, se ausente de sus labores asistenciales durante los 11 dias que dura el curso clínico (19). Otros factores como las técnicas pedagogicas del curso, la desactualización de las guias y la pobre abogacia de la estrategia, pueden hacer que la participación en el curso clínico y la adherencia a las prácticas recomendadas sea baja sobretodo por los trabajadores de la salud profesionales(10,19). Se hace necesario durante el ejercicio de interpretación, identificar las barreras específicas de cada uno de los Municipios e instituciones que contribuye al bajo resultado.

Problemas particulares para nuestro contexto y que hicieron parte de la experiencia en campo fué la ausencia de registros confiables sobre el estado de capacitación del personal de las instituciones. En el momento de la medición, en las IPS no se reconocen las instituciones que tienen la capacidad para ofrecer el curso ni aquellas que pueden proveer un certificado que garantice que el curso clínico ha cumplido con determinados criterios de calidad. En consecuencia a lo anteriomente mencionado, no hay un registro confiable sobre el número de trabajadores capacitados y la informacion corresponde a la información proveniente de los cursos realizados por la institucion o a lo referido verbalmente por los trabajadores de la salud.

La supervisión al curso clínico se usa como herramienta para garantizar la adherencia a las prácticas propuestas por AIEPI y corregir los errores en su implementacion, por lo tanto la baja cobertura de este indicador es una oportunidad perdida para la mejoria del efecto que tiene el curso clínico sobre las habilidades del capacitado.

Las estrategias para mejorar el resultado del indicador de capacitación y supervisión a nivel local en nuestro contexto, requieren concentrarse en medidas que inicialmente reduzcan la migración del personal,(20) uso de herramientas alternativas de capacitación como la educación virtual o la asistencia a cursos cortos y garantizar la supervisión despues de la certificación de los trabajadores en un curso clínico.

La información sobre la capacitación correspondia a la información obtenida de los encargados de las oficinas de recursos humanos, coordinadores médicos o gerentes de las instituciones. Dado que al momento de la realización de la medición la certificación del curso clínico no se encontraba estandarizada, el criterio de calidad de los cursos que recibieron los trabajadores de la salud fué dificil de establecer.

De la misma manera, la verificación de la calidad de la supervisión realizada a los trabajadores de la salud fué imposible de realizar, lo único que se verificó para esta información según la guia metodológica del instrumento, es durante la supervisión se haya realizado la observación de la atención de casos.

En el momento, es importante definir en Colombia la responsabilidad en el entrenamiento del curso clínico; no se ha establecido si son las instituciones los que deben garantizar la certificación de sus empleados o si son los trabajadores de la salud quienes deben buscar y financiar la certificación.

Tampoco se ha establecido la responsabilidad en la supervisión, ni la manera en que se operativizarán las guias para la supervisión posterior a la capacitación. Estos y otros aspectos requieren la exploración por parte de expertos en el componente clínico de AIEPI y de los tomadores de decisiones, de las mejores estrategias y alternativas que consideren la participación de todos los actores del sistema.

RESULTADOS

Claramente, el resultado de los indicadores de cobertura previamente discutidos, es un marcador de la calidad del componente clínico de la estrategia medido por los indicadores de las prácticas de evaluacion, consejeria, tratamiento y otras prácticas clínicas que se encontró en niveles bajos en todos los municipios.

Todos los elementos de la cobertura afectan directamente el desarrollo de las fases del proceso clínico como se mencionó previamente por lo tanto el análisis de los resultados no puede hacerse aisladamente.

A pesar de las recomendaciones del componente Clínico de la estrategia, de evaluar en forma integral el menor de 5 años independientemente de si cursa con enfermedad o no, incluyendo verificación de aspectos de nutrición, neurodesarrollo, vacunación y posibilidad de maltrato infantil, esto no se logra. Una explicación probable de los bajos niveles en los indicadores, principalmente en la evaluación de los niños y las niñas que consultaban por enfermedad, en el hecho de que los trabajadores de la salud concentran los esfuerzos de la atención en el motivo de consulta que llevaba al niño o la niña al médico olvidando otros aspectos no menos importantes. El porcentaje de niños/niñas evaluados para verificar la posibilidad de maltrato es muy bajo, mejorando un poco la evaluación de los aspectos nutricionales, vacunación y neurodesarrollo; areas en las que se logra un nivel aceptable. En un país con muertes accidentales y muertes violentas entre las 5 primeras causas de mortalidad en menores de 5 años(2), se hace indispensable insitir en la no perdida de oportunidades en la defensa de los derechos de los menores maltratados.

Es de anotar que podría haber registro incompleto de la información al no utilizar las hojas de registro diseñadas para tal fin en la estrategia AIEPI por lo tanto una estrategia para impulsar la realización de las actividades sugeridas en los cuadro de procedimiento, es la adaptación de los registro específicos de AIEPI como formato de historia clínica para los menores de 5 años.

El indicador que da una visión global del área de evaluación es el indice de evaluación integral que obtuvo puntajes bajos, demostrando una baja adjerencia a las prácticas de evaluacion en los dos departamentos y mostrando que el 50% o mas de las actividades de evaluación se pierden en la consulta.

Para evaluar tratamiento, no hubo datos concluyentes en el presente estudio como consecuencia de la baja submuestra captada para construir el denominador. A pesar de eso se proponen dos indicadores que tienen el potencial de incrementar la población objetivo. Dado que el motivo de consulta más frecuente del grupo de niños con enfermedad es fiebre, seguido por tos y dificultad respiratoria, un indicador de medición de tratamiento de acuerdo a lo sugerido en los cuadros de procedimiento del componente clínico podría

diseñarse teniendo en cuenta el manejo de la fiebre, cuya recomendación es universal. Un segundo indicador sugerido fue descrito y corresponde a la actividad de restringir los antihistamínicos en niños con infección de vías respiratoria superiores.

Un grupo de indicadores que toman importancia en la calidad de la implementación de la estrategia, son los indicadores de consejeria; actividad determinante para el cuidado del niño en el domicilio. Es llamativo el hecho de que en las recomendaciones dadas en la consejería, el indicador de signos de alarma obtuvo uno de los valores mas altos del área, con valores que superan el 60%; sin embargo en la evaluacion inicial que se realiza al niño o niña durante la atención, no se interroga la presencia de esos signos de alarma a través de la verificación de los signos generales de peligro (se documentó en menos del 50% de los casos).

Se encontraron deficiencias importantes significativas en el área de consejeria nutricional. La consejeria nutricional tiene el proposito de reducir las malas prácticas de alimentación de los niños, lo que en ocasiones es causa de malnutrición y desnutrición. Un nivel bajo de este indicador debe llamar la atención sobre la prevención y medidas de prestación de servicios frente a una de las condiciones que se ha asociado con la mayor comorbilidad como la desnutrición.

Las muertes neonatales representan mas del 50% de las muertes totales en menores de 5años para algunas regiones del mundo; en las Américas esta cifra es un poco inferior a ese 50% (2). En nuestro ejercicio de medición notamos que las actividades dirigidas a los menores de 2 meses fueron realizadas en un muy bajo porcentaje lo que puede tener un efecto negativo sobre la mortalidad en los menores de 5 años. Es importante entonces insistir en arbir el espectro de edades en las que se promocionan las prácticas recomendadas por AIEPI e insistir en el ejericicio de los cuadros de procedimientos dirigidos a la población de neonatos.

OTRAS PRACTICAS CLINICAS

Nuestro país cuenta con una tasa de cobertura de vacunación general superior al 90%(), sin embargo a pesar de esto encontramos evaluación del estado de vacunación en la mayoria de municipios inferior al 60%, lo que pone a los promotores de la vacunación fuera de los consultorios. Las coberturas de varios de los municipios incluidos para el 2009 no alcanzó la media nacional y municipios como Tabio y La Calera en cundinamarca y Coello y Cunday en el departamento del Tolima no superaron una cobertura de 70% en menores de una año.

La promoción de intervenciones tan efectivas como la de vacunacion debe atravesar todo el sistema de salud y hacerse de manera muy activa garantizando coberturas superiores a la encontrada actualmente, impulsar las prácticas rutinarias de evaluación de la vacunación según recomienda AIEPI contribuirá al incremento de las coberturas nacionales.

