



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
de SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es derecho de todos y todas



**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

III Informe final del proyecto: Diseño de instrumentos y metodología para la generación de una línea de base de la cobertura del componente comunitario de la estrategia AIEPI en Colombia.



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 22 del 2010



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es derecho de todos y todas



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

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



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es un derecho de todos y todas



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Tabla de contenido

RESUMEN EJECUTIVO	4
OBJETIVOS FASE III:.....	10
ALCANCE:.....	10
METODOLÓGIA FASE III.....	14
METODOLOGIA DE LA VALIDACION DE APARIENCIA DE LOS INSTRUMENTOS CONSTRUIDOS ..	14
1. SELECCION DEL AREA PARA EL DESARROLLO DEL PILOTO.....	14
Selección de los hogares con niños menores de 5 años y mujeres entre 15 y 45 años.....	20
3. CAPACITACION DE LOS ENCUESTADORES	20
4. APLICACIÓN Y EVALUACION DEL INSTRUMENTO EN LOS HOGARES SELECCIONADOS.....	21
4.1 EVALUACION GENERAL DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA COMUNITARIA	22
5. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION (RESULTADOS PRUEBA PILOTO EVALUACION DE COBERTURA EFECTIVA ESTRATEGIA AIEPI EN LA CALERA)	23
CARACTERISTICAS DE LA POBLACION	24
CALCULO DE LOS INDICADORES	25
SELECCIÓN DE INDICADORES PRIORITARIOS PARA LA DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA DE LA ESTRATEGIA AIEPI COMUNITARIA.....	35
GUÍA METODOLÓGICA PARA EL LEVANTAMIENTO DE LA LINEA BASE DEL COMPONENTE COMUNITARIO DE AIEPI	41
1. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	66
a) Modelo de interpretación de la información.....	67
2. REPORTE Y DISEMINACIÓN DE LA INFORMACIÓN	68
a) Diseminación de los resultados.....	68



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es derecho de todos y todas



**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

A. Identificación del Informe / Contrato: CO-CNT/1000263.002

Autores: Marcela Torres, Felipe Molina,
Fabio Rodríguez, Hernando Gaitán.

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: **Diseño de instrumentos y metodología para la generación de una línea de base de la cobertura del componente comunitario de la estrategia AIEPI en Colombia.**

RESUMEN EJECUTIVO

1. OBJETIVO:

Validar los instrumentos y realizar los ajustes a la metodología para el levantamiento de la línea base del componente comunitario de AIEPI en Colombia.

2. METODOLOGIA

Se realizó la validación de apariencia en el Barrio Flandes y en la Vereda Santa Helena del Municipio de La Calera en el departamento de Cundinamarca, mediante la aplicación del Instrumento de entes territoriales y la encuesta comunitaria de acuerdo con la guía metodológica de los instrumentos desarrollados.

3. RESUMEN DE RESULTADOS

Previo autorización de la Unidad de salud municipal, se realizó una reunión con la Dra. Liliana Colmenares para diligenciar el cuestionario relacionado con planeación, promoción, capacitación y alianzas de AIEPI comunitario. Paralelamente, se encuestó a todas las familias con niños menores de 5 años en las áreas de estudio. Se construyeron los indicadores y se ajustaron los instrumentos y la metodología con base en la evaluación del trabajo desarrollado.

4. CONCLUSIONES

La prueba piloto permitió validar los instrumentos y la metodología para levantar la línea base de AIEPI comunitario. Con la información recolectada se definieron claramente para el contexto colombiano los siguientes documentos para generar línea base de AIEPI comunitario:

- Selección de indicadores prioritarios para la cobertura de AIEPI comunitario. Pag. 34
- Consentimiento informado: Anexo 1
- Instrumento de entes territoriales: Anexo 2
- Guía para el diligenciamiento del instrumento de entes territoriales: Anexo 3
- Guía metodológica para la aplicación del instrumento de entes territoriales: Pag.39
- Indicadores a medir por nivel de evaluación: Anexo 4
- Instrumento encuesta comunitaria: Anexo 5
- Guía para el diligenciamiento de la encuesta comunitaria: Anexo 6
- Guía metodológica para la aplicación de la encuesta comunitaria: Pag. 48
- Archivo de excel con:
 - Libro de variables
 - Base de datos
 - Matriz de indicadores final
 - Cálculo de indicadores para Barrio Flandes y Vereda Santa Helena de La Calera.



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es derecho de todos y todas



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

LISTA DE ACRÓNIMOS

AIEPI	Atención integral de las enfermedades prevalentes en la infancia
EPS	Empresa Promotora de Salud
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
MPS	Ministerio de la Protección Social
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
PNSP	Plan Nacional de Salud Pública

DEFINICIONES OPERATIVAS

Con el fin de estandarizar la terminología utilizada en la matriz de indicadores, a continuación se presentan algunas definiciones operativas.

- **Indicadores generales:** Son indicadores que de manera general miden la cobertura de la estrategia
- **Indicadores de Insumos y recursos humanos:** Evalúa la disponibilidad de recursos humanos adecuados y suficientes para la operación de la estrategia en su componente comunitario
- **Indicadores de Recursos económicos y técnicos:** Evalúa la disponibilidad de recursos económicos, materiales, técnicos adecuados y suficientes para la operación de la estrategia en su componente comunitario.
- **Indicadores de Planeación:** Evalúa las actividades de planeación estratégica realizada por parte de la institución líder y de las otras organizaciones de base para la implementación de la estrategia en su comunidad o territorio
- **Indicadores de Promoción:** Evalúa la creación de espacios de interacción social como la comunicación masiva y diseminación de los componentes de la estrategia en la región o área.
- **Indicadores de Capacitación:** Evalúa las actividades de capacitación a todos los participantes en la implementación de la estrategia, desde los actores sociales hasta los agentes comunitarios.
- **Indicadores de Prácticas clave de conocimiento, actitudes y prácticas de familias de menores de 5 años:** Evalúan la información dada a la comunidad sobre las mejores prácticas (18 prácticas clave) en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades en menores de 5 años. También el cuidado del niño en el hogar.
- **Indicadores de Alianzas entre comunidad e instituciones:** Evalúa la formación de vínculos efectivos entre la comunidad y las instituciones que promuevan el cumplimiento de los objetivos de la estrategia AIEPI
- **Indicadores de Atención comunitaria en salud:** Evalúa la cobertura efectiva de la atención comunitaria en salud prestada por los agentes comunitarios y el apoyo que presten los actores sociales.
- **Promotores de salud:** Son personas que pueden ser propuestas por su comunidad, que poseen la capacidad técnica en el área de la salud para prestar servicios de atención primaria en la comunidad y que además promueven prácticas saludables en la familia y en su comunidad en coordinación con el personal de salud y la comunidad con él organizada. Fortalece la relación entre comunidad y establecimientos de salud.
- **Organizaciones de base.** Instituciones con personería jurídica o no que tienen alguna de responsabilidad en el mejoramiento de las condiciones de salud de la comunidad y



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es derecho de todos y todas



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

por lo tanto desempeñan algún papel en el mejoramiento de la salud de los niños y niñas menores de 5 años.

- **Madres comunitarias:** Mujeres con título bachiller o cualquier otro tipo de formación académica que prestan sus servicios al estado cuidando niños y niñas menores de 5 años pertenecientes a los niveles 1,2 y3 SISBEN bajo la coordinación de una organización comunitaria y están bajo la supervisión del ICBF.
- **Actores sociales (AS):** Hace referencia a personas naturales, grupos, organizaciones o instituciones que interactúan en la sociedad y que por iniciativa propia lanzan acciones y propuestas que tienen incidencia social en cualquier grupo de la población. Los actores sociales pueden ser organizaciones sociales de base, sindicatos, partidos políticos, gremios, organismos multilaterales entre otros.
- **Líder comunitario:** Son los representantes de organizaciones comunitarias existentes en los municipios, veredas, localidades o barrios.
- **Agentes Comunitarios:** Son individuos seleccionados por la comunidad, que han recibido alguna capacitación en la estrategia AIEPI y que promueve prácticas saludables en la familia y en la comunidad.



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es derecho de todos y todas



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

INTRODUCCION

La generación de la línea base permite conocer la situación de salud, la extensión y calidad de los servicios. Es el primer paso para identificar las áreas de problemas y necesidades de salud pública. La información recolectada tiene como propósitos ser el sustrato para el diseño de la estrategia adaptada al contexto y para monitorear y evaluar su desempeño. Algunas metodologías utilizadas para obtener información en la generación de una línea de base son: la revisión de datos secundarios y la evaluación de los conocimientos y prácticas en el hogar. Los resultados de la línea base serán usados para conocer las necesidades prioritarias de la comunidad que el programa debe manejar, ayudar al plan a diseñar estrategias efectivas para aumentar el impacto y apoyar a las actividades existentes.

En este caso en particular como lo es la generación de línea de base de cobertura efectiva de la estrategia AIEPI, los datos primarios provenientes de la encuesta a desarrollar proveerán el marco de comparación para conocer el progreso, impacto y calidad de la cobertura de la estrategia y delimitar las acciones necesarias para realizar la evaluación de la misma.

El proyecto a desarrollar tiene como objetivo general identificar la metodología y los instrumentos para la medición de la línea base de la cobertura efectiva del componente comunitario de la estrategia AIEPI en Colombia.

Para lograr este objetivo, de manera general el proyecto ha sido dividido en tres fases:

- Fase 1: Identificación y selección de indicadores relevantes para la generación de la línea base de AIEPI comunitario.
- Fases 2: Selección del proceso metodológico.
- Fase 3: Validación de apariencia de los instrumentos y la metodología propuestos.

El presente informe del Grupo de evaluación de tecnologías y políticas en salud (GETS) de la Universidad Nacional de Colombia, presenta el resultado final de la ejecución de las tres fases metodológicas para el levantamiento de la línea base de cobertura efectiva del componente comunitario de la estrategia AIEPI en Colombia.



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es derecho de todos y todas



Organización
Panamericana
de la Salud

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

OBJETIVOS

OBJETIVOS FASE III:

- Desarrollar una validación de apariencia de los instrumentos propuestos para la generación de la línea base de cobertura del componente comunitario de la estrategia AIEPI.
- Realizar una evaluación operativa de la metodología propuesta para la generación de la línea base de la cobertura efectiva de AIEPI comunitario.
- Generar información que permita realizar los ajustes específicos para el contexto colombiano.

ALCANCE:

La ejecución de tres fases metodológicas dio como resultado la presentación final de dos instrumentos de medición de la cobertura de AIEPI comunitario en el contexto colombiano con sus correspondientes guías metodológicas de aplicación.

El aporte novedoso de este informe, comparado con otros proyectos desarrollados para levantar línea base en comunidad, corresponde a la inclusión de indicadores relacionados con la capacitación, promoción, construcción de alianzas y planeación del componente comunitario de la estrategia AIEPI en Colombia. Estos indicadores son construidos con base en información recolectada a partir de un instrumento diseñado para el contexto colombiano denominado *Instrumento de entes territoriales* y con base en módulos adicionales de la *Encuesta comunitaria*. También, se propone una clasificación operativa de los indicadores basados en el modelo lógico propuesto para la estrategia AIEPI en su componente comunitario, modelo que aún debe ser validado para nuestro contexto. Dicha clasificación permite la identificación de los componentes de la estrategia que han sido medidos y facilita su uso en la toma de decisiones.

Adicionalmente, la adaptación de la encuesta comunitaria incluye dos módulos nuevos para la construcción de indicadores de las dos prácticas claves adicionales: salud oral y tuberculosis.



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es derecho de todos y todas



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

METODOLOGIA

RESUMEN FASES METODOLOGICAS DEL DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS Y LA METODOLOGIA PARA LA MEDICION DE LA COBERTURA DE AIEPI COMUNITARIO.

FASE I. IDENTIFICACION Y SELECCIÓN DE LOS INDICADORES DE MEDICION DE COBERTURA EFECTIVA AIEPI COMUNITARIO

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura y estudios de levantamiento de la línea base de la cobertura de AIEPI comunitario que incluyó la construcción de una estrategia de búsqueda acompañada de la revisión de páginas especializadas de diferentes países así como OMS, OPS y CORE Group. A partir de esta búsqueda, se creó un listado de todos los indicadores encontrados en la literatura y además los recomendados por nuestro experto en AIEPI comunitario. Posteriormente, la base de datos fue depurada a través de una sesión de consenso con todos los miembros del equipo los cuales fueron calificados con base en su medición, factibilidad y apropiación.

Paralelamente, se desarrolló un modelo lógico (marco conceptual ideal) de la estrategia AIEPI en Colombia utilizado para clasificar los indicadores seleccionados. **Este modelo lógico es una versión preliminar no validada** que fue útil para identificar de manera macro los elementos indispensables de la estrategia que deben ser evaluados.

Posteriormente, se creó una matriz de indicadores preliminar que fue enviada a expertos en AIEPI comunitario con el fin de determinar, para cada indicador, si se debía incluir o no como elemento de medición basal de la cobertura de AIEPI comunitario. El resultado final arrojó una matriz de 45 indicadores que comprenden la utilización de insumos y recursos, la ejecución de actividades de planeación, capacitación y promoción, el conocimiento de las 18 prácticas claves y las alianzas estratégicas con la comunidad (Corresponden a los componentes del modelo lógico y a los elementos que debe tener AIEPI comunitario para que su cobertura sea total).

FASE II DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS Y LA METODOLOGIA

- *Construcción de instrumentos de recolección de información para los indicadores.*

Con base en la matriz de indicadores, se identificaron instrumentos de recolección de información estandarizados (recomendados por agencias especializadas) que permitían ser adaptados al contexto colombiano. Este proceso permitió utilizar herramientas comunes a otros contextos e incluir información para la construcción de indicadores exclusivos como



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es un derecho de todos y todas



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

prácticas claves adicionales, adaptaciones de indicadores de impacto a indicadores de cobertura y atención comunitaria en salud.

Instrumento de entes territoriales

Se creó completamente un instrumento llamado **Instrumento de entes territoriales** que permite construir indicadores relacionados con la utilización de recursos y la ejecución de actividades de capacitación, promoción y alianzas estratégicas con la comunidad que son pilares de la implementación de AIEPI comunitario en Colombia.

Instrumento encuesta comunitaria

Se desarrolló un instrumento llamado **Encuesta comunitaria** que corresponde a una adaptación de los instrumentos recomendados por OMS, KPC (Knowledge, Practices and Coverage) y la encuesta de indicadores múltiples por conglomerados de UNICEF (MICS. Multiple Indicators Cluster Survey). La adaptación se realiza con base en los indicadores seleccionados para la medición de cobertura. Adicionalmente, contiene módulos nuevos para dos prácticas claves y para conocimiento de atención comunitaria. *La última versión del rotafolio fue utilizada como insumo adicional.*

La utilización de instrumentos previamente utilizados y validados en otros escenarios es una estrategia metodológica recomendada por expertos en el proceso de evaluación de intervenciones en salud pública y de AIEPI. Adaptar los procesos e instrumentos garantizaría la validez de la medición y adicionalmente permitiría comparar el desempeño de la intervención en otros escenarios de implementación, lo que serviría para enriquecer el conocimiento de la estrategia AIEPI. En comunicación por correo electrónico con Schellenberg J.A. BA MSc PhD (Nov. 22 2009, Joanna.Schellenberg@lshtm.ac.uk) profesora del London School of Hygiene and Tropical Medicine e investigadora asesora de OMS y participante de la experiencia multicéntrica de evaluación de AIEPI (MCE- IMCI) menciona las ventajas que se han obtenido en la evaluación de la estrategia AIEPI con el uso de los mismos indicadores e instrumentos de previas experiencias. Apoya la adaptación de los mismos a cada contexto en particular y al enfoque que requiera cada situación. Una de las experiencias mencionadas es el uso, en la encuesta WHO/AFRO 2005, de las herramientas usadas en una encuesta previa en el año 2000, lo que permitió comparar en el tiempo el desempeño de la estrategia y perfeccionar los procedimientos metodológicos.