Para el cálculo del indicador de cobertura de vacunación, es necesario hacer una evaluación de los datos para la medición de la cobertura de vacunación en el área donde se este aplicando la metodología y analizar los datos según la información reportada para los menores de 5 años, adicionalmente esta información será recolectada durante la evaluacion de la cobertura del componente comunitario de la estrategia AIEPI.

Las alteraciones en el desarrollo son uno de los problemas mas frecuentes y usualmente desatendidos en la atención médica, lo que trae consigo efectos sociales para el individuo y su familia. Generalmente se ha dejado la valoración del desarrollo del niño para el momento de los controles de crecimiento y desarrollo y no se reconoce la importancia que tiene la valoración integral del niño en cualquier contacto con los servicios de salud. Se debe reconocer que la valoración integral del desarrollo debe ser una actividad ajustada al ámbito del que se esté hablando ya que en contextos como el de urgencias, hacer una valoración integral del desarrollo tomaria mucho tiempo sin embargo no necesariamente significa que no se pudiese llevar a cabo una valoración muy general. La definición de estas variaciones debe ser llevado a cabo en consenso con expertos en el componente clínico de la estrategia.

Una situación contraria a lo visto para la mayoria de indicadores de niños/niñas, lo constituye el resultado de indicadores de mujeres embarazadas en quienes los indicadores de cobertura tuvieron valores superiores al 70% en prácticas como la vacunación antitetánica y en el conocimiento de los signos de alarma. La cobertura en prácticas de cuidado en el embarazo, desde la perspectiva AIEPI, lo que hace es reducir el riesgo del niño/niña desde su gestación, minimizando el impacto en el recien nacido de las condiciones patológicas que afectan a la embarazada. El énfasis puesto en los programas de salud materno perinatal se ven reflejados en los resultados observados lo que adicionalmente puede estar afectado por el componente social y emocional que rodea el embarazo.

DISCUSION METODOLOGICA Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La evaluación de la cobertura efectiva de la estrategia AIEPI requirió no solamente la aplicación juiciosa de metodologías para la medición de la extension con la que se implementa. Reconocer la complejidad de la intervención, permitio ajustar el proceso de evaluación y la necesidad de incluir múltiples metodos para producir información que de manera integral de cuenta del estado de la implementación de la estrategia con el propósto último de hacerla últil para la operación de la misma y para la abogacia política que necesita el mejoramiento las condiciones de salud y calidad de vida en los menores de 5años.

Este trabajo contiene algunas limitaciones inherentes al diseño, tal como la factibilidad de obtener información de calidad para el diligenciamiento de los instrumentos de recolección a partir de registros clínicos. Es conocido, que de acuerdo al grado de implementación de los programas de garantía de calidad de cada institución, el registro de las historias clínicas pudo ser de muy baja o de alta calidad. Esto se evidenció principalmente en redes de atención privadas, donde se encontraba estandarizada de manera electrónica la información recolectada por el profesional de salud, en algunos casos con formatos AIEPI adaptados, lo

cual facilitó la extracción de formación para llenar el cuestionario 1. Por el contrario, en algunos hospitales públicos se observó que el registro era deficiente y no permitía una captura adecuada de información.

Otro aspecto a resaltar del registro clínico, es la validez de la información extraída. El hecho que no se reporte si se desarrolló o no una actividad de evaluación, tratamiento o consejería no significa contundentemente que el profesional de salud no realizó la actividad. Sin embargo, dentro del marco de la estrategia AIEPI, todo el personal que atiende menores de 5 años, debe registrar las actividades realizadas.

En cuanto a la veracidad de la información recolectada a través de encuestas, para disminuir el sesgo de respuesta se introdujeron preguntas dummy que actuaron como herramientas de validación de la información. El desempeño de estas herramientas como estrategia de evaluación de validez de los registros clínicos debe llevarse a cabo en ejercicios posteriores que tengan este propósito específico.

Un punto a considerar, es la factibilidad de desarrollar esa información dado que no se han estandarizado los formatos para registrar dichas actividades, por lo tanto esa variabilidad de formas no facilita el registro durante la consulta. El ministerio de protección social dentro del marco de habilitación podría contribuir a que este proceso sea homogéneo para todas las IPS y así el monitoreo de indicadores de cobertura y/o impacto puede ser realizado de una manera más exacta.

Los proyectos que implican un trabajo de campo necesitan apoyarse en información aportada por entes gubernamentales. En el desarrollo de este proyecto encontramos que existe la posibilidad de que el marco muestral desarrollado no reflejé el universo de instituciones prestadoras de servicios de salud en un área determinada debido al sub-registro de IPS y la actualización de las fuentes donde se encuentran IPS habilitadas y acreditadas. Adicionalmente no se incluyeron instituciones donde atendían menos de 4 consultas con niños menores de 5 años diariamente, esto puede sobreestimar en cierto grado los indicadores dado que es posible que las instituciones donde tienen un volumen

pequeño de consultas no tengan implementado AIEPI de la misma manera. Sin embargo, debido a limitaciones operativas y de recursos disponibles se debe realizar de esta manera. Así, lo han sugerido experiencias internacionales.(4)

Como valor agregado a esta evaluación, se evidencio, en varias IPS, que al final del proceso de medición de cobertura de AIEPI, surgió un interés por conocer los métodos e implementarlos en sus instituciones. Esto puede ser el inicio de una nueva cultura de monitoreo de la estrategia; útil para aumentar la implementación del componente clínico de AIEPI en Colombia y de esta manera mejorar la salud de niños y niñas menores de 5 años y mujeres embarazadas en Colombia.

CONCLUSIONES

Como una primera aproximación a la línea base de cobertura en AIEPI clínico, los resultados permitirán identificar los puntos que necesitan ser mejorados y de esta manera las mediciones de monitoreo permitirán ver el avance del trabajo realizado a nivel gubernamental e institucional por las diferentes IPS. Es importante mostrar que todos los aspectos de la estrategia AIEPI se han identificado como puntos relevantes a evaluar puesto que su implementación no ha sido adecuada tal y como lo muestran los indicadores.

Con el fin de mejorar la cobertura de AIEPI en las IPS, es recomendable que dentro de los criterios de habilitación se solicite la implementación de mediciones de monitoreo para que las IPS se concienticen de los aspectos a intervenir que se están desempeñado de manera deficiente y por lo tanto se puedan generar políticas institucionales que mejoren la estrategia y a su vez la salud de los niños de la comunidad.

El proceso de evaluación no debe limitarse a la medición de indicadores que de manera cruda sean interpretados como la única realidad observable del componente clínico de la estrategia AIEPI. Los indicadores presentados deben ser contextualizados y puestos a funcionar contrastandolos con la experiencia que tengan los responsables de la ejecución de las actividades tanto de gestión como operativas, es decir gerentes y personal de salud.

El proceso de evaluación no termina con la medición de indicadores, debe continuar hasta la interpretación de los resultados y la formulación de estrategias de mejoramiento asi como de compromisos por parte de cada uno de los actores involucrados. Guias claras de diseminación de la información producto de este informe debe ser planeada asi como las estrategias participativas para la formulación de responsabilidad e intervenciones para el mejoramiento.

Definitivamente el éxito de una estrategia como AIEPI requiere de la diseminación de la filosofia de la estrategia a todos los niveles del sistema. Actividades de gestión deben ser llevadas a cabo no solamente por el nivel institucional sino desde el nivel central para

garantizar la adecuada adherencia a las prácticas propuestas por el componente clínico que debe ser complementado con las actividades formuladas por el AIEPI comunitario.