- *Selección y adaptación de la metodología a utilizar para el levantamiento de la línea base.*

Se realizó una búsqueda sistemática de las diferentes metodologías utilizadas en estudios y manuales para el levantamiento de la línea base de cobertura. El resultado de esta evaluación determinó que el mejor método, el más utilizado y referenciado son las metodologías utilizadas en las encuestas de hogares por conglomerados. Estas metodologías se encuentran estandarizadas y a través de la prueba piloto será posible realizar algunas adaptaciones al contexto colombiano. En el momento se han incluido algunas adaptaciones de forma al contexto colombiano pero se espera enriquecerlas con la experiencia de aplicación en el país.



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es derecho de todos y todas



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Para la construcción de la guía metodológica de aplicación de los instrumentos se encontró que la mayoría de estudios, OMS y OPS referenciaban el manual de encuesta por conglomerados de UNICEF (MICS). Adicionalmente, se revisaron varios manuales técnicos incluso de otros programas de salud que realizaban mediciones basales en países en vía de desarrollo. El análisis encontró que todos los documentos encontrados son muy similares.

Por lo tanto, se planteó una guía adaptada de los siguientes manuales:

- UNICEF, Health Section, UNICEF, ESARO, The Household and Community Component of IMCI: A Resource Manual on Strategies and Implementation Steps, July 1999;
- UNICEF, Manual para la encuesta de indicadores múltiples por conglomerados 2005, División de políticas y seguimiento. MICS 2005;
- CORE Group, Community-based Integrated Management of Childhood Illness Policy Guidance 2009;
- American Red Cross, OPS. Proyecto regional AIEPI comunitario. Guía de la encuesta de base. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Familias de niños menores de 5 años y mujeres gestantes.
- Medical teams international. Monitoring and evaluation manual. Technical services group. 2009.
- WHO. Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence. 2004

METODOLOGÍA FASE III

METODOLOGIA DE LA VALIDACION DE APARIENCIA DE LOS INSTRUMENTOS CONSTRUIDOS

Para la validación de los instrumentos y la metodología se programó una prueba piloto, la cual se caracteriza por ejecutar el proyecto a una pequeña escala. El objetivo es poder hacer una evaluación de validez de apariencia que incremente la credibilidad del proceso y la probabilidad de identificar aspectos complejos de los cuestionarios, así como herramientas para facilitar su aplicación en el país. *No pretende evaluar la comunidad.*

Teniendo como base la propuesta presentada en el informe titulado: *“Diseño de instrumentos y metodología para la generación de una línea de base de la cobertura del componente comunitario de la estrategia AIEPI en Colombia. Informe de avance fase II: desarrollo de instrumentos y metodología de evaluación de cobertura efectiva del componente comunitario de la estrategia AIEPI”*, se realizó la prueba piloto.

El modelo de evaluación propuesto sigue una secuencia lógica descrita a continuación:

1. Selección del área a evaluar
2. Muestreo y selección de los hogares
3. Capacitación de los encuestadores
4. Aplicación y evaluación de la aplicación del instrumento de entes territoriales.
5. Aplicación y evaluación de la aplicación de la encuesta comunitaria.
6. Resultados y análisis de la información - Calculo de los indicadores.
7. Ajuste de los instrumentos de recolección y la metodología.

1. SELECCION DEL AREA PARA EL DESARROLLO DEL PILOTO

Trabajo previo a la realización de la prueba piloto:

La propuesta metodológica puede realizarse en diferentes áreas como municipios, barrios, veredas, localidades. Para la prueba piloto, se propuso un área del municipio de La Calera a las Dras. Jovana Ocampo y Marta Velandia, quienes aceptaron si el grupo de trabajo lo estimaba conveniente.

Dos áreas del municipio de la Calera fueron seleccionadas para la prueba piloto dadas las condiciones adecuadas de seguridad, acceso geográfico y conocimiento AIEPI comunitario en algunas áreas. Para la evaluación de la aplicación de los instrumentos es más acertado utilizar un área donde sea posible recolectar la mayoría de los indicadores con el fin de evaluar la factibilidad y pertinencia de la información recolectada. Otra consideración corresponde a los



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es un derecho de todos y todas



Organización
Panamericana
de la Salud

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

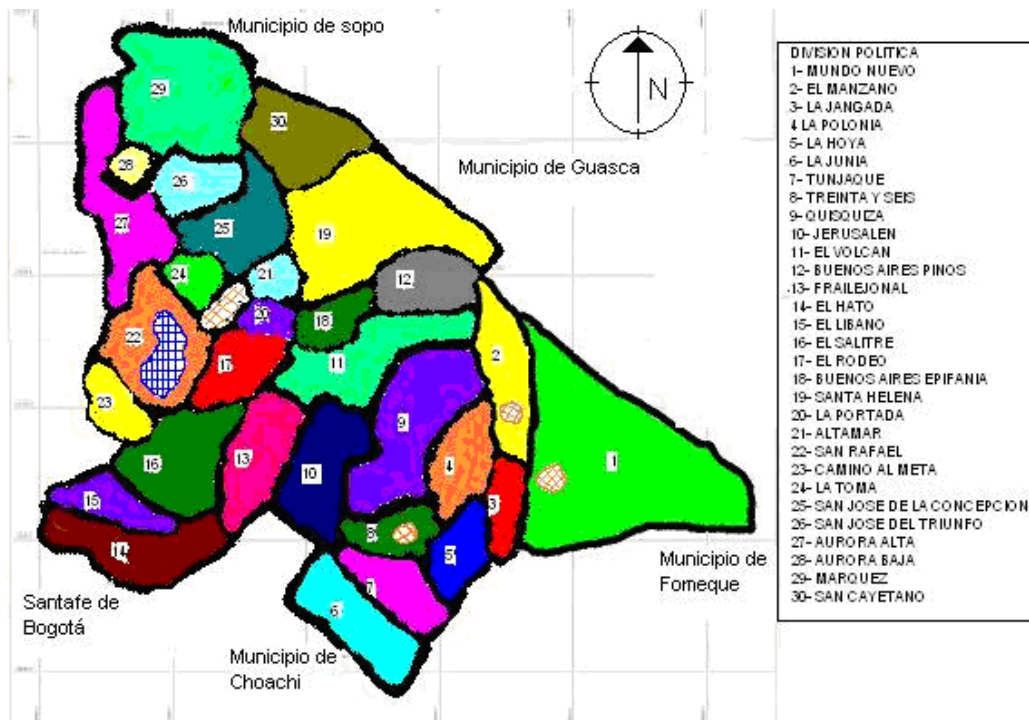
recursos humanos y financieros con los que cuenta el proyecto para el desarrollo de la prueba piloto.

Se programó una reunión en la Secretaría de Salud de La Calera con la Dra. Isabel Cristina Hoyos Giraldo (Directora de la Unidad de Salud) y la Dra. Liliana Colmenares (Coordinadora del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)) con el fin de explicarles el propósito del piloto, conseguir autorización y apoyo logístico para su desarrollo.

Área de estudio

Descripción Física: La Calera se halla situada al oriente del departamento de Cundinamarca y al noreste de Bogotá. Su cabecera está localizada a los 4° 43' 17" de latitud norte y 73° 58' de longitud oeste de Greenwich; con respecto a la ciudad de Bogotá (capital de Colombia) en arco 0° 06' 29" este.

Extensión total: es de 485 Kilómetros cuadrados. Según datos suministrados por el DANE, la superficie total del Municipio es de 17.913 hectáreas. Sus puntos extremos son: • Al norte puente la Quebrada. • Al sur quebrada la Chorrera. • Al oriente quebrada Mangón Chiquito • Al occidente la quebrada Carrizal. La altitud es de 2718 Mts sobre el nivel del mar. Temperatura media de 14 grados centígrados, clima frío en 202 Km. y páramo en 54 km. Población total 23.768 habitantes, 7922 familias. Y 633 familias menores de 5 años. DANE 2005.



Tomado de: www.lacalera.gov descargado Agosto del 2010.



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es un derecho de todos y todas



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Diseño del estudio para prueba piloto:

Estudio de corte transversal

Objetivo de la prueba piloto:

- Realizar la validación de apariencia de los instrumentos para la evaluación de la cobertura efectiva de la estrategia AIEPI
- Evaluar y ajustar la logística y procedimientos propuestos en la guía metodológica para la aplicación de los instrumentos encuesta comunitaria y de entes territoriales.

APLICACIÓN INSTRUMENTO ENTIDADES TERRITORIALES

- **Identificación de la unidad administrativa**

Las actividades de planeación, promoción, capacitación y formación de alianzas para el desarrollo del componente comunitario de AIEPI en las áreas rural y urbana del municipio de La Calera se encuentran administradas por la Unidad de Salud municipal.

- **Identificación del responsable administrativo**

La persona responsable de coordinar las actividades de salud pública en la Unidad de Salud municipal es la Dra. Liliana Colmenares quien es la Coordinadora del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

- **Responsable de la aplicación del instrumento**

El instrumento fue aplicado por uno de los investigadores del grupo de trabajo con apoyo del experto en AIEPI comunitario.

- **Diligenciamiento del instrumento**

Se programó una reunión en la misma semana de la encuesta comunitaria para diligenciar el formato y contar con el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), las planillas del Plan Operativo Anual (POA), los mapas de riesgo municipal, las actas de capacitación de AIEPI y la información de actores sociales de la comunidad.

El instrumento se diligenció durante una hora en la oficina de la secretaria de salud. Cada ítem fue preguntado y se verificó la información con los documentos de soporte.



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



- **EVALUACIÓN GENERAL Y AJUSTES AL INSTRUMENTO Y LA METODOLOGIA**

Después de terminar el diligenciamiento del instrumento, se revisó cada ítem y se evaluó la redacción de las preguntas, la factibilidad de identificar la información solicitada y la facilidad del entrevistado para responderla.

Teniendo en cuenta la información recolectada se realizaron los ajustes el instrumento y a la metodología.

De manera general se realizaron los siguientes ajustes al instrumento de entes territoriales:

- Modificar la redacción de 3 preguntas.
- Eliminación de 1 pregunta y 1 opción de respuesta.

Los ajustes globales de la metodología están relacionados con:

- Modificaciones en la logística.
- Modificaciones del alcance de la evaluación.

- **Procesamiento y análisis de la información.**

Una vez se diligenció el instrumento se alimentó una base de datos en Excel con verificación de un miembro del equipo.

CALCULO DE LOS INDICADORES

Una vez se alimento la base de datos y se comprobó la calidad de la información, comenzó el proceso de cálculo de los indicadores propuestos en la matriz de indicadores de cobertura del componente comunitario de la estrategia AIEPI. Los indicadores se reportan solo como proporciones.

En la Tabla No 1 se presentan los indicadores, de cobertura de AIEPI comunitario, construidos a partir del instrumento de entes territoriales. Incluye indicadores de planeación, capacitación, recursos, alianzas entre instituciones y la comunidad.

DIMENSION DE EVALUACION	CATEGORIA	INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	PROPORCION
GENERAL		Porcentaje de municipios con AIEPI comunitario implementado	0	1	0,0%
	HUMANOS	Densidad de agentes comunitarios por familia de menores de 5 años	9	633	1 promotor: 70 familias
Densidad de agentes comunitarios por niños menores de 5 años		9	2234	4 promotores: 1000 niños	
Porcentaje de direcciones territoriales de salud que cuentan con agentes comunitarios de la estrategia AIEPI.		1	1	100,0%	



		Porcentaje de organizaciones de base cuyos representantes participaron en el diagnóstico local participativo con relación a la salud de menores de 5 años	2	6	30,0%
	RECURSOS ECONOMICOS Y TECNICOS AIEPI	Porcentaje de los recursos del POA destinados al proyecto AIEPI comunitario	3960000	5540000	71,5%
		Porcentaje de agentes comunitarios que cuentan con la lista esencial de elementos para desarrollar sus actividades. (rotafolio AIEPI comunitario, metro, hojas con curvas de crecimiento OMS así como elementos para realizar adecuada antropometría, escala abreviada de desarrollo)	6	9	66,7%
ACTIVIDADES	PLANEACION	Porcentaje de municipios que incluyen el proyecto AIEPI comunitario dentro del POA	1	1	100,0%
		Porcentaje de regiones, municipios o áreas que cuentan con el plan de vigilancia comunitaria (Sistema de detección de casos para la implementación de auto ayuda y la búsqueda de atención oportuna)	1	1	100,0%
	PROMOCION	Porcentaje de medios-audiovisuales (comerciales radiales, televisivos, perifoneo, prensa, otros) promocionando las practicas claves en el último mes.	3	5	60,0%
		Porcentaje de actores sociales de la comunidad invitadas que atendieron todas las capacitaciones de AIEPI.	0	0	0%
	CAPACITACION	Porcentaje de agentes comunitarios que están capacitados y que recibieron el rotafolio.	9	9	100,0%
		Porcentaje del personal de salud capacitada en AIEPI clínico que recibió capacitación en AIEPI comunitario.	17	38	44,7%
		Porcentaje de miembros de la alcaldía entrenados en AIEPI	13	13	100,0%
		Porcentaje de actores sociales que recibieron por lo menos una visita de seguimiento.	0	0	0%
	ALIANZAS ENTRE INSTITUCIONES Y COMUNIDAD	Porcentaje de parteras registradas entrenadas en AIEPI comunitario	0	0	0%
		Porcentaje de regiones, municipios, localidades o áreas (según corresponda) que cuentan con un Sistema de Referencia Comunitario en operación	1	1	100,0%

APLICACIÓN ENCUESTA COMUNITARIA

2. SELECCIÓN DE LOS HOGARES PARTICIPANTES

Áreas específicas de aplicación de los instrumentos

Con apoyo de la unidad de salud de La Calera se identificaron dos áreas de estudio una urbana y otra rural. Considerando el número de familias total, el número de familias con niños menores de 5 años, los recursos económicos y el acceso geográfico, se realizó una selección por conveniencia de áreas. Este criterio de selección se siguió para establecer si existen diferencias en la percepción del instrumento en las zonas establecidas. El resultado identificó dos áreas específicas para aplicar la encuesta comunitaria:

- Area urbana: Barrio Flandes
- Area rural: Vereda Santa Helena

Población blanco

- Hogares de niños y niñas menores de 5 años, madres gestantes y en el área de medición.
- Hogares con mujeres entre los 15 y 45 años en el área de medición.

Criterios de inclusión

- Hogares donde duermen en la noche niños y niñas menores de 5 años y madres gestantes.
- Hogares donde los niños y niñas menores de 5 años son cuidados por más de 6 horas.

Criterios de exclusión

- Hogares donde vive un único niño con patologías específicas que requieren una alimentación y cuidado especial.