DESCRIPCION DE ANEXOS

Se incluyen con el presente documentos los siguientes anexos como productos adicionales entregados en archivos adjuntos:

1. Matriz de indicadores ajustada
2. Instrumentos y guias metodológicas de los instrumentos
3. Bases de datos validadas para cuestionario 1, cuestionario 2, mujeres embarazadas y lista de cheque de insumos y recursos y guía metodológica
4. Descripción de muestra de instituciones
5. Descripción de variables, formulas de cálculo para indicadores y guias de evaluación de tratamiento adecuado

REFERENCIAS

1. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 del 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá, 10 de Agosto de 2007.
2. Ministerio de la Protección Social. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 08. Colombia 2009.
3. Thompson ME, Harutyunyan TL. Impact of a community-based integrated management of childhood illnesses (IMCI) programme in Gegharkunik, Armenia. Health Policy Plan. 2009 Mar;24(2):101-7. Epub 2009 Jan 15.
4. Huicho L, Davila M, Gonzales F, Drasbek C, Bryce J, Victora CG. Implementation of the Integrated Management of Childhood Illness strategy in Peru and its association with health indicators: an ecological analysis. Health Policy Plan. 2005 Dec;20 Suppl 1:i32-i41.
5. Bryce J, Victora CG, Habicht JP, Black RE, Scherpbier RW.MCE-IMCI Technical Advisors. Programmatic pathways to child survival: results of a multi-country evaluation of Integrated Management of Childhood Illness. Health Policy Plan. 2005 Dec;20 Suppl 1:i5-i17.
6. Arifeen SE, Hoque DM, Akter T, Rahman M, Hoque ME, Begum K et al. Effect of the Integrated Management of Childhood Illness strategy on childhood mortality and nutrition in a rural area in Bangladesh: a cluster randomized trial. Lancet. 2009 Aug 1;374(9687):361-2.
7. Masanja H, Schellenberg JA, de Savigny D, Mshinda H, Victora CG. Impact of Integrated Management of Childhood Illness on inequalities in child health in rural Tanzania. Health Policy Plan. 2005 Dec;20 Suppl 1:i77-i84

8. Kundra S, Singh T, Chhatwal J. Utility of Indian adaptation of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) algorithm. Indian J Pediatr. 2008 Aug;75(8):781-5.
9. Gwatkin D IMCI: what can we learn from an innovation that didn't reach the poor? Bull World Health Organ. 2006 Oct;84(10):768.
10. Ahmed HM, Mitchella M, Hedt B. National implementation of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): Policy constraints and strategies. Health Policy Volume 96, Issue 2, July 2010, Pages 128-133
11. Velasquez A. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Sistema de Monitoreo y evaluación del proyecto regional AIEPI comunitario. Diciembre de 2002.
12. Green A. An introduction to health planning for developing health systems. 3ed. Oxford: Oxford University press; 2007. Pp 247-274
13. Bryce J, Victora CG; MCE-IMCI Technical Advisors Ten methodological lessons from the multi-country evaluation of integrated Management of Childhood Illness. Health Policy Plan. 2005 Dec;20 Suppl 1:i94-i105
14. Bryce J, Gouws E, Adam T, Black RE, Schellenberg JA, Manzi F. Improving quality and efficiency of facility-based child health care through Integrated Management of Childhood Illness in Tanzania. Health Policy Plan. 2005 Dec;20 Suppl 1:i69-i76.
15. OPS/ Ministerio de Protección Social. Instrumentos y Metodología para la evaluación de la cobertura efectiva de la estrategia AIEPI Colombia. Bogotá, Diciembre de 2009
16. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ, 1978;56(2): 295-303
17. Shengelia B., Tandon A. et al. Access, utilization, quality, and effective coverage: An integrated conceptual framework and measurement strategy. Soc Sci & Med 61 (2005) 97–109
18. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Monitoring what matters. Tailoring millennium targets and indicators and evironmental sustainability to local conditions ECA.Washington, 2006.

19. Goga AE, Muhe LM, Forsyth K, Chopra M, Aboubaker S, Martines J et al. Results of a multi-country exploratory survey of approaches and methods for IMCI case management training.
Health Research Policy and Systems 2009, 7:18 doi:10.1186/1478-4505-7-18
20. Organisation Mondiale de la Santé. Planification stratégique des ressources humaines pour la santé: Evaluation des facteurs financiers, educationnels, administratifs et politiques. Suisse ,2010
21. Velasquez OJ. Pediadatos. Tablas, fórmulas y valores normales en pediatría.2 ed. Medellín, Colombia: Legis S.A.;2007
22. Savitha MR, Nandeeshwara SB, Pradeep Kumar MJ, ul-Haque F, Rjuc CK. Modifiable risk factors for acute lower respiratory tract infections. Indian J Pediatr: 2007 May;74 (5): 477-82

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

ANEXO 1

MATRIZ DE INDICADORES EVALUACION DE COBERTURA EFECTIVA COMPONENTE CLÍNICO PROGRAMA AIEPI COLOMBIA

	INDICADOR	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA

GENERALES		Porcentaje de establecimientos de salud en los que se está implementando AIEPI	Número de establecimientos de salud en los que se está aplicando AIEPI	Número total de establecimientos de salud que atienden menores de 5 años	PORCENTAJE
INSUMOS Y RECURSOS	**HUMANOS**	Porcentaje de instituciones de salud en las cuales más del 80% del personal de salud capacitados en la estrategia AIEPI.	Numero de instituciones de salud en las cuales más del 80% del personal de salud esta capacitados en la estrategia AIEPI.	Total de instituciones de salud	PORCENTAJE
	TECNICOS	Porcentaje de instituciones que cuentan con la lista esencial	Número de instituciones de salud que cuentan con la lista esencial (pesas para adultos y niños, infantómetro y tallímetro, relojes, hojas de registro AIEPI, fuentes de agua limpia, cucharas, jarras para preparar y administrar SRO) disponibles para el día de la evaluación.	Número de instituciones de salud	PORCENTAJE
		Porcentaje de instituciones de salud que cuentan con cuadro de procedimientos y tarjeta de consejería para las madres	Porcentaje de instituciones de salud con que cuentan con cuadernillos del AIEPI y tarjetas de consejería para las madres	Número de instituciones de salud	PORCENTAJE
		Índice de disponibilidad de medicamentos inyectables	Ver Descripción ANEXO1 Se reportará la media del índice de las instituciones supervisadas.		Media
		Índice de disponibilidad de vacunas del PAI	Ver Descripción ANEXO1 Se reportará la media del índice de las instituciones supervisadas.		Media
		Índice para la medición de la disponibilidad de medicamentos orales esenciales	Ver Descripción ANEXO1 Se reportará la media del índice de las instituciones supervisadas.		Media

CURSO CLINICO	**CAPACITACION**	Porcentaje de personal de salud responsable de la atención a menores de 5 años y que está entrenado en el curso clínico del AIEPI, con criterios de calidad mínimos.	Número de trabajadores de la salud responsables de la atención de menores de 5 años y entrenados en curso clínico AIEPI, con criterios de calidad mínimos.	Número de trabajadores de la salud encargados de la atención a menores de 5 años en el área o institución	PORCENTAJE
		Porcentaje de personal de salud responsable de la atención a menores de 5 años y que está entrenado en AIEPI comunitario	Número de trabajadores de la salud responsable de la atención de menores de 5 años y entrenados en AIEPI comunitario	Número de trabajadores de la salud encargados de la atención a menores de 5años en el área o la institución.	PORCENTAJE
	SUPERVISION	Porcentaje de supervisiones a profesionales entrenados, dentro del plazo de uno a tres meses posterior a la capacitación	Número de profesionales entrenados y supervisados, dentro del plazo de uno a tres meses posterior a la capacitación	Número de profesionales entrenados	PORCENTAJE
RESULTADOS	**EVALUACION**	Porcentaje de niños atendidos a quienes se les evalúa al menos 3 de los 4 signos de peligro en general.	Número de niños menores de 5 años a los que se evaluó la presencia de 3 o más signos de peligro en general.	Total de niños menores de 5 años que fueron atendidos.	PORCENTAJE
		Porcentaje de niños menores de dos meses a quienes se les evaluó la presencia de ictericia	Número de niños menores de dos meses a quienes se les evaluó la presencia de ictericia	Total de niños menores de 2 meses evaluados	PORCENTAJE
		Índice de Evaluación Integral	Ver Descripción HOJA 2. Se reportará la media del índice de evaluación integral de los médicos supervisados. Por institución de salud y por región.		MEDIA

		Porcentaje de de niños menores de 5 años que fueron evaluados por maltrato infantil	Número de niños menores de 5 años que fueron evaluados por maltrato infantil	Número de niños menores de 5 años vistos en la institución	PORCENTAJE
	TRATAMIENTO	Porcentaje de niños con neumonía y/o malaria y/o disentería cuyo criterio de tratamiento coincide con el recomendado	Número de niños con clasificación validada de neumonía y/o malaria y/o disentería a quienes se le administra el antibiótico adecuado en prescripción adecuada	Número de niños con clasificación de neumonía y/o malaria y/o disentería	PORCENTAJE
		Porcentaje de niños con deshidratación cuyo criterio de tratamiento coincide con el recomendado	Número de niños con clasificación validada de deshidratación que recibieron sales de rehidratación oral	Número de niños con clasificación de diarrea con algún grado de deshidratación y no enfermedad severa	PORCENTAJE
		Porcentaje niños cuyo tratamiento de crisis de asma coincide con el recomendado	Número de niños menores de 5 años cuyo esquema de tratamiento con β_2 agonista para crisis asmática coincide con el recomendado	Número total de niños menores de 5 años con crisis asmática vistos en la institución	PORCENTAJE
		Porcentaje de niños con enfermedad severa cuyo criterio de tratamiento coincide con el recomendado	Número de niños correctamente clasificados como enfermedad severa que reciben la primer dosis del tratamiento adecuado y son referidos	Número de niños con enfermedad severa que requieren remisión de urgencias	PORCENTAJE
	CONSEJERIA	Porcentaje de niños a los que se indicó sales de rehidratación oral y cuyos cuidadores pueden describir cómo dar el tratamiento correctamente	Número de niños a los que se indicó sales de rehidratación oral y cuyos cuidadores pueden describir cómo dar el tratamiento correctamente incluido cantidad, frecuencia y duración del tratamiento	Número de niños a los que se prescribió sales de rehidratación oral	PORCENTAJE

		Porcentaje de niños a los que se indicó un antibiótico y/o antimalárico oral cuyos cuidadores pueden describir cómo dar el tratamiento correctamente	Número de niños a los que se indicó un antibiótico oral y/o antimalárico cuyos cuidadores pueden describir cómo dar el tratamiento correctamente incluido cantidad, frecuencia y duración del tratamiento	Número de niños a los que se prescribió un antibiótico y/o antimalárico oral	PORCENTAJE
		Porcentaje de menores de dos meses cuyos cuidadores pueden indicar tres recomendaciones para el cuidado del recién nacido en el hogar	Número de niños menores de dos meses cuyos cuidadores pueden indicar tres recomendaciones para el cuidado del recién nacido en el hogar	Número de niños menores de dos meses evaluados	PORCENTAJE
		Porcentaje de niños cuyos cuidadores recibieron consejería adecuada sobre prácticas de alimentación del niño.	Número de niños que no requieren remisión y que no tienen enfermedad severa a cuyos cuidadores se les proveyó con **mensajes de alimentación adecuados para la edad*** usando una tarjeta de consejería para las madres	Total de niños evaluados	PORCENTAJE
		Porcentaje de madres, cuidador o acompañante de niños menores de cinco años con conocimiento de al menos dos signos de peligro para la enfermedad por la que consulta.	Número de madres de niños menores de cinco años con conocimiento de la menos dos signos de peligro para la enfermedad por la que consulta	Número de niños menores de 5 años	PORCENTAJE
	OTRAS PRACTICAS CLINICAS	Porcentaje de niños menores de 5 años cuyo esquema de vacunación se controla en la consulta por enfermedad	Número de niños menores de 5 años con cualquiera de las enfermedades que son objeto de la estrategia AIEPI, y cuyo esquema de vacunación fue sometido a control en un periodo	Total de menores de 5 años atendidos por enfermedad en el mismo periodo	PORCENTAJE

		Porcentaje de niños menores de 5 años que fueron evaluados por problemas en el desarrollo	Número de niños menores de 5 años que fueron evaluados por problemas en el desarrollo	Total de niños evaluados	PORCENTAJE
		Porcentaje de niños menores de 5 años con esquema completo de vacunación	Número de niños entre 6 a 11 meses don dosis de BCG, tres dosis de vacuna pentavalente, tres dosis de vacuna anti poliomielítica, en niños de 12 a 36 meses de edad, además del esquema una dosis de vacuna contra sarampión, rubeola y parotiditis.	Número de niños/niñas menores de 5 años	PORCENTAJE
		Cubrimiento de suplementación con vitamina A	Número de niños de 12-23 meses que recibieron la suplementación recomendada con vitamina A	Número de niños de 12-23meses	PORCENTAJE
		Porcentaje de niños que necesitaban remisión y que fuero referidos	Número de niños que necesitaban remisión y que fueron remitidos	Número de niños que necesitaban remisión	PORCENTAJE
		Porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron al mensos dos consultas prenatales	Número de mujeres embarazadas que recibieron al menos dos consultas prenatales	Número Total de mujeres embarazadas	PORCENTAJE
		Porcentaje de embarazadas a las que se verificó el estado de vacunación antitetánica	Número de mujeres embarazadas a las que se verificó el estado de vacunación antitetánica	Número Total de mujeres embarazadas	PORCENTAJE
		Porcentaje de mujeres embarazadas quienes conocen dos o más signos de peligro del embarazo	Número de mujeres embarazadas quienes conocen dos o más signos de peligro del embarazo	Número Total de Mujeres embarazadas	PORCENTAJE
		Porcentaje de niños menores de 6 meses en quienes se verifican las prácticas de lactancia materna	Número de niños menores de 6 meses en quienes se verificó las practicas de lactancia materna**	Número de niños menores de 6 meses atendidos	PORCENTAJE
		Porcentaje de niños con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	Niños de 6 meses de edad que reciben lactancia materna exclusiva durante las últimas 24 horas	Número Total de niños menores de 6 meses	PORCENTAJE

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

*** Mensajes de alimentación adecuados para la edad**. **Menor de 4 meses**: Lactancia materna exclusiva 8 veces en 24 horas. **4-6 meses**: Lactancia materna al menos 8 veces al día. **6-11 meses:** Lactancia materna a libre demanda y alimentación complementaria 3 veces al día o 5 veces al día si el niño no lacta. **12-23meses**: Alimentación como el resto de la familia 5 veces al día. **24 meses o más**: Se recomendó dar comida como el resto de la familia 3 veces al día y alimentos nutritivos entre las comidas principales
******Aspectos a verificar: 1. Mayor superficie de la areola visible sobre el labio superior que bajo el labio inferior 2. Boca muy abierta 3. Labio inferior evertido 4. Mentón tocando el seno

ANEXO 2

Los instrumentos usados se incluyen en los archivos .pdf anexos al presente documento.

GUIA DE LOS INSTRUMENTOS

CUESTIONARIO 1

El cuestionario 1 está diseñado para la recolección de información proveniente de la historia clínica y registros institucionales

ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO

El cuestionario se ha dividido en varias secciones como se describe a continuación:

- Sección 1: Información del profesional que atiende al niño
- Sección 2: Evaluación
- Sección 3: Clasificación
- Sección 4: Tratamiento

GENERALIDADES DE SU USO

El cuestionario debe ser diligenciado de manera legible. Se debe rellenar el círculo que corresponde a la respuesta correcta en el caso de las preguntas de opción múltiple. En el caso de las preguntas que requieren el diligenciamiento de los datos se debe hacer de manera legible completando toda la información que allí se solicita, en letra mayúscula, comenzando por la derecha.

Se deben seguir los procedimientos de reclutamiento de paciente mencionados en la guía metodológica de la evaluación.

El diligenciamiento del cuestionario 1 deberá realizarse después de la entrevista al cuidador, con los datos que se encuentran registrados en la historia clínica. Se debe hacer la revisión de cada historia clínica al final de la jornada o en el momento que sea conveniente para la institución. Solo se registrarán los datos que allí se encuentren, como regla general aquello que no se encuentre escrito en la historia clínica se asumirá como no realizado en la consulta médica. No se deberá completar el cuestionario con información proveniente del cuestionario2.