Calculo del tamaño de muestra

A través de información de la Unidad de salud y las promotoras de salud que trabajan en las áreas seleccionadas; se identificó un estimado del número de familias total y de familias con niños menores de 5 años que viven en el área puesto que no se cuenta con un marco muestral definido, ni mapas actualizados:

- Area urbana: Barrio Flandes (254 familias total aprox, 33 familias con niños menores de 5 años aprox)



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



- **Area rural:** Vereda Santa Helena (117 familias total aprox, 22 familias con niños menores de 5 años aprox)

Considerando que se está realizando una prueba piloto, los planteamientos propuestos para calcular el tamaño de la muestra y la logística para la aplicación de los instrumentos, el equipo de trabajo determinó que se realizaría un **CENSO** de todos los hogares con niños menores de 5 años en el Barrio Flandes y en la vereda Santa Helena del municipio de La Calera.

Selección de los hogares con niños menores de 5 años y mujeres entre 15 y 45 años.

Una vez se determinó el número de hogares a visitar, estos fueron seleccionados por conveniencia con apoyo de la información entregada por el personal de salud de La Calera y la comunidad.

3. CAPACITACION DE LOS ENCUESTADORES

Se utilizaron los parámetros descritos en la guía metodológica de encuesta comunitaria que se encuentra en el segundo informe. De manera general presentamos el proceso:

A. Selección de los equipos de encuestadores:

Se conformó un equipo compuesto por 5 miembros: un supervisor y cuatro encuestadores.

B. Características de los encuestadores:

Los encuestadores seleccionados para la aplicación de la prueba piloto fueron enfermeras con experiencia en realización y aplicación de encuestas. Durante el proceso de capacitación los encuestadores fueron familiarizados con las prácticas claves.

C. Actividades desarrolladas durante la capacitación:

La capacitación a los encuestadores se realizó durante dos días que incluyó las siguientes actividades:

- Introducción general
 - Introducción a AIEPI
 - Introducción al proceso de evaluación
 - Descripción metodológica general: Que será medido?, Como se va a medir?,Cuál será el uso que se dará a la información recolectada?
- Objetivos del entrenamiento
- Introducción a los instrumentos
 - Descripción de los instrumentos
 - Consentimiento informado
 - Introducción a las entrevistas comunitarias.
 - Introducción a las técnicas de entrevista
- Recolección de información



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



- Procedimientos de campo
- Logística de planeación de la encuesta en el campo
- Procedimiento para la selección de la persona a entrevistar en cada hogar
 - Criterios de inclusión y exclusión
- Proceso de chequeo de la información recolectada y finalización del reclutamiento
- Ejercicios prácticos con cada encuestador.

4. APLICACIÓN Y EVALUACION DEL INSTRUMENTO EN LOS HOGARES SELECCIONADOS

De manera general, se realizaron los pasos recomendados por la guía metodológica del informe II.

PREPARACIÓN PREVIA:

Una vez se identificaron los días en que se realizaría la encuesta, se contrató un servicio de perifoneo en el Barrio Flandes y la Vereda Santa Helena con el fin de dar a conocer a la población de estudio cuando y quienes los estarían visitando en sus casas para realizar la encuesta y que se contaba con el apoyo de la administración municipal.

CONSIDERACIONES GENERALES

- Se encuestó a todos los hogares elegibles cuyos cuidadores se encontraron disponibles en el Barrio Flandes y la vereda Santa Helena del municipio de La Calera durante la aplicación de la encuesta.
- La identificación de los hogares elegibles se realizó con apoyo de la comunidad y la información recolectada por el personal comunitario.
- En cada hogar que se visitó, se inició por identificar el número de familias en el hogar y posteriormente preguntar y entrevistar a un miembro adulto elegible del hogar que se encargaba del cuidado de menores de 5 años para que respondiera las preguntas del cuestionario.
- Antes de iniciar el diligenciamiento, se identificaron a las madres o personas responsables de cuidar a los niños/as menores de 5 años, a quienes se aplicó los módulos de acuerdo a como sea necesario.
 - Para diligenciar los módulos, se entrevistó por separado a una de las mujeres entre 15 y 49 años que vivían en el hogar.
 - Para diligenciar el modulo para Niños/as Menores de 5 Años, se entrevistó a la madres o la persona responsable de cuidar a los niños/as menores de 5 años que vivan en el hogar (según los criterios de la guía metodológica).
 - Se identificó a estas personas completando la información solicitada al inicio del cuestionario.
- La encuesta comunitaria contiene una serie de módulos dirigidos al cuidador encargado de los niños y niñas elegibles que viven en el hogar y otro modulo dirigido exclusivamente a mujeres entre 15 y 49 años. Si la persona que respondía no era una



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es derecho de todos y todas



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

mujer en edad fértil, se preguntaba por otro miembro de la familia que correspondiera para poder diligenciar el modulo. Esto significa que se podría completar la entrevista sobre el hogar con más de una persona respondiendo las preguntas de distintos módulos.

- Si el hogar contaba con más de un niño menor de 23 meses, se diligenciaron unos módulos anexos con el fin de obtener información específica para los diferentes grupos de edad.
- Si en el momento de realizar la entrevista en un hogar no había nadie en casa, se le preguntó a los vecinos si conocían a qué hora regresaban. Si no había ningún adulto en casa o el cuidador se encontraba ocupado, se coordinó el regreso a esa vivienda más tarde el mismo día.
- No se entrevistó a la persona encargada provisionalmente de los niños/as del hogar (por ejemplo, una niñera); ni a ninguna persona que no fuera residente habitual del hogar visitado.
- Se agradeció a las familias por su participación.

4.1 EVALUACION GENERAL DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA COMUNITARIA

El objetivo de este paso era aplicar los instrumentos para determinar si éstos son fáciles de comprender y manejar, si utilizan un lenguaje adecuado y si la metodología de reclutamiento es adecuada. Para determinar estas características se emplearon las siguientes técnicas:

- ENTREVISTAS

Al final del piloto, se les solicitó a los encuestadores diligenciar la encuesta comunitaria con el objetivo de que evaluaran cada pregunta con relación a su claridad en la formulación, factibilidad de opciones de respuesta y sugerencias para mejorar el ítem.

Posteriormente se realizaron unas entrevistas con los encuestadores con el fin de conocer su experiencia y opiniones del proceso, identificar el origen de los posibles problemas y cuáles fueron las soluciones adoptadas.

- EVALUACION DE LA ENCUESTA ADAPTADA

Dado que el instrumento es una adaptación a la medición de cobertura y al contexto colombiano, el grupo de trabajo sometió a evaluación de todos sus miembros cada ítem del cuestionario con el fin de verificar la pertinencia y factibilidad para la construcción de los indicadores.

- OBSERVACION:

Los supervisores (dos investigadores del grupo de trabajo) realizaron un proceso de observación durante la recolección de información, en este caso, el objeto de estudio era el encuestador el cual fue observado durante la aplicación del cuestionario. Esto permitió



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es derecho de todos y todas



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

identificar cuales preguntas no eran claras, los entrevistados solicitaban explicación o respondían opciones que no estaban en el cuestionario.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN GENERAL Y AJUSTES A LA ENCUESTA Y METODOLOGÍA.

Después de la aplicación de los instrumentos se realizó una reunión de los investigadores del grupo, con el fin de identificar cada una de las dificultades en la aplicación de los instrumentos y las sugerencias para superarlas. Teniendo en cuenta la información recolectada en las entrevistas y en la observación se realizaron los ajustes a los cuestionarios y a la metodología.

De manera general se realizaron los siguientes ajustes a la encuesta comunitaria:

- Generar más opciones de respuesta en 5 preguntas.
- Modificar la redacción de 5 preguntas.
- Eliminación de 3 preguntas.
- Insertar 2 saltos de pregunta.

Los ajustes globales de la metodología están relacionados con:

- Modificaciones en la logística.
- Modificaciones en el tamaño de muestra.

5. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION (RESULTADOS PRUEBA PILOTO EVALUACION DE COBERTURA EFECTIVA ESTRATEGIA AIEPI EN LA CALERA)

Una vez todas las encuestas comunitarias fueron diligenciadas se alimentó una base de datos en Excel, la cual fue codificada de acuerdo al libro de variables. Esta actividad fue realizada por el equipo de encuestadores con apoyo de los supervisores. La base de datos se encuentra en el archivo de Excel anexo.

Control de calidad

Los supervisores seleccionaron aleatoriamente 5 cuestionarios por área con el fin de verificar si la información fue adecuadamente ingresada a la base de datos. El proceso identificó que los 5 formatos fueron ingresados correctamente. Posterior al ingreso de los datos se aplicaron estrategias adicionales de validación. Se evaluó la distribución de las variables cuantitativas para identificar valores extremos y valores no factibles considerando el libro de variables creado. (Ver archivo de Excel anexo)



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es un derecho de todos y todas



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO

Se encuestaron todas las familias con niños menores de 5 años disponibles en el Barrio Flandes y la Vereda Santa Helena en el momento de la aplicación de la encuesta comunitaria. Se caracterizó la población de acuerdo a los factores contextuales y se realizó el cálculo de los indicadores de la matriz propuesta para AIEPI comunitario.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION

Tabla 2. Características de la población encuestada en el piloto.

CARACTERÍSTICAS POBLACION EVALUADA		
Área de ubicación de la vivienda	64,7% Urbana	35,3% Rural
Numero familias en el hogar	100% de los hogares está conformados por una familia	
Genero de los cuidadores	88,2% mujeres	11,8% hombres
Edad de los cuidadores	18-24	31,40%
	25-40	43,10%
	41-60	19,61%
	>60	5,89%
Número de niños menores de 5 años	42 Urbana	22 Rural
Número de niños menores de 6 meses	3 Urbana	0 Rural
Número de mujeres entre 15-45 años	42 Urbana	20 Rural
Nivel educativo del cuidador	Ninguno	3,92%
	Primaria	35,29%
	Secundaria	50,98%
	Técnica	9,80%
	Universitaria	3,92%
Seguridad social del cuidador	Vinculado	7,84%
	Subsidiado	52,94%
	Contributivo	39,22%
Número de personas que conforman el grupo familiar	1-3.	21,57%
	4-7.	72,60%
	8-10.	5,83%
Tipo de vivienda	Casa	66,67%
	Apartamento	21,57%
	Cuarto en casa	7,84%
	Cuarto en inquilinato	3,92%
Número de habitaciones en la vivienda	1	7,84%



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es derecho de todos y todas



Organización
Panamericana
de la Salud

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

	2	50,98%
	3	39,22%
	4	1,96%
Tipo de servicio sanitario	Alcantarillado	72,55%
	Letrina	3,92%
	Otro	23,53%
	Ninguno	0%
Fuente de agua para cocinar alimentos	Acueducto	82,35%
	Pozo	1,96%
	Otra fuente natural	13,73%
	Agua embotellada	1,96%
Nivel educativo de la persona que aporta la mayoría de los ingresos	Primaria	50,98%
	Secundaria	29,41%
	Técnica	11,76%
	Universitaria	7,84%
Porcentaje que considera el agua que consumen es segura para beber	59,18% Si	40,82% No
Medidas para tratar el agua de preparación de alimentos		
Familias que hierven el agua	67,35%	
Familias que le agregan cloro	0%	
Familias que usan filtro de agua	10,20%	
Familias que la dejan estancar	6,12%	
Nada	8,16%	
No saben	2,04%	

CALCULO DE LOS INDICADORES

Una vez se alimentó la base de datos y se comprobó la calidad de la información, comenzó el proceso de cálculo de los indicadores propuestos en la matriz de indicadores de cobertura del componente comunitario de la estrategia AIEPI. Se realizaron proporciones para el área rural y urbana dado el tamaño de muestra de cada una y estimaciones globales ponderadas con coeficiente de variación para las dos áreas de estudio puesto que es un censo.

En la Tabla No 3 se presentan los indicadores de cobertura de la estrategia AIEPI comunitario construidos a partir de la encuesta comunitaria. Incluye indicadores para las 18 prácticas claves, actividades de promoción, alianzas entre instituciones y comunidad y atención comunitaria en salud



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es un derecho de todos y todas



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

Tabla No. 3 Indicadores de cobertura de AIEPI comunitario a partir de la encuesta comunitaria.

DIMENSION DE EVALUACION	CATEGORIA	INDICADOR	BARRIO FLANDES		VEREDA SANTA HELENA		GLOBAL	
			INDICADOR	N	INDICADOR	N	INDICADOR +/- CV	N
PRACTICAS CLAVE. CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRACTICAS DE FAMILIAS DE MENORES DE 5 AÑOS.	1. Amamantar a lactantes de manera exclusiva durante los primeros 6 meses	Porcentaje de niños entre 0-6 meses cuyos cuidadores reportan que recibieron leche materna durante la primera hora después del nacimiento	66,70%	3	NA	0	66,70% ±2,5%	3
		Porcentaje de niños menos de 1 año cuyos cuidadores reportan la administración de leche materna en las últimas 24 horas.	100%	5	100%	2	100%	7
	2. A partir de los seis meses de edad, suministrar a los niños alimentos complementarios recién preparados, de alto contenido nutricional y energético, continuando al mismo tiempo con la lactancia materna hasta los dos años o más.	Porcentaje de niños entre 6-9 meses cuyos cuidadores reportan que recibieron leche materna y comidas sólidas-semisólidas durante las últimas 24 horas.	100%	4	NA	0	100%	4
		Porcentaje de cuidadores que conocen el inicio de la alimentación complementaria.	71,00%	31	50%	18	58,40% ±8,3%	49
	3. Proporcionar a los niños y niñas cantidades suficientes de micronutrientes (vitamina A, hierro y zinc, en particular), ya	Porcentaje de cuidadores que saben para qué sirve el Hierro/Zinc y proporcionan al niño alimentos fuente de hierro/Zinc.	12,50%	31	11%	18	11,60% ±2,5%	49



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es un derecho de todos y todas



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

	sea en su régimen alimentario o mediante el suministro de suplementos.	Porcentaje de niños entre 6-23 meses cuyos cuidadores reportan que recibieron una dosis de vitamina A en los últimos 6 meses	18,20%	11	20,00%	5	18,92% ±1,9%	16
	4. Promover el desarrollo mental y social del niño, respondiendo a su necesidad de atención, y procurar estimularlo mediante la conversación, juegos y otras interacciones físicas y emocionales apropiadas.	Porcentaje de cuidadores que realizan por lo menos 4 actividades estimuladoras del desarrollo y afecto con sus niños.	100%	31	88,90%	18	95,60% ±32,3%	49
	5. Llevar a los niños y niñas en las fechas previstas a que reciban el esquema completo de vacunas antes de cumplir un año.	Porcentaje de niños entre 12-23 meses que reportaron vacunas completas (DPT, polio, sarampión) con base en el carnet para la edad de un año	75%	8	40%	5	61% ±4,5%	13
	6. Desechar las heces de toda la familia, de manera segura y lavarse las manos con agua y jabón después de la defecación y antes de preparar los alimentos y dar de comer a los hijos.	Porcentaje de cuidadores de niños entre 0-23 meses que reportan que lavan sus manos con agua y jabón antes de la preparación de alimentos, antes de alimentar niños, después de defecación y después de atender a un niño que ha defecado.	25,80%	31	5,60%	18	17,70% ±3,2%	49
	7. Proteger a los niños y niñas del dengue y la malaria asegurándose que duerman con mosquiteros tratados con insecticida.	Porcentaje de niños entre 0-23 meses cuyas madres reportaron que durmieron en un mosquitero impregnado con insecticidas la noche anterior (para áreas en riesgo de malaria)	NA	0	NA	0	NA	0



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es un derecho de todos y todas