Para el diligenciamiento de las siguientes secciones se deberá hacer la revisión detallada de la historia clínica y/o formato de registro AIEPI. Se calificará positivamente (Si) cuando se encuentren datos en la historia clínica que indiquen que se realizó la actividad y/o la pregunta y

negativamente (No) cuando no se encuentre información relacionada con la pregunta. Si tiene alguna duda sobre cómo responder alguna pregunta consulte con el supervisor. Apóyese en las guías de diligenciamiento del instrumento

Si el formato de extracción de los documentos es la historia clínica, se deben reconocer las partes de la historia clínica y se utilizará la siguiente guía:

Las preguntas que hacen referencia a si el trabajador de la salud PREGUNTÓ por algún síntoma, se deben buscar específicamente en las secciones MOTIVO DE CONSULTA, ANTECEDENTES, ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISION POR SISTEMAS.

En las preguntas en las que se hace referencia a si el trabajador de la salud VERIFICÓ debe buscarse en las secciones de EXAMEN FISICO y en ocasiones en el ANALISIS que se hace de la atención del paciente. Si en la historia clínica no se es específico sobre el hallazgo, pero se hace referencia al sistema afectado y se anota como NORMAL o SIN ANOMALIAS O ENFERMEDAD, se considera positiva la respuesta y se marcará que SI se indagó o verificó.

DESCRIPCION DEL CUESTIONARIO E INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

I INFORMACION DEL PROFESIONAL QUE ATIENDE AL NIÑO

Tipo de Profesional: Registre si la persona responsable de la atención del niño es Médico especialista, médico general, enfermera, auxiliar de enfermería o promotor de la salud.

Género: Indique si el trabajador de la salud que atiende al niño/niña es de género masculino o femenino

Número de años trabajando con niños: Rellene con el número de años que el trabajador ha tenido la responsabilidad de atender niños/niñas

Profesional entrenado en AIEPI: Se preguntará directamente al trabajador de la salud. Marque según corresponda SI ó NO. Si el trabajador responde NO, termine esta sección y pase a la sección de DATOS SOBRE LA ATENCION. Si la respuesta es SI, continúe con la siguiente pregunta

Hace cuanto recibió el entrenamiento en AIEPI? : Seleccione alguna de las opciones según corresponda al tiempo transcurrido entre la última capacitación en AIEPI Clínico recibida por el trabajador de la salud y el día de realización de la encuesta. Pregunte directamente al trabajador de la salud. Las opciones son menos de 6 meses, 6meses a dos años y más de dos años.

Recibió supervisión después del entrenamiento AIEPI? : Se debe aclarar si el médico recibió una visita de supervisión formal con evaluación de atención de casos incluida después del último entrenamiento en AIEPI Clínico. Si la respuesta es NO pase a la siguiente sección.

Cuanto tiempo transcurrió entre el curso de entrenamiento y la primera visita de supervisión?: Se registrará según la información dada por el trabajador de la salud, las opciones < 2 meses, 2 o más meses, No recuerda.

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

DATOS SOBRE LA ATENCION DEL NIÑO
SECCION EVALUACION

Peso y Talla: Registre el peso en gramos y la talla en centímetros, del niño el día de la atención que haya sido registrado en la historia clínica

2.1 ¿El trabajador de la salud pesó y registró el peso del niño: Marque Si o No según corresponda. Revise en la historia clínica del niño si hay un peso registrado el día de la evaluación.

2.2 ¿El trabajador de la salud evaluó el peso y talla del niño en una tabla de crecimiento adecuada para la edad? : Marque Si o No según corresponda. En la historia clínica deben registrarse los percentiles en los que se encuentra la talla y el peso del niño. Es posible que encuentre las curvas de crecimiento para talla y peso, verifique que se hayan marcado la talla y el peso en cada una de las curvas, si falta información para alguna de las dos registre entonces como No.

Las preguntas 2.3 – 2.5 se refieren a los signos de enfermedad grave, no se refieren a los hábitos del niño o a la historia pasada previo a la enfermedad actual. En todas las preguntas se interroga si el médico ha evaluado cada uno de los signos o elementos mencionados. Se puede cuestionar sobre si el médico pregunto si el niño presentaba estos signos en las últimas 24 horas.

2.3 ¿El trabajador de la salud preguntó y verificó si el niño era capaz de lactar o beber líquidos? : Marque Si o No según corresponda .Verifique en la historia clínica si en algún apartado se menciona la capacidad del niño para lactar o para beber líquidos, cualquiera de los dos lactar o beber es valido. En las historias clínicas AIEPI claramente se debió haber marcado el espacio indicado para el registro de estos datos.

2.4 ¿El trabajador de la salud preguntó si el niño vomitaba todo? Marque Si o No según corresponda. Verifique en la historia clínica si en algún apartado se menciona si el niño vomita todo lo que come. En las historias clínicas AIEPI claramente se debió haber marcado el espacio indicado para el registro de estos datos.

2.5 ¿El trabajador de la salud preguntó si el niño había tenido convulsiones?: Se debe hacer explicito en la historia clínica que el médico haya preguntado por la aparición de convulsiones durante la enfermedad actual. No es válida la evaluación de convulsiones en los antecedentes ni previas a la enfermedad actual

2.6 ¿El trabajador de la salud verificó si el niño estaba letárgico o inconsciente?: En las historias clínicas se debe buscar en la sección de evaluación del estado general o en el examen neurológico del EXAMEN FISICO

2.7 ¿El trabajador de la salud preguntó si el niño tenía tos y respiración rápida y/o difícil? Marque Si o No según corresponda. Se debe evaluar en el registro de anamnesis o en el formato AIEP, no se refiere a los hallazgos en el examen físico, solamente a lo percibido por el cuidador en el domicilio previo a la consulta del niño.

2.8 ¿El trabajador de la salud preguntó si el niño tenía diarrea? Igual al anterior pero debe haber preguntado por la presencia o no de diarrea

2.9 ¿El trabajador de la salud preguntó o sintió si el niño tenía fiebre y/o registró la temperatura? Marque Si o No según corresponda. En este caso es válido el interrogatorio en la enfermedad actual y/o revisión por sistemas y/o el registro de temperatura en el área de examen físico.
2.10 ¿El trabajador de la salud evaluó la presencia de palidez palmar? Marque Si o No según corresponda. En el examen físico debe haberse evaluado la presencia de palidez palmar. Si se encuentra que se evaluó la perfusión distal y/o se registran la sección de extremidades como Normal se marcará Si en esta pregunta.
2.11 ¿El trabajador de la salud pregunta y verifica el estado de vacunación del niño? Marque Si o No según corresponda. Es posible encontrar comentarios en la historia clínica que se refieran al estado de vacunación. Para que esta pregunta se pueda marcar como "Si", se debe registrar en la historia el estado actual del esquema de vacunación para el niño.
2.12 ¿Se le pegunto al cuidador cuánto tiempo el cuidador espero para buscar atención desde que se percato de que el niño tenía ese signo? Se debe evaluar en la enfermedad actual si el médico registró el tiempo de inicio de la enfermedad por la que consulta el niño/niña. Si se está evaluando un niño que asiste a consulta de niño sano esta pregunta no aplica.
2.13 ¿El trabajador de la salud verificó si el niño tenía signos de maltrato infantil? Marque Si o No según corresponda. Para marcar "Si" en esta pregunta, debe haber una clasificación relacionado con maltrato infantil aun cuando no se sospecha al final de la evaluación. La clasificación que garantiza la evaluación de los signos en ausencia de maltrato es "No hay sospecha de maltrato infantil". Se debió haber comentado en la historia clínica explícitamente que se descartaron signos de maltrato infantil.
2.14 La siguiente pregunta solo aplica en menores de dos meses: El trabajador de salud verificó la presencia de ictericia? Marque Si o No según corresponda. Como lo menciona el enunciado esta pregunta solo se hará a menores de dos meses. Se verifica en la historia clínica y/o formato AIEPI si se registro la evaluación de la presencia de ictericia.
2.15 ¿El trabajador de la salud verificó si el niño tenía problemas en su desarrollo? Marque Si o No según corresponda. Se marcará SI en los casos en los que se encuentre cualquiera de las clasificaciones relacionadas con problemas en el desarrollo, se marcará SI, si en la historia clínica el trabajador de la salud hace referencia a algunos hitos en el desarrollo alcanzados por el niño o se evaluó la Escala Abreviada del Desarrollo
2.16 El trabajador de la salud verificó la presencia de los siguientes signos de adecuada técnica de lactancia materna? En los registros médicos se espera encontrar reportado si se evaluó la técnica de lactancia materna, los signos claros enunciados por la estrategia AIEPI para determinar una técnica adecuada. Se marcará como Mencionado ó No mencionado según se encuentre específicamente en la historia clínica.

III. SECCION CLASIFICACION

En esta sección solamente se verifican TODOS los diagnósticos y/o clasificaciones dados por el trabajador de la salud al niño, se marca SI en caso de estar presente y NO en caso de no estarlo. Si hay más de una clasificación o diagnóstico se podrán marcar todos y cuantos se hayan registrado en la historia clínica. En caso de encontrarse algún diagnóstico que no se encuentre en el listado, se registrará SI en Otros y se especificará de forma legible el diagnostico o clasificación mencionada por el médico.

*Las actividades de **verificación** tales como anemia y desnutrición, maltrato y problemas en el desarrollo deben generar una clasificación SIEMPRE; aun cuando estos aspectos sean normales en el niño. Por lo tanto si no se encuentra explícitamente la clasificación de que estos signos están ausentes, se marca como NO en las opciones correspondientes. Si el niño es menor de dos meses, solamente se registran las clasificaciones en la sección para dicha edad, en caso de ser niño sano se registra en otros de la sección para mayores de dos meses. **Recuerde que la clasificación presente se debe registrar como SI y todas las ausentes se deben marcar como NO.***

IV. SECCION TRATAMIENTO

4.1 ¿El médico administró o prescribió medicamento inyectable? : Marque Si o No según corresponda. En caso de ser NO la respuesta debe pasar directamente a la pregunta 4.4. Revise en la historia clínica si el médico prescribió algún medicamento por vía intramuscular o endovenoso. Debe revisar en la sección de órdenes médicas en el caso de pacientes de urgencias. En los pacientes ambulatorios el registro de la orden médica debió ser hecho en la historia, sin embargo verifique y registre lo enunciado en la fórmula médica entregada al paciente. Si la respuesta es SI para esta pregunta, entonces continúe con la siguiente pregunta.

4.2 Si la respuesta es SI, registre todos los medicamentos inyectables administrados. En esta pregunta requiere marcar SI o NO en tres categorías de medicamentos inyectables según corresponda. Antimalárico, Antibiótico y otro. Adicionalmente se debe registrar el nombre del medicamento utilizado. Se revisará en la historia clínica en la sección de órdenes médicas y en la parte final de la historia de la consulta en donde el médico registra el tratamiento ordenado. Se registrarán todos y cada uno de los medicamentos formulados.

4.3 Si el tratamiento incluyó medicamentos inyectables, indique lo que el trabajador de la salud registra en la historia clínica. En esta pregunta debe diligenciar en los espacios los detalles de los tratamientos principales ordenados al niño. En el espacio Dosis Registrada debe diligenciar en las unidades de peso adecuadas (mg, µg o gr), la cantidad de medicamento que será administrada al niño en cada toma o aplicación del medicamento; registradas en la historia clínica o en la fórmula médica. Si no encuentra unidades de peso, registre en las unidades con que el médico formuló en la historia clínica.

En el espacio Frecuencia debe registrar el número de veces al día que se debe administrar el medicamento. El espacio Duración del tratamiento, servirá para informar el número de días totales que deberá ser administrado el tratamiento

4.4 El trabajador de la salud administró o prescribió sales de rehidratación oral? Marque Si o No según corresponda. Marque "Si" si el trabajador de la salud ordenó sales de rehidratación oral. De lo contrario marque "No" y salte a la pregunta 4.7

4.5 Si administró sales de rehidratación oral, indique lo que el trabajador se la salud registra en la historia clínica. Se deben diligenciar los espacios según corresponda. En Volumen por toma se debe registrar en mL la cantidad de suero oral a administrar en cada toma. En Frecuencia se debe administrar el número de veces por día que se debe administrar el suero. En el caso que solo se deba administrar después de cada deposición, se registrará de esa manera "después de cada deposición diarreica". El espacio Duración se reserva para registrar el número de horas o días totales en los que se debe administrar el suero oral. En ocasiones no encontrará referencia específica de tiempo en horas o días pero encontrará frases que indiquen cuanto tiempo se administrara (e.g "administre hasta que la diarrea se detenga")

4.6 Si la respuesta es SI, ¿ El suero oral fue administrado en la institución ? Marque Si, No o No información según corresponda. Registre según lo que se encuentre en la historia clínica.

4.7 El trabajador de la salud indicó remisión inmediata del niño?. Marque Si, No o No información según corresponda. Si la respuesta es No, salte a la pregunta 4.9. Es posible que no se haga mención en la historia clínica realizada por el trabajador de la salud pero se encontrará en la historia clínica el formato de remisión del paciente. Se refiere solamente a remisiones de URGENCIA.

4.8 ¿El cuidador aceptó la remisión? Marque Si o No según corresponda. Encontrará una nota en la historia clínica en el caso que el cuidador rechace la remisión. De lo contrario pregunte al cualquier trabajador de la salud responsable de la atención del niño o al personal encargado del trámite de la remisión. Si no es posible preguntar al personal de salud, asuma que fue aceptada si no hay ninguna nota en la historia clínica que indique lo contrario.

4.9 ¿El trabajador de la salud prescribió algún tratamiento oral? Marque Si o No según corresponda. Si la respuesta es No Salte a la pregunta 4.15. Si la respuesta es SI entonces marque SI en el tratamiento indicado y marque NO en el resto de opciones de la misma pregunta.

4.10¿Registre todos los tratamientos orales indicados. Marque Si o No según corresponda. Registre todos y cada uno de los medicamentos orales ordenados al niño. Registrados en la historia clínica y/o registro AIEPI; por el trabajador de la salud o lo registrado en la fórmula médica entregada al paciente. El espacio otro, se usa para registrar aquellos medicamentos que no se encuentren listados previamente. Si no está seguro de la clase de algún medicamento, pregunte al trabajador de la salud.

4.11 ¿El tratamiento oral prescrito incluye un antibiótico? Marque Si o No según corresponda, si la respuesta es No salte a la pregunta 4.13.

4.12 Si el tratamiento incluye un antibiótico, indique lo que el trabajador de la salud registra en la historia clínica. Debe registrar el nombre genérico del medicamento antibiótico ordenado, la presentación formulada incluida la concentración y la forma farmacéutica del mismo. En dosis registre la dosis tal cual la encuentre en la historia clínica. La frecuencia corresponde a la frecuencia en 24 horas a ser administrado el medicamento y la duración corresponde a la duración del tratamiento con el antibiótico.

4.13 ¿El tratamiento prescrito incluye algún antimalárico? Marque Si o No según corresponda

4.14 Si el tratamiento incluye antimalárico, indique lo que el trabajador de la salud registra en la historia clínica. Igual que en la pregunta 4.12 pero para antimaláricos de administración oral

4.15 ¿El tratamiento prescrito incluye la administración de algún medicamento inhalado o nebulizado? Marque Si o No según corresponda. Si la respuesta es “No”, termine este cuestionario.

4.16 Si el tratamiento incluyó algún medicamento inhalado o nebulizado, indique lo que el trabajador de la salud registra en la historia clínica. En esta sección se indicara: En el espacio Nombre del medicamento inhalado o a ser nebulizado. Presentación, si el medicamento se administrara en presentación *Inhalador de dosis medida, turbohaler, inhalador de disco o nebulizado*. En Cantidad se debe registrar cuantas inhalaciones cada vez que se use el inhalador, si el medicamento es nebulizado se registrará la dosis a diluir en solución salina para cada nebulización. En Frecuencia, se ordena el tiempo que debe transcurrir entre cada administración del medicamento. En Duración, se registra la duración del tratamiento indicado. En los casos de crisis asmática la frecuencia y duración del tratamiento varia, registre siempre la orden inicial

generada justo después de la primera evaluación por el trabajador de la salud, no las ordenes en la evolución del paciente. Si hay más de un medicamento inhalado registre solamente el Broncodilatador.