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

		Porcentaje de familias que conocen otras actividades diferentes al mosquitero para prevenir la malaria y el dengue	NA	0	NA	0	NA	0
	8. Adoptar y mantener los hábitos apropiados para la prevención y atención de las personas infectadas por el VIH/SIDA.	Porcentaje de cuidadores que conocen al menos 2 formas de reducir el riesgo de infección de VIH	58,10%	31	22,20%	18	43,70% ± 6,2%	49
	9. Mantener una adecuada higiene oral.	Porcentaje de cuidadores que conocen la manera adecuada de limpiar los dientes a los niños antes y después de la erupción de los dientes	0%	31	0%	18	0%	49
	10. Proteger a los niños y niñas que tienen contacto con personas enfermas de tuberculosis que viven con ellos o los visitan frecuentemente.	Porcentaje de cuidadores que reportan conocer tres señales de peligro para la presencia de tuberculosis en el hogar y demanden ser llevados a un centro asistencial.	0%	31	0%	18	0%	49
	11. Cuando el niño o la niña se enferme, continuar alimentando y dando líquidos, especialmente leche materna.	Porcentaje de cuidadores de niños < de 5 años que reportan haber brindado al niño/niña alimentos y más líquidos durante su enfermedad:	9,70%	31	5,60%	18	8,06% ±2,1%	49
		Porcentaje de cuidadores de niños < de 5 años que reportaron haber brindado al niño SRO de manera adecuada en el último episodio de diarrea	61,30%	31	61,10%	18	61,22% ±8,8%	49



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es un derecho de todos y todas



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

	12. Administrar a los niños enfermos el tratamiento casero apropiado.	Porcentaje de cuidadores de niños de 2 meses a 5 años con fiebre que reportaron haber brindado al menos dos medidas de cuidados en el hogar	64,50%	31	61,10%	18	63,14% ±9,2%	49
	13. Tomar las medidas adecuadas para prevenir y controlar lesiones y accidentes en los niños.	Porcentaje de cuidadores que reportan al menos tres actividades de prevención de accidentes de los niños	54,80%	31	22,20%	18	41,76% ±5,9%	49
	14. Evitar el descuido y maltrato a los menores y tome medidas adecuadas cuando ocurran.	Porcentaje de cuidadores que reportan conocimiento de al menos 2 formas diferentes de maltrato infantil	87,10%	31	77,80%	18	83,36% ±15,7%	49
	15. Asegurar que los hombres participen activamente en el cuidado de sus hijos y se involucren en los asuntos relacionados con la salud reproductiva de la familia.	Porcentaje de madres que refiere que su pareja la ha acompañado al menos en un control prenatal	57,10%	28	57,1%	14	57,10% ±7,5%	42
		Porcentaje de familias en las que la mujer reconoce que su esposo promovió y prestó apoyo durante la lactancia	71,40%	31	55,6%	18	65,08% ±9,6%	49
		Porcentaje de mujeres que expresan que su pareja ha participado en el cuidado de los niños menores de 5 años.	80,60%	28	88,9%	14	83,90% ±16%	42
	16. Reconocer cuándo los niños o niñas enfermos necesitan tratamiento fuera del hogar y llévelos al personal de salud apropiado para que reciban atención.	Porcentaje de cuidadores declarando al menos 2 signos de peligro para buscar tratamiento	80,60%	31	78,6%	18	79,80% ±5,7%	49
		Porcentaje de niños entre 0-23 meses con diarrea en las dos últimas semanas cuya madre busco consejería o tratamiento	NA	0	NA	0	NA	0



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es un derecho de todos y todas



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

		Porcentaje de cuidadores que pueden citar al menos dos signos de peligro para niños menores de 2 meses	0%	31	0%	18	0%	49
	17. Seguir las recomendaciones dadas por el personal de salud en relación con el tratamiento, seguimiento y la referencia del caso	Porcentaje de cuidadores que cumplen las recomendaciones del personal de salud y regresan a la consulta de seguimiento.	NA	0	NA	0	NA	49
	18. Asegurarse que toda mujer embarazada reciba atención prenatal adecuada.	Porcentajes de mujeres en edad fértil que conocen que deben realizar el control pre natal durante el embarazo, control del puerperio y que deben aplicarse la vacuna TT.	100%	28	100%	14	100%	42
ALIANZAS ENTRE INSTITUCIONES Y COMUNIDAD		Porcentaje de familias que refieren participación en grupos de apoyo de AIEPI comunitario	40,60%	32	16,70%	18	31,10% ±4,8%	50
PROMOCION COMUNITARIA		Porcentaje de familias que han escuchado a través de un megáfono, comerciales de radio o televisión actividades relacionadas con las prácticas de cuidado y de salud de los niños?	84,30%	32	77,8%	18	81,70% ±14,9%	50
ATENCION COMUNITARIA EN SALUD		Porcentaje de familias que han recibido visitas domiciliarias por un agentes comunitario en los últimos 6 meses	68,80%	32	50%	18	60,10% ±8,7%	50



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Limitaciones de la prueba piloto:

Dado que se realizó un censo, no fue posible estimar significativamente algunos indicadores debido a que no se contó con suficiente número de individuos o con ningún individuo de la población objeto para medirlos. Adicionalmente, como en la zona no es endémica de malaria no fue posible evaluar esos indicadores.

Es importante tener en cuenta los sesgos inherentes de este tipo de estudios. Algunos de ellos fueron controlados en la adaptación y creación de preguntas en los cuestionarios.

DISCUSION DE RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO

Es importante mencionar que la medición de la prueba piloto corresponde a una muestra por conveniencia y que el propósito es la validación de los instrumentos, sin embargo como parte de la metodología también se propone la realización del informe y se aprovechará la información recolectada para hacer algunos comentarios sobre el desempeño de algunos indicadores en las dos áreas incluidas considerando que se realizó un censo de la población elegible. En la interpretación de los resultados debe considerarse los sesgos inherentes del proceso, dada las características de los indicadores propuestos a nivel mundial para medición de cobertura de prácticas claves.

La población seleccionada fue principalmente urbana (64,7%) con un predominio de mujeres como informantes elegibles de las cuales un porcentaje alto se encontraba en edad reproductiva (74,5%). El nivel educativo alcanzado por los informantes elegibles fue con mayor frecuencia secundaria con un porcentaje menor niveles primario y universitario en contraste con lo que ocurriría con el principal aportante que en su mayoría habían alcanzado apenas la educación básica primaria. Respecto al aseguramiento, en su mayoría correspondía a régimen subsidiado (52,9%) y este correspondía con el tipo de aseguramiento de todo el grupo familiar.

- **PRESENTACION DE RESULTADOS DE INDICADORES ENTIDADES TERRITORIALES**

En detalle para el área de insumos y recursos en su categoría de recursos humanos la densidad de agentes comunitarios alcanza el nivel de 4 promotores/1000 niños menores de 5 años que se esperaría fuese más alta para alcanzar las necesidades de promoción de las actividades de la estrategia AIEPI en su componente comunitario.

Aunque se incluyen en el Plan Operativo Anual las actividades de implementación de AIEPI comunitario, el nivel de participación en el desarrollo del mismo en el área de AIEPI



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



comunitario es mínimo como se puede ver en la baja participación de las organizaciones de base en el Diagnóstico Local Participativo. Las actividades centralizadas en la unidad de salud de la alcaldía se cumplen en niveles adecuados según se evidencia por los indicadores de planeación, las actividades de capacitación y los insumos y disponibles para la prestación de servicios de salud comunitarios.

El porcentaje de trabajadores de la salud entrenados en AIEPI comunitario no alcanza niveles superiores al 50% (44,7%) pero todos los trabajadores de la alcaldía han recibido entrenamiento en la estrategia, lo que incrementaría el compromiso institucional para la implementación de todos los componentes en el municipio. El trabajo de alianzas comunitarias evaluado por la presencia del sistema de referencia comunitaria se evidencia fortalecida sin embargo esta área requerirá de una evaluación específica que dé cuenta de los componentes del sistema de referencia y del funcionamiento en conjunto del mismo.

- **PRESENTACION DE RESULTADOS DE INDICADORES PRACTICAS CLAVE**

La prevalencia de lactancia materna en menores de un año tanto en el área rural como en el área urbana alcanza el 100% sin embargo el indicador que marca el inicio de la lactancia materna en el barrio de la muestra alcanza el 66,7%. Para la práctica 3 en general se observaron valores bajos en los dos indicadores, el desconocimiento de los beneficios y fuentes de la suplementación nutricional podría comprometer la adherencia a la suplementación con Vitamina A y de oligoelementos, específicamente el Zinc y el hierro. No se evidenciaron diferencias en la magnitud de los indicadores entre la vereda y el barrio.

El indicador para las medidas generales de higiene se encontraba en niveles muy bajos principalmente en la vereda Santa Helena (5,6%), lo que representa un elemento de riesgo para la transmisión de infecciones gastrointestinales a pesar de contar con disponibilidad adecuada de servicios sanitarios como en nuestra muestra. El desconocimiento de la prevención del VIH en la muestra es generalmente alto siendo inferior el conocimiento en el área rural (22%) de las medidas de prevención del contagio. En el barrio Flandes, el porcentaje de cuidadores que conocían al menos de medidas de prevención no superaba el 60% y el indicador global para la muestra se reporta en el 43,7%. El indicador no está relacionado solamente con la estrategia AIEPI sino con el conjunto de intervenciones que garantizan la salud sexual y reproductiva de la población, por lo tanto se hace importante vincular y ligar la información proveniente de otros programas cuando en el futuro se realice la medición de la cobertura del componente comunitario de AIEPI.

El conocimiento de las actividades de prevención de accidentes aún sigue siendo bajo principalmente en el área rural (22,2%). Para este indicador se evaluó el conocimiento en las actividades de prevención. La situación en el barrio Flandes no dista mucho de la de la vereda (54,8%) para una de las prácticas claves que reduciría el impacto de la quinta causa de muerte



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es derecho de todos y todas



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

en menores de 5 años en nuestro país. La participación de los hombres en las actividades de cuidado son representativas para el apoyo en el cuidado de los niños y en la lactancia materna sin diferencias importantes entre la vereda y el barrio, estas actividades de apoyo al cuidado se vieron reducidas para el control de la mujer durante el embarazo también sin diferencia entre el barrio (57,1%) y la vereda (57,1%).

La participación en grupos de apoyo de la estrategia en el componente comunitario fue baja, no superando el 50% de los grupos familiares que fueron incluidos en la muestra en ninguna de las dos áreas. Relacionado con lo anterior, los servicios de atención comunitaria se encontraron en un porcentaje muy bajo para el área rural (0,5%) comparado con el área urbana siendo este del 66,7%.

DISCUSION DE RESULTADO DEL EJERCICIO DE AIEPI COMUNITARIO

- ✚ Para lograr refinar el proceso de evaluación, se debe tener clara la línea política y estratégica que tome AIEPI y para el caso presente, AIEPI comunitario. Aún no es claro la definición de éste componente en Colombia y se requiere plantear la manera en la que se va a integrar la estrategia en nuestro sistema y adicionalmente cuales serán las metas y objetivos del mismo. Es indispensable conocer cuáles son las responsabilidades en la implementación de la estrategia de cada uno de los actores del sistema para de esta manera establecer quiénes y cuando serán evaluados.
- ✚ Adicionalmente hay elementos propios del componente comunitario que se deben definir. Los elementos técnicos de algunas intervenciones no están completamente claras ni para la estrategia ni para nuestro sistema en particular, entre dichas intervenciones que harían parte del componente comunitario son el Plan de vigilancia comunitaria y el Sistema de Referencia Comunitaria. Aún no se han definido la estructura, actividades ni mecanismos que harán funcionar la vigilancia comunitaria.
- ✚ En el mismo sentido que se plantea para las capacitaciones del componente clínico, las capacitaciones del componente comunitario deben estandarizarse para que de esta manera se garantice la calidad y se tenga la posibilidad de certificarlas; adicionalmente se facilitará la medición de esta actividad esencial para el funcionamiento de la estrategia.



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es derecho de todos y todas



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

CONCLUSIONES

La prueba piloto permitió validar los instrumentos y la metodología para levantar la línea base de AIEPI comunitario en un área rural y un área urbana del territorio colombiano.

Con la información recolectada se definieron claramente para el contexto colombiano los siguientes documentos para generar línea base de AIEPI comunitario:

- **SELECCIÓN DE INDICADORES PRIORITARIOS PARA LA COBERTURA DE AIEPI COMUNITARIO. PAG. 28**
- **CONSENTIMIENTO INFORMADO: ANEXO 1**
- **INSTRUMENTO DE ENTES TERRITORIALES: ANEXO 2**
- **GUIA PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL INSTRUMENTO DE ENTES TERRITORIALES: ANEXO 3**
- **GUIA METODOLOGICA PARA LA APLICACION DEL INSTRUMENTO DE ENTES TERRITORIALES: PAG.33**
- **INDICADORES A MEDIR POR NIVEL DE EVALUACIÓN: ANEXO 4**
- **INSTRUMENTO ENCUESTA COMUNITARIA: ANEXO 5**
- **GUIA PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA COMUNITARIA: ANEXO 6**
- **GUIA METODOLOGICA PARA LA APLICACION DE LA ENCUESTA COMUNITARIA: PAG. 42**
- **ARCHIVO DE EXCEL ADJUNTO CON:**
 - **LIBRO DE VARIABLES**
 - **BASE DE DATOS**
 - **MATRIZ DE INIDCADORES FINAL**
 - **CALCULO DE INIDCADORES PARA FLANDES Y VEREDA SANTA HELENA**



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es un derecho de todos y todas




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

SELECCIÓN DE INDICADORES PRIORITARIOS PARA LA DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA DE LA ESTRATEGIA AIEPI COMUNITARIA.

La matriz plantea un amplio listado de indicadores, sin embargo con el fin de tomar decisiones rápidas y efectivas se recomienda seleccionar los principales indicadores que definirán la cobertura del componente comunitario de AIEPI.

Con base en una revisión de la literatura, factibilidad de recolección de la información, opinión de expertos y metodólogos se proponen los siguientes indicadores únicos para cada categoría a medir

		INDICADOR	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	UNIDAD DE ANÁLISIS
GENERAL		Porcentaje de (municipios/localidades) con AIEPI comunitario implementado	Número de (municipios/localidades) con AIEPI comunitario implementado	Número de (municipios/localidades)	Porcentaje	Barrio, Vereda, Localidad, Municipio, Departamento, Nación
INSUMOS	HUMANOS	Densidad de agentes comunitarios	Número de agentes comunitarios	número de niños menores de 5 años	Razón	Barrio, Vereda, Localidad, Municipio, Departamento, Nación
		Densidad de agentes comunitarios	Número de agentes comunitarios	Número de familias de menores de 5 años	Razón	Barrio, Vereda, Localidad, Municipio, Departamento, Nación



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida un derecho de todos y todas



Organización
Panamericana
de la Salud

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

	ECONOMICOS		Porcentaje de los recursos del plan de inversiones anual del POA destinados al proyecto AIEPI comunitario	Monto de los recursos designados para el proyecto AIEPI comunitario dentro del Plan de inversión anual del POA (Plan Operativo Anual).	Total de los recursos disponibles para el plan de inversiones anual del POA	Porcentaje	Barrio, Vereda, Localidad, Municipio, Departamento, Nación
	TECNICOS		Porcentaje de agentes comunitarios que cuentan con la lista esencial de elementos para desarrollar sus actividades. (rotafolio AIEPI comunitario, metro, hojas con curvas de crecimiento OMS así como elementos para realizar adecuada antropometría, escala abreviada de desarrollo)	Número de agentes comunitarios que cuentan con la lista esencial de elementos para desarrollar sus actividades. (rotafolio AIEPI comunitario, metro, hojas con curvas de crecimiento OMS así como elementos para realizar adecuada antropometría, escala abreviada de desarrollo)	Número total de agentes comunitarios evaluados	Porcentaje	Barrio, Vereda, Localidad, Municipio
ACTIVIDADES	PLANEACION		Porcentaje de municipios que incluyen el proyecto AIEPI comunitario dentro del POA	Número de municipios que incluyen el proyecto AIEPI comunitario dentro del POA	Número total de municipios	Porcentaje	Departamento, Nación
	PROMOCION		Porcentaje de actores sociales de la comunidad invitadas que atendieron todas las capacitaciones de AIEPI.	Número de actores sociales de la comunidad que atendieron todas las capacitaciones de aiepi	Número de actores sociales de la comunidad invitadas a las capacitaciones de aiepi	Numero	Barrio, Vereda, Localidad, Municipio
	CAPACITACION		Porcentaje de agentes comunitarios que están capacitados en AIEPI comunitario y que recibieron el rotafolio.	Número de agentes comunitarios que están capacitados en AIEPI comunitario y que recibieron el rotafolio	Número de agentes comunitarios registrados.	Porcentaje	Barrio, Localidad, Municipio, Departamento, Nación
RESULTADOS		1. Amamantar a lactantes de manera exclusiva durante los primeros 6 meses	Porcentaje de niños menores de 1 año cuyos cuidadores reportan la administración de leche materna en las últimas 24 horas.	Número de niños menores de 1 año cuyos cuidadores reportan la administración de leche materna en las últimas 24 horas.	Número de niños menores de 1 año	Porcentaje	Barrio, Localidad, Municipio, Departamento, Nación



<p>PRACTICAS CLAVE. CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRACTICAS DE FAMILIAS DE MENORES DE 5 AÑOS.</p>	<p>2. A partir de los seis meses de edad, suministrar a los niños alimentos complementarios recién preparados, de alto contenido nutricional y energético, continuando al mismo tiempo con la lactancia materna hasta los dos años o más.</p>	<p>Porcentaje de cuidadores que conocen el inicio de la alimentación complementaria.</p>	<p>Numero de cuidadores que conocen el inicio de la alimentación complementaria.</p>	<p>Numero de cuidadores</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Barrio, Localidad, Municipio, Departamento, Nación</p>
	<p>3. Proporcionar a los niños y niñas cantidades suficientes de micronutrientes (vitamina A, hierro y zinc), ya sea en su régimen alimentario o mediante el suministro de suplementos.</p>	<p>Porcentaje de cuidadores que saben para qué sirve el Hierro/Zinc y proporcionan al niño alimentos fuente de hierro/Zinc.</p>	<p>Numero de cuidadores que saben para qué sirve el Hierro/Zinc y proporcionan al niño alimentos fuente de hierro/Zinc.</p>	<p>Numero de cuidadores</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Barrio, Localidad, Municipio, Departamento, Nación</p>
	<p>4. Promover el desarrollo mental y social del niño, respondiendo a su necesidad de atención, y procurar estimularlo mediante la conversación, juegos y otras interacciones físicas y emocionales apropiadas.</p>	<p>Porcentaje de cuidadores que realizan por lo menos 4 actividades estimuladoras del desarrollo y afecto con sus niños.</p>	<p>Numero de cuidadores que realizan por lo menos 4 actividades estimuladoras del desarrollo y afecto con sus niños.</p>	<p>Numero de cuidadores</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Barrio, Localidad, Municipio, Departamento, Nación</p>
	<p>5. Llevar a los niños y niñas en las fechas previstas a que reciban el esquema completo de vacunas antes de cumplir un año.</p>	<p>Porcentaje de niños entre 12-23 meses que reportaron vacunas completas (DPT, polio, sarampión) con base en el carnet para la edad de un año</p>	<p>Número de niños entre 12-23 meses con vacunas completas para la edad de un año</p>	<p>Número de niños entre 6-23 meses</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Barrio, Localidad, Municipio, Departamento, Nación</p>
	<p>6. Desechar las heces de toda la familia, de manera segura y lavarse las manos con agua y jabón después de la defecación y antes de preparar los alimentos y dar de comer a los hijos.</p>	<p>Porcentaje de cuidadores de niños entre 0-23 meses que reportan que lavan sus manos con agua y jabón antes de la preparación de alimentos, antes de alimentar niños, después de defecación y después de atender a un niño que ha defecado.</p>	<p>Numero de cuidadores de niños entre 0-23 meses que lavan sus manos con agua y jabón antes de la preparación de alimentos, antes de alimentar niños, después de defecación y después de atender a un niño que ha defecado.</p>	<p>Numero de cuidadores</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Barrio, Localidad, Municipio, Departamento, Nación</p>
	<p>7. Proteger a los niños y niñas del dengue y la malaria asegurándose que duerman con mosquiteros tratados con insecticida.</p>	<p>Porcentaje de familias que conocen otras actividades diferentes al mosquitero para prevenir la malaria y el dengue</p>	<p>Número de familias que conocen otras actividades diferentes al mosquitero para prevenir la malaria y el dengue</p>	<p>Número de familias</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Barrio, Localidad, Municipio, Departamento, Nación</p>



<p>PRACTICAS CLAVE. CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE FAMILIAS DE MENORES DE 5 AÑOS.</p>	<p>8. Adoptar y mantener los hábitos apropiados para la prevención y atención de las personas infectadas por el VIH/SIDA.</p>	<p>Porcentaje de cuidadores que conocen al menos 2 formas de reducir el riesgo de infección de VIH</p>	<p>Numero de cuidadores que conocen al menos 2 formas de reducir el riesgo de infección de VIH</p>	<p>Numero de cuidadores</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Barrio, Localidad, Municipio, Departamento, Nación</p>
	<p>9. Mantener una adecuada higiene oral.</p>	<p>Porcentaje de cuidadores que conocen la manera adecuada de limpiar los dientes a los niños antes y después de la erupción de los dientes</p>	<p>Numero de cuidadores que conocen la manera adecuada de limpiar los dientes a los niños antes y después de la erupción de los dientes</p>	<p>Numero de cuidadores</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Barrio, Localidad, Municipio, Departamento, Nación</p>
	<p>10. Proteger a los niños y niñas que tienen contacto con personas enfermas de tuberculosis que viven con ellos o los visitan frecuentemente.</p>	<p>Porcentaje de cuidadores que reportan conocer tres señales de peligro para la presencia de tuberculosis en el hogar y demanden ser llevados a un centro asistencial.</p>	<p>Numero de cuidadores que reportan conocer tres señales de peligro para la presencia de tuberculosis en el hogar y demanden ser llevados a un centro asistencial.</p>	<p>Numero de cuidadores</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Barrio, Localidad, Municipio, Departamento, Nación</p>
	<p>11. Cuando el niño o la niña se enferme, continuar alimentando y dando líquidos, especialmente leche materna.</p>	<p>Porcentaje de cuidadores de niños < de 5 años que reportan haber brindado al niño/niña alimentos y más líquidos durante su enfermedad:</p>	<p>Numero de cuidadores de niños < de 5 años que reportan haber brindado al niño/niña alimentos y más líquidos durante su enfermedad:</p>	<p>Numero de cuidadores</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Barrio, Localidad, Municipio, Departamento, Nación</p>
	<p>12. Administrar a los niños enfermos el tratamiento casero apropiado.</p>	<p>Porcentaje de cuidadores de niños de 2 meses a 5 años con fiebre que reportaron haber brindado al menos dos medidas de cuidados en el hogar</p>	<p>Numero de cuidadores de niños de 2 meses a 5 años con fiebre que reportaron haber brindado al menos dos medidas de cuidados en el hogar</p>	<p>Numero de cuidadores</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Barrio, Localidad, Municipio, Departamento, Nación</p>
	<p>13. Tomar las medidas adecuadas para prevenir y controlar lesiones y accidentes en los niños.</p>	<p>Porcentaje de cuidadores que reportan al menos tres actividades de prevención de accidentes de los niños</p>	<p>Numero de cuidadores que reportan al menos tres actividades de prevención de accidentes de los niños</p>	<p>Numero de cuidadores</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Barrio, Localidad, Municipio, Departamento, Nación</p>
	<p>14. Evitar el descuido y maltrato a los menores y tome medidas adecuadas cuando ocurran.</p>	<p>Porcentaje de cuidadores que reportan conocimiento de al menos 2 formas diferentes de maltrato infantil</p>	<p>Numero de cuidadores que reportan conocimiento de al menos 2 formas diferentes de maltrato infantil</p>	<p>Numero de cuidadores</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Barrio, Localidad, Municipio, Departamento, Nación</p>



	<p>15. Asegurar que los hombres participen activamente en el cuidado de sus hijos y se involucren en los asuntos relacionados con la salud reproductiva de la familia.</p>	<p>Porcentaje de mujeres que expresan que su pareja ha participado en el cuidado de los niños menores de 5 años.</p>	<p>Número de mujeres que expresan que su pareja ha participado en el cuidado de los niños menores de 5 años</p>	<p>Número de mujeres</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Barrio, Localidad, Municipio, Departamento, Nación</p>
	<p>16. Reconocer cuándo los niños o niñas enfermos necesitan tratamiento fuera del hogar y llévelos al personal de salud apropiado para que reciban atención.</p>	<p>Porcentaje de cuidadores que pueden citar al menos dos signos de peligro para niños menores de 2 meses</p>	<p>Numero de cuidadores que pueden citar al menos dos signos de peligro para niños menores de 2 meses</p>	<p>Numero de madres</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Barrio, Localidad, Municipio, Departamento, Nación</p>
	<p>17. Seguir las recomendaciones dadas por el personal de salud en relación con el tratamiento, seguimiento y la referencia del caso</p>	<p>Porcentaje de cuidadores que cumplen las recomendaciones del personal de salud y regresan a la consulta de seguimiento.</p>	<p>Numero de cuidadores que cumplen las recomendaciones del personal de salud y regresan a la consulta de seguimiento.</p>	<p>Numero de cuidadores</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Barrio, Localidad, Municipio, Departamento, Nación</p>
	<p>18. Asegurarse que toda mujer embarazada reciba atención prenatal adecuada.</p>	<p>Porcentajes de mujeres en edad fértil que conocen que deben realizar el control pre natal durante el embarazo, control del puerperio y que deben aplicarse la vacuna TT.</p>	<p>Número de mujeres en edad fértil que conocen que deben realizar el control pre natal durante el embarazo, control del puerperio y que deben aplicarse la vacuna TT.</p>	<p>Numero de gestantes</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Barrio, Localidad, Municipio, Departamento, Nación</p>
<p>ALIANZAS ENTRE INSTITUCIONES Y COMUNIDAD</p>		<p>Porcentaje da familias que refieren participación en grupos de apoyo de AIEPI comunitario</p>	<p>Numero da familias que refieren participación en grupos de apoyo de AIEPI comunitario</p>	<p>Número de familias entrevistadas.</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Barrio, Vereda, Localidad, Municipio</p>
<p>ATENCION COMUNITARIA EN SALUD</p>		<p>Porcentaje de familias que han recibido visitas domiciliarias por un agentes comunitario en los últimos 6 meses</p>	<p>Número de familias que han recibido visitas domiciliarias por un agente comunitario en los últimos 6 meses</p>	<p>Número de familias entrevistadas</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Barrio, Vereda, Localidad, Municipio</p>



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PLAN NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA
Salud es vida y la vida es un derecho de todos y todas



Organización
Panamericana
de la Salud

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

INDICADORES DE PROMOCION ADICIONALES PARA SER CONSTRUIDOS CON EL INSTRUMENTO ENTES TERRITORIALES E INFORMACION DE LAS SECRETARIAS DE EDUCACION.

DIMENSION	INDICADOR	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	UNIDAD DE ANALISIS
PROMOCION	Porcentaje de actores sociales de la comunidad invitadas que atendieron todas las capacitaciones de AIEPI comunitario.	Número de actores sociales de la comunidad que atendieron todas las capacitaciones de AIEPI comunitario	Número de actores sociales de la comunidad invitadas a las capacitaciones de AIEPI comunitario	Porcentaje	Barrio, Vereda, Localidad, Municipio
	Porcentaje de madres comunitarias de la comunidad invitadas que atendieron todas las capacitaciones de AIEPI comunitario	Numero de madres comunitarias de la comunidad invitadas que atendieron todas las capacitaciones de AIEPI comunitario.	Numero de madres comunitarias de la comunidad invitadas a las capacitaciones de AIEPI comunitario	Porcentaje	Barrio, Vereda, Localidad, Municipio
	Porcentaje de reuniones atendidas por el Bienestar familiar.	Numero de reuniones realizadas	Numero de reuniones atendidas por el Bienestar familiar.	Porcentaje	Barrio, Vereda, Localidad, Municipio
	Porcentaje de colegios de la comunidad invitados que atendieron todas las capacitaciones de AIEPI comunitario.	Numero de colegios de la comunidad invitados que atendieron todas las capacitaciones de AIEPI comunitario	Numero de colegios de la comunidad invitados a las capacitaciones de AIEPI comunitario.	Porcentaje	Barrio, Vereda, Localidad, Municipio
	Porcentaje de colegios de la comunidad invitados a todas las capacitaciones de AIEPI comunitario.	Numero de colegios de la comunidad invitados a todas las capacitaciones AIEPI comunitario.	Numero de colegios de la comunidad del área que atienden niños menores de 5 años	Porcentaje	Barrio, Vereda, Localidad, Municipio

GUÍA METODOLÓGICA PARA EL LEVANTAMIENTO DE LA LINEA BASE DEL COMPONENTE COMUNITARIO DE AIEPI

La construcción de la matriz de indicadores de cobertura del componente comunitario de AIEPI para la generación de la línea base se realiza con la recolección de información proveniente de dos instrumentos denominados: Instrumento de entes territoriales y encuesta comunitaria. A continuación se presenta la guía metodológica de aplicación de cada instrumento.

GUIA METODOLOGICA PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE ENTES TERRITORIALES

El instrumento de entes territoriales recolecta información para la construcción de indicadores relacionados con la cobertura de las actividades de promoción, capacitación, planeación y alianzas estratégicas con la comunidad que deben ser desarrolladas dentro del marco de implementación de AIEPI comunitario para garantizar su sostenibilidad. A continuación se presenta una guía para la aplicación del instrumento en diferentes niveles de gestión dado que los indicadores pueden verse modificados en su estructura y algunos pueden no aplicar para ciertos niveles.