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

CUESTIONARIO 2

El cuestionario 2 está diseñado para la recolección de información acerca de las características sociales de los cuidadores y las lecciones aprendidas por los durante las consultas.

ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO

El cuestionario se ha dividido en varias secciones como se describe a continuación:

- Sección 1: Información general, incluyendo datos socio-demográficos como edad, genero, información general del cuidador y del niño.
- Sección 2: MOTIVO DE CONSULTA.
- Sección 3: EVALUACION DE LA CONSEJERIA dada por el médico al cuidador

GENERALIDADES DE SU USO

El cuestionario debe ser diligenciado de manera legible. Se debe rellenar el círculo con la respuesta correcta en el caso de las preguntas de opción múltiple. En el caso de las preguntas que requieren el diligenciamiento de los datos, se debe hacer de manera legible completando toda la información que allí se solicita, escribiendo siempre en mayúscula.

Se deben seguir los procedimientos de reclutamiento de paciente mencionados en la guía metodológica de la evaluación. Cada cuidador que haya aceptado su participación en la encuesta, deberá tener una tarjeta de ingreso que se corresponderá con un número que deberá ser registrado en cada cuestionario 1 y corresponderse con el mismo en el cuestionario 2.

El diligenciamiento del cuestionario 2 se realiza a la salida de la consulta. Se debe realizar una entrevista por cada niño si el cuidador asistió a la institución para la consulta de más de un niño. Se debe registrar siempre lo que se oiga del cuidador. SE DEBE INTERROGAR SOBRE LA EXPERIENCIA DEL MISMO DIA DE LA EVALUACION.

DESCRIPCION DEL CUESTIONARIO E INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y SOCIO DEMOGRAFICOS

Fecha: Diligencie siguiendo el formato día/mes/año

Ciudad: Código de la ciudad Municipio: Código del municipio Departamento: Código del departamento

Tipo de Seguridad Social: Marque la opción según corresponda al tipo de seguridad social del niño. Recuerde que SISBEN no es ninguna EPS, cuando reciba tal respuesta aclare con el cuidador si es Vinculado o si está afiliado a alguna EPS subsidiada.

Fecha de nacimiento del niño/niña: Diligencie la fecha de nacimiento del niño/niña siguiendo el formato día/mes/año

Edad: Diligencie en años, meses y días la edad del niño
NUIP: En el registro civil del niño/niña identifique y registre el NUIP (Número único de identificación personal). El serial del registro civil no es apto para diligenciar en este campo.
Género: Preguntar por el género del niño/niña.
¿Con quién vive el niño/niña?: Pregunte por cada una de las opciones indicadas, Sólo con la madre, Sólo con el padre, Ambos padres, Otro familiar, otros que no sea familiar. Es posible que en esta pregunta haya más de una selección.
INFORMACION DEL CUIDADOR
Nombre del responsable del niño/niña: Registre el nombre completo de la persona que responde la encuesta
Número de identificación: Registre el número de identificación del cuidador del niño
Edad: Registre la edad del cuidador Teléfono: Pregunte y registre un número de contacto del cuidador
¿Cuál es la relación de la persona que responde con el niño/niña? Pregunte cual es el parentesco de la persona que responde con el niño y marque la opción según corresponda
Grado de escolaridad: Marque el nivel de escolaridad del cuidador. No se debe discriminar si ha terminado o no cierto nivel académico, solamente si lo ha alcanzado.
CONDICIONES SOCIO ECONOMICAS
Lugar de residencia: Marque Urbano si el niño habita en cabecera municipal o ciudad y Rural si habita en alguna vereda o fuera de alguna de las áreas previamente mencionadas
¿Cuál es el nivel educativo de la persona que aporta la mayor cantidad de ingresos en el hogar? : Pregunte el nivel académico alcanzado por la persona que más dinero aporta en el hogar donde habita el niño
Número de habitaciones en la residencia: Registre el número de habitaciones con los que se cuenta en la casa en la que habita el niño
Número de personas durmiendo en el mismo cuarto: Registre el número de personas que duermen en la misma habitación en la que duerme el niño, incluyendo el niño/niña.
¿Con que tipo de servicio sanitario cuenta su hogar?: Pregunte por el tipo de sanitario con el que se cuenta en la casa en la que habita el niño. En cada una de las opciones aclare a que corresponde.
Inodoro conectado a alcantarillado: Se cuenta con inodoro que drena a servicio de alcantarillado
Inodoro con conexión diferente o sin conexión: Se cuenta con inodoro pero está conectado a pozo séptico o letrina
Letrina: Se refiere a la excavación en la que se depositan los desechos, no se cuenta con inodoro.

No cuenta con servicio sanitario

¿De dónde obtienen el agua para preparar los alimentos?: Pregunte por la fuente de agua para preparar los alimentos. Si se refiere como rio o quebrada se marca la opción *Otra fuente natural*.

¿Cuenta con un área externa al dormitorio donde puede cocinar? : Se pregunta si cuenta con cocina afuera de la habitación.

MOTIVO DE CONSULTA

5.1 Preguntar por cada una de las razones o síntomas por las cuales llevo el niño a la institución. Seleccionar todos los identificados y en caso de presentar un síntoma no incluido en la selección, especificarlo en el espacio otros. En caso de que el niño asista a por consulta de *niño sano (incluye consulta de crecimiento y desarrollo u otra actividad de promoción y prevención)* debe saltar a la pregunta 5.3.

5.2 Preguntar al cuidador cuantos días u horas espero para llevar al niño a la institución desde que identificó el primer signo de enfermedad. Se debe aclarar el momento en que el cuidador noto al niño enfermo y verificar que esta sea la primera consulta.

5.3 Preguntar si es la primera visita a la institución por la razón evidenciada en la pregunta 5.1. No se incluyen supervisiones por otra patología.

EVALUACION DE LA CONSEJERIA

5.4 ¿El trabajador de la salud preguntó si el niño/niña había tenido convulsiones?: Preguntar al cuidador si el trabajador de la salud preguntó si el niño había tenido convulsiones.

5.5 ¿El trabajador de la salud preguntó si el niño/niña tenía tos y respiración rápida y/o difícil?: Verificar con el cuidador si el trabajador de la salud preguntó si el niño tenía tos o dificultad respiratoria.

5.6 ¿El trabajador de la salud preguntó si el niño/niña tenía diarrea?: Verificar con el cuidador si el trabajador de la salud preguntó si el niño tenía diarrea.

5.7 ¿El trabajador de la salud le preguntó por y/o revisó el carnet de vacunación?: Verificar con el cuidador si el trabajador de la salud preguntó por el estado de vacunación y/o revisó el carnet de vacunación.

5.8 ¿El trabajador de la salud le preguntó por el desarrollo del niño?: Verificar con el cuidador si el trabajador de la salud preguntó por el desarrollo del niño/niña. Se debe aclarar sin que el cuidador haya respondido, que para evaluar el desarrollo se hayan preguntado algunos hitos específicos tales como: La edad en la que el niño/niña se sentó, sostuvo la cabeza, dijo su primera palabra, se paró, entre otros. Los hitos mencionados dependerán de la edad del niño. Si no reconoce los hitos específicos para cada edad mencione todos los anteriores al cuidador.

5.9 ¿El trabajador de la salud le ordenó o dio algún medicamento tomado al niño/niña?. Marque Si, No o No información según responda el cuidador. Aclara que son medicamentos orales, no incluye medicamentos inyectables.

5.10 ¿Se le prescribió o dio antibiótico el día de hoy al niño/niña?. Marque Si o No según corresponda. Si la respuesta es No salte a la pregunta 5.12.