DEFINICIONES OPERATIVAS

- **UNIDAD ADMINISTRATIVA O DE GESTION:** Se denominan unidades administrativas o de gestión a las instituciones públicas o privadas, líderes, desde las que se lleva a cabo las actividades de planeación para la implementación de la estrategia AIEPI en el área que esté evaluado. Las unidades administrativas incluyen todas las direcciones territoriales de salud de cada uno de los entes territoriales y en las grandes ciudades la unidades administrativas locales así:
 - **DEPARTAMENTO:** Secretaria Departamental de Salud
 - **MUNICIPIO:** Secretaría municipal de salud u oficina seccional de salud
 - **DISTRITO:** Secretaría Distrital de salud u oficina seccional de salud

- **ALCALDIA LOCAL:** Oficina encargada de los temas de salud. Estas son las unidades que pueden liderar o que pueden ser la unidad de evaluación cuando se mida la cobertura efectiva del componente comunitario de la estrategia AIEPI.
- **EPS:** Una última unidad administrativa que puede estar involucrada, dependiendo del contexto y dadas las competencias que otorga el Plan Nacional de Salud Pública () son las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tanto contributivas como subsidiadas. Dependiendo del modelo de atención, de gestión de riesgo implementado y de las funciones asignadas en el plan territorial de salud, puede considerarse pertinente la evaluación de la implementación de la estrategia AIEPI en su población de afiliados.
- **REFERENTES AIEPI:** En las unidades administrativas son los encargados de la gestión y coordinación de actividades de la estrategia.
- **ACTORES SOCIALES:** Hace referencia a personas naturales, grupos, organizaciones o instituciones que interactúan en la sociedad y que por iniciativa propia lanzan acciones y propuestas que tienen incidencia social en cualquier grupo de la población. Los actores sociales pueden ser organizaciones sociales de base, sindicatos, partidos políticos, gremios, organismos multilaterales entre otros.
- **ORGANIZACIONES DE BASE:** Instituciones con personería jurídica o no que tienen alguna de responsabilidad en el mejoramiento de las condiciones de salud de la comunidad y por lo tanto desempeñan algún papel en el mejoramiento de la salud de los niños y niñas menores de 5 años. Aunque la metodología en términos generales no varía, se debe adaptar al contexto de cada medición, acá se darán algunas recomendaciones específicas para cada contexto en particular.

PASOS OPERATIVOS PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

- **PLANEACION Y PREPARACION**

Durante esta fase es indispensable tener claros los objetivos de la medición o del proceso de evaluación y el nivel en el que se va a llevar a cabo. En esta fase se debe hacer la planeación del presupuesto y la programación de actividades.

Cronograma de aplicación de la encuesta:

Como recomendación general y para garantizar un adecuado uso de la información, la aplicación de la metodología de entes territoriales debe llevarse a cabo en un periodo no mayor a 1 semana antes y después de la encuesta de hogares.

Identificación unidad de gestión y responsable

En este paso, se identifica la unidad administrativa encargada de la gestión de los servicios de salud a la comunidad objeto de la medición. En cada una de esas unidades administrativas se identifican los responsables o encargados de dirigir las actividades de la estrategia AIEPI o referente AIEPI, si no hay referente AIEPI en la institución entonces se debe contactar al encargado de las actividades de salud pública o de salud comunitaria.

Concertar una cita con el responsable de salud pública.

Es necesario que varias semanas antes de iniciar la encuesta comunitaria, se busque una cita con el responsable de salud pública de la unidad administrativa donde se explique la importancia de la medición de los indicadores de cobertura del componente comunitario de AIEPI relacionados con el instrumento de entes territoriales. En esa reunión se programará una cita para el diligenciamiento del instrumento, se indagará por evidencia de lazos entre la unidad administrativa y la comunidad y se informará el tiempo necesario para la reunión. Adicionalmente, se debe garantizar que se contará con los documentos relacionados con el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), las planillas del Plan Operativo Anual (POA), las planillas de planeación plurianual de inversiones en salud, mapas y cualquier otro documento relevante identificado durante la entrevista.

Responsable del diligenciamiento:

El coordinador general de la evaluación de cobertura de AIEPI comunitario y el supervisor deben diligenciar el instrumento con el fin de obtener la información de manera pareada.

Tiempo estimado de diligenciamiento:

El tiempo para llenar el instrumento depende del número de actores sociales registrados en la unidad de gestión. En una alcaldía promedio el tiempo de diligenciamiento son 2 horas.

Diligenciamiento del instrumento

Una vez se cuenta con el apoyo del responsable de la unidad de gestión, se inicia el diligenciamiento. Es necesario, previo a la visita e idealmente durante la fase de preparación de la encuesta de hogares, construir la base de datos de las organizaciones de base de fuentes confiables y disponibles tales como directorios telefónicos en físico y online, páginas web institucionales y de instituciones que interactúen con organizaciones comunitarias, páginas web comerciales entre otras. El coordinador y el supervisor deben revisar la guía del instrumento y resolver dudas y preguntas sobre la información que se pide recolectar en cada uno de los instrumentos previamente.

- **SELECCIÓN DE UNIDAD ADMINISTRATIVA A INCLUIR EN LA EVALUACION**

La selección de la unidad administrativa dependerá de los objetivos y el alcance del proceso de evaluación en general. Como principio general se debe seleccionar la unidad administrativa más pequeña responsable de la gestión de la estrategia AIEPI en el área seleccionada para realizar la encuesta de hogares. En la tabla 1 se especifican las unidades a ser evaluadas según el nivel de medición de la encuesta:

Nivel de medición de la cobertura efectiva de AIEPI comunitario	Dirección territorial a incluir en la evaluación	Unidad Geográfica en la que se realiza encuesta de hogares
País	Secretarías Departamentales	Departamentos Municipios
Departamento	Secretaría Departamental Secretarías Municipales	Municipios Veredas Barrios
Municipio	Secretaría Municipal	Veredas-Barrios
Distrito	Secretaría Distrital Oficina de salud de las localidades	Localidades-Barrios
Localidad	Oficinas de salud de las localidades	Barrios

Para los niveles de medición municipal y distrital, se debe tomar el universo o el total de la población, es decir la secretaría municipal de salud y en el caso de los distritos se incluyen las oficinas de salud de todas las localidades y la secretaria distrital de salud. Es necesario aclarar desde este momento, que el análisis de los indicadores para cada localidad distrital debe hacerse de manera separada a los indicadores construidos con la información proveniente de la secretaría distrital.

Cuando el nivel de medición se extiende al nivel departamental, la muestra de municipios y por lo tanto de secretarías municipales se limitará a seguir esa etapa de muestreo en la encuesta de hogares, es decir se hará la medición en los municipios seleccionados para hacer la encuesta comunitaria.

- **PLAN DE RECOLECCION DE DATOS**

CONOCIMIENTO INSTRUMENTO ENTES TERRITORIALES

Como ya se mencionó, se debe aplicar el instrumento (Anexo 2) para unidades administrativas y de gestión de la estrategia AIEPI en su componente comunitario por lo que se debe revisar la guía que se entrega en el Anexo 3.

El instrumento está constituido por múltiples módulos:

- **MODULO I. INFORMACION GENERAL:** Corresponde a la información de identificación de la región, institución y persona que responde la encuesta. Servirá como elemento de juicio para evaluar la calidad y cantidad de información provista
- **MODULO II. RECURSOS HUMANOS Y CAPACITACION:** En este modulo se interroga sobre la disponibilidad de recursos humanos capacitado en la estrategia AIEPI en el componente comunitario
- **MODULO III. INSUMOS Y RECURSOS:** Evalúa la disponibilidad de recursos físicos para la atención comunitaria
- **MODULO IV. ACTORES SOCIALES Y ORGANIZACIONES DE BASE:** Mide la participación de los actores sociales y organizaciones de base en las actividades relacionadas con la gestión de la estrategia AIEPI en su comunidad o región.
- **MODULO V. ACTIVIDADES DE PLANEACION Y DE PROMOCION SOCIAL:** Interroga directamente por la plataforma de planeación y de espacios para la gestión social.

FUENTES DE INFORMACION PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL INSTRUMENTO

Para aplicar el instrumento debe disponerse de toda la evidencia documental con la que cuente la institución. Todos los documentos a revisar y de los que se extraiga la información deben ser documentos oficiales y deben tener el aval del director de la institución que se visite. Los documentos pueden encontrarse específicamente en la división salud pero es posible que alguna información se encuentre en otras divisiones de la dirección territorial. A continuación se da una guía de fuentes que pueden servir para cada módulo del instrumento.

1. FUENTES DE INFORMACION DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD

- **MODULO I.** Información otorgada verbalmente por el entrevistado. Se debe aclarar que las capacitaciones por las que se interroga son específicas de la estrategia AIEPI.
- **MODULO II.** Información extraída de las base de datos de recursos humanos de la entidad, si los trabajadores por los que se pregunta son contratados por la misma. Se debe contar con los certificados de las capacitaciones de cada una de las personas, si no se ha certificado la capacitación, como ocurre actualmente, se aceptarán las actas de cada una de estas reuniones con la respectiva firma de la asistencia.

- **MODULO III.** Evaluación de inventarios de insumos para las actividades AIEPI y evidencia física de la disponibilidad de los insumos.
- **MODULO IV.** Actas de reuniones oficiales con la firma de la asistencia a cada una de las reuniones por parte de cada uno de los actores o representantes de las organizaciones de base. La información de contacto de los actores sociales puede ser extraída de los directorios telefónicos disponibles, información disponible en internet en páginas oficiales o institucionales o en otra dirección territorial relacionada. La información sobre las organizaciones comunitarias u Organizaciones no gubernamentales (ONG's) puede ser provista por instituciones como la personería, la defensoría del pueblo o las cámaras o asociaciones de comercio locales.
- **MODULO V.** La información sobre el componente de gestión de la plataforma de AIEPI comunitario, aunque hace parte del componente de gestión de la estrategia, es necesaria para apoyar la toma de decisiones. Las fuentes válidas de información para este componente lo constituyen:
 - Planes territoriales de salud
 - Plan de Intervenciones Colectivas en salud pública (PIC):
 - Planilla Indicativa en salud
 - Planilla de planeación plurianual de inversiones en salud
 - Plan Operativo Anual
 - Planilla de planeación operativa anual en salud
 - Planilla de planeación operativa anual de inversiones en salud
 - Informes de gestión de la última vigencia
 - Informes de las actividades de rendición de cuentas de las administraciones
 - Informe de reunión para el Diagnóstico Local Participativo en el que se incluya la metodología del mismo y el informe de resultados.
 - Documento del Plan de Vigilancia Comunitaria en el que uno de los componentes descritos debe ser el Sistema de Referencia Comunitaria. El Sistema de Referencia Comunitario debe contar con la descripción precisa de cada uno de sus componentes. Y se debe evaluar el registro del control de actividades del plan de vigilancia en salud pública.

Dado que la resolución 425 de Febrero de 2008, determina que las actividades de promoción de la salud y calidad de vida y de prevención de los riesgos sobre la salud (dentro de las cuales se especifica la promoción de la estrategia AIEPI) sean contratadas con las IPS públicas del área, es posible que mucha de la información de los módulos se encuentren en los informes de interventoría a los contratos que se hayan firmado con las IPS. Si no se encuentra tal información en dichos informes, se debe acudir con la entidad ejecutora de los contratos firmados para la promoción de la estrategia AIEPI.

2. FUENTES DE INFORMACION ALCALDIAS LOCALES

Cuando el proceso de evaluación quiera medir la cobertura a nivel distrital es necesario conocer el desempeño de los indicadores no solamente al nivel distrital sino extenderlo al nivel local. Las alcaldías locales en este caso son las unidades administrativas más pequeñas encontradas y por lo tanto parte de la gestión de la estrategia AIEPI dependerá de estas unidades. Aunque no son responsables de la realización de los planes de intervenciones colectivas, las localidades tienen la responsabilidad de participar en el desarrollo y en la ejecución del mismo a través de sus planes de desarrollo local que deben reflejar los principios y actividades consignadas en el plan de salud distrital. Adicionalmente, se debe extraer la información de la dirección distrital de salud (secretarías distritales) que será analizada separadamente y será complementaria a la información extraída de las alcaldías locales.

Las fuentes de información de los módulos I al IV son las mismas que se mencionaron para las direcciones territoriales de salud pero ajustadas al nivel de la localidad. La información referida a los planes de intervenciones colectivas y los planes operativos anuales se referirá a los **planes de desarrollo local** y por lo tanto la fuente de información deben ser los documentos que hacen parte de cada uno de esos planes de desarrollo en la última vigencia.

3. FUENTES DE INFORMACION ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS)

La medición de la cobertura efectiva de la estrategia AIEPI en su componente comunitario en el momento no hace parte de las responsabilidades asignadas a las entidades promotoras de salud; sin embargo desde la implementación del modelo de gestión del riesgo, las EPS, al evaluar el impacto de sus intervenciones en salud infantil es posible que requieran discriminar la influencia de otras intervenciones dirigidas al mismo desenlace. Para lograrlo, en intervenciones dirigidas a reducir la morbi-mortalidad en la población menor de 5 años, es indispensable que conozcan la cobertura efectiva de la estrategia AIEPI al nivel comunitario de sus afiliados.

De acuerdo a las competencias asignadas en el plan territorial de salud pública, es posible que se asignen algunas funciones en la gestión de la estrategia y apoyo en la atención comunitaria a través de las redes que se constituyan para la promoción de la salud y la calidad de vida. La inclusión de las EPS como unidades administrativas para la gestión de la estrategia AIEPI depende de cada región y de los acuerdos y responsabilidades consignadas en los planes territoriales de salud y en los planes de intervenciones colectivas. Si la unidad evaluadora o la unidad de análisis es la población afiliada a una EPS, se deben revisar en primer lugar las competencias de la EPS, para reconocer la información administrativa que debe ser captada en esta entidad. En principio, si no se especifica de otra manera en el plan territorial de salud, la unidad administrativa a evaluar

sigue siendo la dirección territorial de salud responsable de la gestión en la zona de la población afiliada y las fuentes de información siguen siendo las mencionadas previamente.

4. INFORMACION SOBRE ACTORES SOCIALES Y ORGANIZACIONES DE BASE

El primer paso es el reconocimiento de las organizaciones de base y de actores sociales. Si no existe información completa sobre su participación y capacitación a nivel central, en la unidad administrativa que se visita, la información debe ser captada contactando directamente al responsable de la institución.

Las siguientes son las organizaciones de base definidas como prioritarias y son aquellas de la que se espera siempre participación en las actividades AIEPI comunitario, se incluirán en esta categoría al **gobierno local y agentes comunitarios**:

- Policía
- Bomberos
- Entidades promotoras de salud (EPS)
- Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)
- Escuelas e instituciones educativas

Dado que en el momento, la participación de las organizaciones comunitarias en las actividades de AIEPI es voluntario y considerando que el número en una región puede ser alto, se espera que al menos tres organizaciones comunitarias estén participando en los comités para la salud infantil.

- **ANÁLISIS DE LA INFORMACION RECOLECTADA**

El análisis de la información seguirá los mismos principios de administración de la información descritos en la guía de la encuesta de hogares. Se debe verificar la validez de la información recolectada en campo, en segundo lugar se verificará la validez de las bases de datos generadas después de digitar la información para el análisis y se harán los mismo análisis recomendados en el aparte de análisis empezando por la descripción de la unidad o unidades administrativas evaluadas y posteriormente el cálculo de los indicadores correspondientes. Según la unidad administrativa analizada se realizará el análisis como se describe a continuación:

- **ANÁLISIS DE COBERTURA A NIVEL DEPARTAMENTAL**

El tipo de análisis dependerá del número de unidades administrativas en el departamento. Para la medición de la cobertura del departamento las unidades de análisis primarias son los municipios y en estos las direcciones municipales de salud. Cuando el número de municipios es tan pequeño que el universo de las mismas puede ser medido, se realizará el cálculo simple de los porcentajes y proporciones de los indicadores. Cuando el número de unidades administrativas o

direcciones municipales de salud es muy grande, lo que resultaría en una medición costosa y que tomaría mucho tiempo, se usará para el análisis la información obtenida en la muestra de municipios seleccionada para aplicar la encuesta de hogares y el análisis incluirá además del cálculo de los indicadores y si el número de municipios lo permite el cálculo de los intervalos de confianza para cada uno de ellos.

Dado que dependiendo del nivel de análisis el enunciado de los indicadores puede modificarse de alguna manera o excluirse alguno de los indicadores, en el Anexo 4 se menciona los indicadores por nivel de medición. En la presentación de los resultados se presentarán los estimados municipales y se presentarán los indicadores calculados.

- ANÁLISIS DE COBERTURA A NIVEL MUNICIPAL Y DISTRITAL

En este caso la unidad de análisis para este nivel y para los indicadores que trata esta sección es el municipio y/o el distrito. En este caso para algunos indicadores el tipo de medida se modificará pasando de porcentajes a una evaluación de la presencia o no de la variable que mide el indicador. En el caso de los distritos en los que las alcaldías locales son las unidades administrativas de menor tamaño, para llevar a cabo la medición de los indicadores a nivel distrital se tomarán los datos obtenidos de la muestra de localidades y se calcularán los intervalos de confianza correspondientes.

En el Anexo 4 se presentan los indicadores para los niveles municipal y distrital.

- ANÁLISIS DE COBERTURA A NIVEL EPS

Las Entidades Promotoras de Salud podrán utilizar los mismos indicadores a nivel municipal o distrital para reconocer la cobertura de la población afiliada que será afectada por las acciones comunitarias generadas desde las direcciones territoriales.

GUIA METODOLOGICA PARA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA COMUNITARIA

La encuesta comunitaria está dirigida a recolectar información para la construcción de indicadores de las 18 prácticas claves, atención comunitaria en salud y alianzas entre instituciones y la comunidad. La encuesta se encuentra en el Anexo 5 junto con la guía para su diligenciamiento (Anexo 6).

La siguiente guía metodológica es una adaptación de varios manuales entre ellos se encuentran la Guía de la encuesta base de conocimientos, practicas y actitudes de los niños menores de 5 años y mujeres gestantes Proyecto Regional AIEPI Comunitario.OMS. 2006 y Manual para la encuesta de indicadores múltiples por conglomerados 2005. UNICEF

Tipo de estudio para la evaluación de cobertura efectiva del componente comunitario de la estrategia AIEPI:

Encuesta basada en la comunidad

Una encuesta basada en la comunidad es un estudio epidemiológico de corte transversal en el cual la población de estudio es encuestada por medio de instrumentos de recolección estandarizados como un cuestionario. Este tipo de estudios cuenta con las siguientes fases:

a. PLANEACION

La planeación incluye varios factores a ser considerados.

- a. Determinar claramente el alcance de la medición: Nivel nacional, departamental, municipal, local.
- b. Identificación de recursos: El levantamiento de la línea base de AIEPI comunitario involucra la necesidad de contar con recursos económicos y humanos adecuados. Generalmente, el alcance de la medición depende de los recursos disponibles.
- c. Aprobación ética y autorización de autoridades. Es necesario contar con el aval de un comité de ética y permiso de las entidades gubernamentales para brindar un mayor apoyo y transparencia al proceso.

APLICACIÓN INSTRUMENTO DE ENCUESTA DE HOGARES

B. SELECCIÓN DE LOS HOGARES PARTICIPANTES

Población blanco

- Hogares de niños y niñas menores de 5 años, madres gestantes y en el área de medición.
- Mujeres entre 15 y 45 años en el área de medición.

Criterios de inclusión

- Hogares donde duermen en la noche niños y niñas menores de 5 años y madres gestantes.
- Hogares donde los niños y niñas menores de 5 años son cuidados por más de 6 horas.

Criterios de exclusión

- Hogares donde vive un único niño con patologías específicas que requieren una alimentación y cuidado especial.

C. TAMAÑO DE MUESTRA PARA LOS HOGARES A EVALUAR:

RECOMENDACIÓN IMPORTANTE:

La siguiente sección pretende dar una orientación de los diferentes tipos de muestreo y selección de la muestra. El cálculo de tamaño de muestra al momento de iniciar el levantamiento de la línea de base de AIEPI comunitario idealmente deberá ser realizado por un estadístico especialista en muestreo quien realizara las actividades encomendadas una vez se conozca el área, los recursos y el alcance del estudio.

Propuesta metodológica de muestreo para la medición del componente comunitario de AIEPI

Se deben identificar los parámetros que se desean estudiar, para ello es importante determinar las fuentes o unidades de análisis que proveen de este tipo de información, por ejemplo si la información es a nivel institucional o regional sobre una población finita, lo recomendado es realizar una consulta sobre registros administrativos o determinar un procedimiento de seguimiento continuo que permita construir una base de información con la cual se pueda realizar evaluación a través del tiempo y en forma continua de los indicadores de interés.

Cuando los indicadores de interés los proveen unidades a las cuales no se pueden acceder a su totalidad y es necesario realizar una estimación del indicador, se debe recurrir a un muestreo

probabilístico, este a pesar de tener un costo mayor a un muestreo por conveniencia permite establecer inferencias a las unidades primarias seleccionadas. Sin embargo, si se desea plantear una hipótesis sobre el comportamiento de la población, el muestreo no probabilístico es una buena herramienta que permite realizar un análisis exploratorio y descriptivo del comportamiento de los parámetros de interés.

A continuación se plantea un diseño de muestra probabilístico para realizar la medición de AIEPI comunitario a nivel nacional con desagregación a principales centros urbanos, cabeceras y zonas rurales. De igual forma se sugiere como segunda opción un muestreo no probabilístico, como una forma de medición descriptiva y exploratoria.

A. MUESTREO PROBABILÍSTICA¹

Tipo de operación estadística

Encuesta por muestreo probabilístico, multietápico, estratificado, de conglomerados y autoponderado.

Universo

El universo está conformado por hogares de los que hace parte la población civil no institucional residente en viviendas particulares.

Población objetivo

Las viviendas, hogares donde exista población infantil menor a 5 años.

Cobertura y desagregación geográfica

La muestra debe ser una submuestra de la Gran Encuesta Integrada de Hogares que permitirá identificar los hogares con menores de 5 años, por lo tanto, comparte el marco estadístico de la Base Geográfica del Censo de Población y Vivienda 2005. Igualmente, poseen el mismo universo y población de estudio, es decir, la totalidad de las viviendas, hogares y personas del territorio nacional y las viviendas, hogares y personas del país, excepto los departamentos de los antiguos territorios nacionales. El componente debe tener cobertura para el total nacional, cabecera-resto.

Unidades Estadísticas

- **Unidad de observación**

La unidad básica de observación es el hogar.

¹ La medición probabilística propuesta está sujeta a cambios, dependiendo de los conceptos temáticos, así como la información secundaria que permita optimizar el tipo de muestreo utilizado. Este diseño muestral corresponde a una concepción generalizada de la medición deseada, no se han realizado ningún tipo de cálculos o simulaciones.

Hogar: es una persona o grupo de personas, parientes o no, que ocupan la totalidad o parte de una vivienda; atienden necesidades básicas con cargo a un presupuesto común y, generalmente, comparten las comidas. En una vivienda pueden encontrarse varios hogares si existen grupos de personas que viven en una parte de la vivienda y preparan sus comidas por separado. También pueden estar constituidos por personas no parientes, como tres (3) amigos que se asocian para compartir el lugar de alojamiento.

- **Unidad de análisis**

Los resultados se presentan en las unidades de análisis de hogares con población infantil menor a 5 años

- **Unidad de muestreo**

La unidad de muestreo es el segmento, conformado por 10 viviendas, seleccionadas y ubicadas en un área con límites definidos.

Tamaños de muestra

En la determinación de los tamaños de muestra se consideraron los siguientes factores:

- El grado de precisión deseado o requerido, de la estimación es menor al 10%, para un nivel de confiabilidad dado (95 %).
- La calidad de los datos, debido a los errores de observación o ajenos al muestreo (sesgo).
- El nivel espacial y administrativo de las estimaciones, los resultados estarán condicionados a los niveles de desagregación que se consideren objetivo.
- El presupuesto disponible, que condicionó a los tamaños mínimos de las muestras.

Determinar si se puede utilizar una muestra maestra o marco muestral existente

El levantamiento del marco muestral de un área es un proceso dispendioso, costoso y puede ser largo. En Colombia se han realizado varias encuestas nacionales donde se ha levantado el marco muestral de un gran número de regiones del país. Los marcos muestrales más importantes provienen del DANE, Ministerio de Protección Social y Profamilia.

Existen varias formas en que se puede usar una muestra maestra o marco muestral existente:

- Incluir módulos del cuestionario AIEPI al cuestionario que se usará en otra encuesta. Por ejemplo en la próxima encuesta nacional de Profamilia.

- Usar la muestra o clusters de una encuesta previa. Revisar si se ha realizado una encuesta en el área seleccionada, identificar los hogares encuestados y encuestar los mismos hogares.
- Usar las áreas de enumeración o clusters de una muestra maestra de una encuesta previa con un listado nuevo de hogares.

Reparto de la muestra entre Estratos

Para el reparto del tamaño de la muestra al interior cada estrato (DE) y entre los estratos se sugiere realizar el reparto de COMPROMISO[1]. La clásica “afijación óptima” mediante la cual el reparto se realiza proporcionalmente a la multiplicación de la desviación estándar.

B. MUESTREO NO PROBABILÍSTICO

El muestreo no probabilístico permite establecer a través de una muestra por conveniencias, ya sea de cuotas o sujetos voluntarios, hipótesis sobre un fenómeno de interés. Los procedimientos de selección de este tipo de muestras suponen un procedimiento de selección informal y arbitraria, la desventaja de este tipo de muestra es que el cálculo del error no es preciso y por tanto no se conoce el nivel de confianza con el cual se realiza la estimación.

En particular para determinar las unidades de selección primaria se sugiere tener en cuenta una referencia geográfica, como son departamentos, municipios, veredas, manzanas, etc. Para la selección de los hogares se debe determinar un análisis de conglomerados la selección de la unidad de conglomerado dependerá de las condiciones logísticas y operativas del estudio.

Por otro lado se puede pensar en una muestreo por bola de nieve que funciona como la construcción de la población objetivo a partir de referidos que cumplan los criterios de inclusión establecidos en el estudio. Este tipo de muestreo permite establecer un marco de referencia de la población de interés. Es importante recordar que la asignación de las unidades pueden seguir un mecanismo aleatorio y pueden determinarse un tamaño de muestra, sin embargo esto no garantiza la inferencia de los resultados a la población objetivo.

En ocasiones es mejor determinar metodologías no probabilísticas pero que tendrán optimización de los resultados, como son las mediciones a través de puntos focales o muestreos por metodologías de bolas de nieve. Estas metodologías permiten establecer una caracterización más acertada de las poblaciones a estudiar.

La formulación que se sigue para calcular el tamaño de muestra es:

$$N = z^2 pq/B^2$$

Para estimar el tamaño de muestra necesario para realizar una encuesta se debe de aplicar la siguiente fórmula:

Donde:

n= Tamaño de la muestra,

z= 1,96 para el 95% de confianza, 2,56 para el 99% de confianza.

p= Frecuencia esperada del indicador a estudiar seleccionado de una prueba piloto o datos regionales.

q= 1- p

B= Precisión o error admitido (10% es el recomendado)

El valor de n obtenido por esta fórmula indica el tamaño de la muestra para una población infinita.

A continuación se presenta una tabla para determinar el tamaño de muestra a partir de la prevalencia de un indicador en una población grande y con un nivel de confianza del 95%.

Por ejemplo, si un alcalde quiere conocer la cobertura en un Barrio, inicia identificando que la prevalencia del indicador de *Porcentaje de niños menores de 1 año que recibieron leche materna en las ultimas 24 horas* es 50% en el área, con un error del 10%, el numero de encuestas a realizar sería 97 en la comunidad.

Tabla . Tamaño de muestra necesario para determinar la prevalencia en una población grande y con un nivel de confianza del 95%

Prevalencia (p)	Precision o error (B)						
	25%	20%	10%	5%	3%	1%	0,5%
5%	3	5	19	73	292	1825	7300
10%	6	9	35	139	554	3458	13830
15%	8	13	49	196	784	4899	19593
20%	10	16	62	246	984	6147	24587
25%	12	19	73	289	1153	7203	28812
30%	13	21	81	323	1291	8068	32270
35%	14	22	88	350	1399	8740	34959
40%	15	24	93	369	1476	9220	36880
45%	16	24	96	381	1522	9508	38032
50%	16	25	97	385	1537	9604	38416

Esta información permitirá a los tomadores de decisiones en diferentes niveles, conocer el tamaño de muestra a emplear para levantar la línea base en sus áreas de influencia de una manera sencilla como una primera aproximación a la evaluación del componente comunitario de AIEPI.

D. PREPARACION PARA LA RECOLECCION

La calidad de la información obtenida de la encuesta depende de la calidad del trabajo realizado en el campo. La organización y preparación adecuada, junto con trabajo minucioso son vitales para lograr los más altos estándares en términos de calidad de datos. Es necesario realizar las siguientes actividades:

a. Contactar a las autoridades locales con el fin de obtener apoyo y asistencia.

Esta actividad permite contar con el apoyo gubernamental local con el fin de facilitar los permisos, proveer seguridad a los equipos y contar con asistencia relacionada con obtención de información dirigida a construir indicadores específicos.

b. Establecer un centro coordinador local.

El centro local permite funcionar como un punto de encuentro de los equipos, así como la base para la coordinación logística de las actividades. El centro contará con los equipos técnicos y humanos para recolectar y procesar la información obtenida. Así como una forma de estar en contacto con los equipos.

c. Decidir el tamaño y composición de los equipos de trabajo.

El número depende del tamaño de la muestra, el número de días proyectados y el número de niños en cada hogar visitado. Adicionalmente, puede ajustarse por las horas de trabajo diarias, el tiempo estimado para completar el cuestionario y el tiempo de movilización.

Ejemplo: Si se conoce el tamaño de muestra y el tiempo estimado por hogar para terminar el cuestionario.

- Tamaño de muestra: 138 hogares deben ser encuestados.
- El tiempo promedio por entrevistado en cada hogar es 1.5 -2 h
- 8 horas de trabajo diario.
- Se estima que se pueden encuestar 4 hogares diariamente por cada encuestador.

De esta manera: 3 equipos de 2 encuestadores y 2 supervisores (6 encuestadores): encuestaran 24 hogares por día.

Por lo tanto, 138 hogares se encuestaran en aproximadamente 6 días.

E. COMPOSICION DE LOS EQUIPOS Y ROLES

Una vez se ha decidido cuantos entrevistados se necesitaran para completar una encuesta, el siguiente paso es conformar los equipos. Experiencias previas han mostrado que un equipo de 8 personas, un supervisor y 6 encuestadores (trabajando en pares, visitando casas alternativamente) trabajan particularmente bien. El equipo desarrollador de la encuesta está conformado por coordinación general, supervisores, encuestadores, estadístico y auxiliares.

PAPEL DE LA COORDINACIÓN GENERAL.

Es la encargada de dirigir todo el proyecto. Entre las actividades se encuentra:

- Iniciar contactos con las entidades gubernamentales del área.
- Asegurar la logística de transporte y movilización dentro del área.
- Obtener copias de mapas locales.
- Preparar el cuestionario y materiales relacionados.
- Seleccionar los encuestadores
- Escoger y preparar equipo de campo
- Entrenar los encuestadores
- Establecer el equipo humano y técnico para el procesamiento de datos
- Realizar el ajuste logístico para devolver los cuestionarios al cuartel general.

PAPEL DEL SUPERVISOR:

El supervisor es el miembro líder del equipo de campo y es responsable de asegurar el progreso y la calidad del trabajo de campo, también el bienestar y seguridad de los miembros del equipo. Los supervisores de campo reportan al coordinador y actúan como la unión del coordinador y los encuestadores. Las responsabilidades específicas del supervisor son realizar las preparaciones necesarias para el trabajo operativo, organizar y dirigir el trabajo de campo y controlar la calidad de la información a medida que es recolectada.