Si la respuesta es SI pregunte al cuidador la siguiente información
a. ¿Qué cantidad le dará al niño cada vez?: Pregunte al cuidador cuanto medicamento va a dar al niño cada vez que le ofrezca el mismo
b. ¿Cuántas veces al día le dará el antibiótico al niño/niña?: Pregunte por la frecuencia con la que el cuidador dará el medicamento al niño?
c. ¿Cuantos días se le dará el antibiótico al niño/niña? : Pregunte por la duración en días del tratamiento antibiótico que se le dará al niño.
d. No sabe Diligencie este espacio si el cuidador afirma no saber la respuesta a ninguna de las anteriores preguntas
Recuerde que acá debe marcar lo que escuche del cuidador No lo que lea de la fórmula médica. Es aceptable que *el cuidador* lea de la fórmula médica.
5.11 ¿Se le prescribió al niño/niña un segundo antibiótico? : Incluye las mismas preguntas y consideraciones que la pregunta 5.10
5.12 ¿Se prescribió o dio antimalárico el día de hoy al niño/niña? : Incluye las mismas preguntas y consideraciones que la pregunta 5.10 pero para todos los antimaláricos orales formulados por el médico.
5.13 ¿Se le prescribió al niño/niña un segundo antimalárico?: Incluye las mismas preguntas y consideraciones que la pregunta 5.10
5.14 ¿Se le prescribió o dio al niño sales de rehidratación oral?: Marque Si o No según corresponda
5.15 ¿En cuanta agua va a preparar un sobre de suero oral?: Indique la respuesta dada por el cuidador.
5.16 ¿Cuántas veces le dará el suero oral al niño/niña? : Indique la frecuencia con que se le dará suero oral al niño. El posible que encuentre respuestas como “cada vez que tenga deposición” registre entonces “POR DEPOSICION”. Si la respuesta es “cada vez que el niño quiera” registre “A LIBRE DEMANDA”.
5.17 ¿Cuanto suero oral le dará cada vez al niño/niña?: Indique la cantidad de suero oral que le dará cada vez al niño que le ofrezca el suero oral.
5.18 ¿El trabajador de la salud le indicó un día para regresar a la institución? Marque Si, No o No sabe según corresponda a la pregunta si el trabajador dio un día exacto para que el cuidador regresara con el niño a la institución.
5.19 En algunos casos la enfermedad del niño/niña empeora después de la visita con el trabajador de la salud. ¿Qué le indicaría que debería traer al niño/niña inmediatamente a la institución? (*No mencione ninguno de los signos, tampoco limite la respuesta del cuidador. Continúe hasta que el cuidador no recuerde más signos de alarma)*

En esta pregunta siga al pie de la letra las instrucciones dadas. No mencione ningún signo de alarma solamente estimule al cuidador a mencionar los signos de los que tenga conocimiento. *Si el cuidador no entiende la pregunta aclare que son signos de alarma, de consulta INMEDIATA. Si el cuidador menciona alguna opción no incluida seleccione otros y escriba textualmente lo que dice el cuidador*

5.20 ¿El niño/niña es menor de 6 meses? : Marque Si o No según corresponda

5.21 ¿Su niño/niña tomó únicamente leche materna en las últimas 24 horas? : Pregunte al cuidador si el niño se alimentó únicamente de leche materna. Si responde que consumió otras leches y otro tipo de alimentos líquidos marque "NO".

5.22 ¿Cuántas veces en un día, el profesional de salud le aconsejo dar lactancia materna al niño/niña?: Marque la opción que corresponda a lo dicho por el cuidador. Si menciona alguna opción no incluida marque Otro y escriba en forma clara las palabras mencionadas por el cuidador.

Debe aclara al cuidador que en esta respuesta debe contestar lo que le haya aconsejado el trabajador de la salud, no el hábito que tenga el niño o lo que el sepa por fuentes distintas a lo dicho en la consulta que acaba de ocurrir.

5.23 ¿Cuántas veces en un día, el profesional de la salud le aconsejó dar la alimentación al niño? (En menores de 2 años aclarar que son alimentos diferentes a la leche materna.): Esta pregunta aplica para los niños que son mayores de 6 meses. Se debe preguntar por la frecuencia con que el trabajador de la salud aconsejó, el mismo día de la consulta, dar alimentos diferentes a la leche materna. Se debe aclarar que corresponde a los consejos de alimentación regular, no por enfermedad.

5.24 Solo en el caso de menores de dos meses: ¿Qué recomendaciones de cuidado del niño/niña en el hogar le dio médico? (No mencione ninguno de los signos, tampoco limite la respuesta del cuidador. Continúe hasta que el cuidador no recuerde más signos de alarma):
Pregunte al cuidador del menor de dos meses las recomendaciones que le han sido dadas para el cuidado del menor en la casa. Las instrucciones son similares que para la pregunta 5.19

5.25 Las siguientes preguntas se formularan con base en la atención recibida. Aclarar si:

a) El tiempo de la consulta fue suficiente
b) Usted tuvo la oportunidad de resolver dudas e inquietudes sobre la salud del niño
c) El profesional examino adecuadamente al niño
d) Le formularon algún medicamento
e) Usted aprendió algo de los consejos del profesional de salud
f) La actitud del profesional fue positiva
g) Encontró profesionales disponibles para la atención de la salud de su hijo
h) Usualmente encuentra disponibilidad de medicamentos

i) El tiempo de espera para la consulta fue adecuado
j) Es posible pagar el transporte para asistir a la consulta

Marque SI o NO, si específicamente el cuidador así lo refiere. Si el cuidador tiene dudas al respecto, resuelva las dudas. Si después de resolverlas aun no es claro, marque No Sabe/ No responde (NS/NR)

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

ANEXO 3

INFORME DE MUESTRA PARA LA APLICACION DE INSTRUMENTOS Y METODOLOGIA PARA LA MEDICION DE LA COBERTURA EFECTIVA ESTRATEGIA AIEPI COLOMBIA			
CUNDINAMARCA			
Municipio	**Institución**	**Total niños/niñas/niñas**	**Embarazadas**
Cajicá	IPS CAFAM	10	11
Cajicá	Centro médico Colsubsidio	11	10
Cajicá	Coodontólogos	14	10
Cajicá	E.S.E. Jorge Cavelier	10	11
Total		45	42
Chía	IPS CAFAM	11	7
chia	E.S.E. San antonio	14	13
Chía	Clínica Chía	11	10
Chía	Clínica Teleton	9	14
Chía	Clínica San Juan de Dios	10	9
chia	UBA coomeva	11	10
Chía	Virrey Solis IPS	13	5
Chía	Clinicentro Chía Sanitas	10	10
Total		79	78
Cota	CAFAM	6	9

Cota	Juan N Corpas	13	13
Cota	E.S.E. Centro Salud Cota	12	13
Total		31	35
Tabio	E.S.E. Nuestra Señora del Carmen	10	12
Total		10	12
Tenjo	E.S.E. Hospital Santa Rosa	10	17
Total		10	17
Tocancipá	E.S.E. Puesto de Salud	9	10
Tocancipá	Centro médico Colsubsidio	11	6
Tocancipá	Crear más vida	10	18
Tocancipá	Unidad medico quirúrgica Santa Carolina	11	12
Tocancipá	Coodontólogos	8	6
Total		49	52

sopo	E.S.E Divino Salvador	11	9
sopo	Crear más vida	12	10
La calera	Nuestra señora del Rosario Saludcoop	13	12
La calera	Centro de Salud de La Calera	10	12
TOTAL		**270**	**279**
TOLIMA			
Municipio	**Institución**	**Total niños/niñas/niñas**	**Embarazadas**
Carmen de Apicalá	ESE Nuestra señora del Carmen	11	10
Coello	ESE Centro de salud coello	12	10
Cunday	ESE Federico Arbelaez	10	10
Espinal	ESE	12	10
Espinal	IPS Saludcoop	13	11
Flandes	ESE San Pedro	10	10
Icononzo	ESE Sumapaz	12	10
Melgar	IPS Saludcoop	10	2
Melgar	ESE Louis Pasteur	12	11
Melgar	Clínica Tolimed	11	10
TOTAL		**113**	**94**