La preparación del trabajo operativo implica:

- Obtener mapas y lista de hogares en cada área en la cual el equipo estará trabajando de acuerdo a las asignaciones del coordinador general.
- Mapear las comunidades o conglomerados si no están actualizados.

- Establecer canales de comunicación entre los encuestadores y los supervisores y los coordinadores.

La organización del trabajo de campo requiere que el supervisor de campo con la supervisión del coordinador general:

- Asigne trabajo a cada encuestador, asegura distribución equitativa del trabajo y que cada entrevistador tenga suficiente trabajo.
- Se asegure que todos los trabajos asignados sean realizados.
- Contribuir a desarrollar un espíritu de trabajo positivo en cual contribuirá a la calidad general de la encuesta.
- Seleccionar aleatoriamente el 5% de la muestra y visitar los hogares.

PAPEL DEL ENCUESTADOR

Antes de iniciar la encuesta, la primera responsabilidad es establecer empatía con el entrevistado. Es esencial que los entrevistadores hagan una buena primera impresión, tengan un enfoque positivo y hacer lo posible para que el entrevistado se sienta bien.

Durante la entrevista el encuestador debe:

- Presentarse, mostrar los detalles de su identificación y declarar el propósito de la visita.
- Declarar la confidencialidad de las respuestas y solicitar el consentimiento informado de realización de la encuesta
- Ser neutral a través de la entrevista, no reaccionar con gestos a las respuestas ni positivamente o negativamente a cualquier respuesta.
- No cambiar como estar escritas las preguntas o el orden de las respuestas.
- Preguntas directamente y consistentemente
- No crear falsas expectativas
- Agradecer al encuestado por su tiempo y asegurarle que su contribución fue valiosa.

Selección de los supervisores y encuestadores

Supervisores y encuestadores deben ser seleccionados por su capacidad y motivación para el desarrollo de las tareas asignadas. Supervisores deben comprender la importancia de adherirse a las instrucciones y ser capaces de seguir instrucciones adecuadamente. Es aconsejable reclutar más encuestadores de los necesarios. Todos serán entrenados y se seleccionara el número necesario. Esto garantiza que solo los mejores encuestadores son escogidos y también proveerá con algunos entrevistadores de reserva en caso de necesitar reemplazos (ej, enfermedad,

ausencias). El proyecto debe entregar certificados a todos los encuestadores que participaron en el entrenamiento.

PAPEL DEL ESTADISTICO

El equipo debe contar con un estadístico especialista en muestreo quien coordinara la selección de la muestra, validación de la información recolectada y posterior análisis.

F. ENTRENAMIENTO DE LOS ENCUESTADORES

Con el fin de facilitar el capacitación de los encuestadores y la aplicación de la encuesta, todo el equipo debe conocer una *Guía de aplicación de la encuesta* (Anexo 6), que ayudara a resolver las preguntas y a conocer mejor la encuesta comunitaria.

A continuación se presenta un modelo de entrenamiento de 5 días.

Día 1 Explicación del propósito de la encuesta y los procedimientos
<ul style="list-style-type: none"> • Introducir todos los miembros del equipo
<ul style="list-style-type: none"> • Describir de manera general los procedimientos de la encuesta
<ul style="list-style-type: none"> • Motivar a todos los miembros del equipo a explicar la importancia de los datos a ser recolectados y como se realizara.
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar los arreglos administrativos para el trabajo
<ul style="list-style-type: none"> • Brindar detalles de las horas de trabajo, la programación, arreglos de transporte y procedimientos de logística diarios.
Día 2-3 Discutir los cuestionarios
<ul style="list-style-type: none"> • Conducir una discusión de cada pregunta del cuestionario
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar y discutir cada pregunta. Encontrar términos nuevos. Dar a cada miembro unas instrucciones escritas para llevar a campo.
<ul style="list-style-type: none"> • Discutir técnicas de entrevistas. Explicar como ganar la confianza de los entrevistados, como evitar inducir respuestas, la importancia de completar cada entrevista asignada y de seguir los procedimientos estandarizados.
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar claramente que las preguntas deben ser leídas de la manera que fueron escritas.
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar entrevistas de demostración
<ul style="list-style-type: none"> • Practicar registro de datos, manejo de formas y preliminares
<ul style="list-style-type: none"> • Practicar juego de roles donde los encuestadores se encuestan unos a otros.
Día 4-5 Realizar un ejercicio en campo y tener mayor discusión acerca del proceso
<ul style="list-style-type: none"> • Practicas la lectura de mapas

<ul style="list-style-type: none"> • Discutir cómo manejar negaciones a participar y hogares vacíos.
<ul style="list-style-type: none"> • Organizar prácticas en campo. Cada entrenado debe practicar 5 entrevistas en campo.
<ul style="list-style-type: none"> • Observar su trabajo y dar retroalimentación
<ul style="list-style-type: none"> • Discutir los problemas que surjan en campo y plantear soluciones.
<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar a los entrenados sus opiniones y retroalimentación.

G. APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS Y RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION

Para el levantamiento de la línea de base, se propone la realización de un proceso de evaluación coordinado por el Ministerio de la protección social y realizadas por los entes territoriales sean estos Secretarías Departamentales, Municipales y Distritales, que tengan como objetivo específico la evaluación de la cobertura efectiva del componente comunitario de la estrategia AIEPI. Adicionalmente, para los indicadores que lo requieran se recomienda la consulta de información secundaria provista por los sistemas de información nacionales, tal es el caso de los indicadores que tienen en cuenta de coberturas de vacunación.

Varios factores afectan la cantidad de tiempo necesario para recolectar la información, incluyendo la distancia de las comunidades donde se realizara la encuesta, el acceso a las comunidades y la configuración de las comunidades con relación a las subunidades naturales. Es necesario reunirse con los líderes locales para explicar el propósito de la encuesta, incluyendo por qué y para que se hace. Es ideal solicitar información relacionada con mapas, contactos y otros aspectos logísticos relevantes. En lo posible, vincularlos para ganar su confianza y empoderarlos de la encuesta y cualquier problema que se pueda presentar. Es importante solicitar el apoyo para ganar aceptación de la comunidad. Explicar que los hogares son seleccionados aleatoriamente, y no existe ninguna desventaja si los hogares no son escogidos.

Selección de hogares participantes de la encuesta

Una vez se conoce el tamaño de la muestra, cada equipo de trabajo: supervisor y encuestadores identifica los hogares a participar. Se utilizan los siguientes pasos para seleccionar a los participantes y verificar la información de los mapas:

1. Determinar el centro de cada cluster y permitir que los supervisores y encuestadores locales determinar el punto dentro del cluster que es considerado el centro y/o existe un número igual de casas en todos los lados.
2. Identificarlo claramente dentro del protocolo de campo.

3. Cuatro miembros cuentan el número de hogares en cada dirección hasta que llegan al final del cluster. El objetivo es conocer si los mapas obtenidos corresponden a la realidad de la región.
4. Se reúnen de nuevo al centro para discutir los resultados.
5. Seleccionar los hogares participantes aleatoria o sistemáticamente de acuerdo al tipo de muestreo acordado.

Aplicación de la encuesta

Una vez se han identificado los hogares, los encuestadores son asignados a cada hogar. Con base en el entrenamiento dado a cada encuestador comienza el proceso de identificar el cuidador del niño menor de 5 años principal presente en el hogar al momento de la encuesta, a las madres embarazadas y mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 45 años). Solo se seleccionará un cuidador y/o mujer entre 15 y 45 años por hogar visitado. Si existe más de un niño elegible en la vivienda, se diligenciará un anexo de la sección de vacunación, alimentación y prácticas de lactancia para cada uno.

En este caso se considera como cuidador a la persona encargada de la crianza de los niños y responsable legal de los mismos. Es condición indispensable para considerarse como cuidador de un niño que la persona haga parte del mismo hogar al que pertenece el niño, si el cuidador no es la madre. No se considera cuidador a la persona que cuida el niño cuando la madre no se encuentra en la casa.

Consentimiento informado

Cada participante debe ser informado acerca del objetivo de la encuesta antes que preguntar por su aprobación para participar. Ellos deben ser informados acerca del contenido de la entrevista, deben entender los procedimientos y dar su aprobación total. Para obtener consentimiento genuino, la información debe ser brindada de una manera exacta, sencilla y clara.

Como manejar situaciones especiales en campo

Problemas específicos o dificultades técnicas son comunes en situaciones de campo, junto con algunas sugerencias para soluciones.

Situación	Posible solución
Una pequeña área no puede ser alcanzada	Por ejemplo, durante temporada de lluvias, no todas las partes programadas son accesibles debido a condiciones de pobreza. En tales casos se debe evaluar el área más cercana. Los cambios deben ser registrados. Este reemplazo puede colocar sesgos debido a que las dos áreas pueden no ser similares.
El área en la que se está trabajando contiene menos hogares que el número requerido	Encuestar todos los hogares en el área. Después encuestar el área que está más cercana al último hogar encuestado. Encuestar más hogares en la segunda área para completar el tamaño de muestra de las dos áreas combinadas.
Hogares separados son difíciles de identificar	Si un hogar es separado (Ej. varios familiares viven en la misma casa y comparten algunas comidas) se puede tratar la casa como un solo hogar y entrevistar a todos los miembros elegibles.
La casa está sola	Si al timbrar varias veces en una casa, nadie responde, se debe preguntar a los vecinos si la casa está habitada. Si no está ocupada, continuar con la encuesta. Si la casa está habitada, regresar al final del día para realizar la encuesta o volver otro día. Esto es recomendado para áreas urbanas. Para áreas rurales continuar con la encuesta.
Los residentes del hogar no quieren participar	Las casas donde los residentes no aceptan participar deben ser claramente identificadas como negaciones en la primera página del cuestionario. No debe reemplazarse a ese hogar con otro, ya que se introducen sesgos (personas que no responden pueden tener unas características diferentes a las que aceptan participar). Las negaciones deben ser contadas como perdidas en el reporte final.

G. CONTROL DE CALIDAD

La exactitud de los resultados de cualquier encuesta depende de la extensión de la calidad del trabajo de campo. Asegurar la calidad es un componente esencial de cualquier encuesta. Debido a las limitaciones inherentes del estudio, los datos se basan en la habilidad de los participantes de recordar actividades realizadas, por lo tanto deben lograrse altos estándares en la recolección de información en campo.

En el caso de encuestas comunitarias, los principales fuentes de error en la medición son el error de selección (selección incorrecta de participantes), error de respuesta (participantes no comprenden las preguntas) y error del entrevistador (influencias del encuestador a responder ciertas preguntas). Entrenamiento adecuado es esencial, chequeos rutinarios de los supervisores, logística exacta y cuidado en los controles son vitales para reducir los errores.

LISTA DE CHEQUEO PARA ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR

Como parte de las actividades del supervisor se encuentra aplicar una lista de chequeo que debe estar diligenciada al final del día.

1. Entregar cuestionarios a los entrevistados y otros materiales de trabajo.
2. Asignar segmentos y mapas a los entrevistados para asegurar que todos los hogares programados sean visitados.
3. Observar cerca del 5% de las entrevistas realizadas en campo y corregir cualquier desvío en los protocolos estandarizados u otro error notado. Por ejemplo: Chequear si los encuestadores están explicando correctamente las preguntas a los participantes.
4. Repetir unas pocas preguntas de las entrevistas separadamente de los entrevistados, particularmente en cada fase de la encuesta. Chequear que las respuestas sean consistentes con las obtenidas por el entrevistador o tomar acciones correctivas.
5. Revisar los cuestionarios cuando sean completados. Ej. Respuestas claras, verificar la consistencia, investigar altos niveles de no respuesta.
6. Identificar cuando una segunda visita es necesaria.
7. Verificar que una encuesta corresponde al hogar seleccionado no a otro de reemplazo.
8. Resolver problemas en campo.
9. Mantener al grupo de acuerdo a la programación.
10. Realizar tabulaciones básicas de número de encuestas
11. Recolectar todas las encuestas y llevarlas al sitio designado.
12. Realizar una reunión al final del día para discutir problemas recurrentes, obstáculos, estrategias. Esto ayuda a mejorar las relaciones del equipo.
13. Asegurar que la información fue recogida completa y adecuadamente.

Depuración de datos

Al recolectar la información siempre se presentan errores difíciles de evitar. Cada supervisor revisa cada cuestionario en el campo y cualquier error que se encuentre es manejado. Adicionalmente, se diseña una lista de chequeo de verificación que busca errores comunes los corrige y comparte con el grupo para evitarlos. Estos errores incluyen:

- Preguntas o secciones en blanco
- Patrones de salto incorrectos (saltos a la pregunta errónea o no saltando cuando es apropiado)
- Respuestas poco legibles

- Respuestas que no se correlacionan con respuestas anteriores.

Al final de cada día, el equipo revisa los cuestionarios y asegura que los errores son corregidos. Si estos controles se realizan el procedimiento de análisis y depuración de datos es sencilla.

ANÁLISIS DE DATOS PARA LOS DOS INSTRUMENTOS (ENCUESTA COMUNITARIA E INSTRUMENTO DE ENTES TERRITORIALES)

Durante la recolección de la información, los datos son ingresados para formar una base de datos que será analizada por un miembro del equipo especializado.

Tabulación manual

Aunque se cuente con programas de digitación electrónica para crear la base de datos, todavía es importante conducir una tabulación manual para mostrar como los datos se convierten en indicadores. Esto provee a los interesados la oportunidad de estar familiarizados con los datos y la toma de decisiones con relación al proyecto.

Creación de la base de datos

Es importante designar un área de trabajo para el equipo de administración de datos en el lugar donde se haya planeado el ingreso de la información. El área de trabajo debe contar con una infraestructura adecuada mínima y la de apoyo que considere útil y pertinente el grupo de trabajo. Se utilizarán las guías y programas para ingreso de datos adaptados para esta guía metodológica.

El trabajo de ingreso de datos debe realizarse a la par con el de recolección de la información. En el caso de la evaluación externa a medida que se recogen los datos se realiza la codificación y el ingreso de los mismos a la base de datos el mismo día de la recolección si es posible, de lo contrario al día siguiente. El coordinador encargado de la administración de los datos verificará el proceso de codificación de las variables según las guías metodológicas y el ingreso congruente y completo de los datos. Todos los campos de la base de datos, sin excepción deben ingresarse en la base de datos. Ésta ha sido diseñada para permitir un análisis completo y preciso de la información, además de permitir la posterior verificación de errores en el registro de datos.

Análisis de la información

El análisis de la información se llevará a cabo por la coordinación del grupo junto con el estadístico. Para la fase de análisis se deben modificar algunas variables de la base de datos inicial

que llamaremos **base de datos maestra**. La base de datos maestra contiene todos los datos de la visita después de haber sido depurados.

El análisis básico se puede llevar a cabo en el software Excel. Sin embargo, si existe la infraestructura y el personal calificado para hacerlo, se puede usar cualquier paquete estadístico que permita (Epi info, STATA, SPSS etc.) hacer el análisis y la presentación gráfica de los datos.

El primer paso previo al análisis de la información es el ajuste de la base de datos maestra.

- Se verificarán las variables categóricas y el número de observaciones por cada categoría
- Se verificará la codificación de las variables y se asegurará que todo el personal encargado del análisis conozca y entienda los códigos para la interpretación de cada variable
- Se realizará un último chequeo de los datos para detección de errores en el ingreso y se usaran los procedimientos gráficos mencionados previamente.

Los procedimientos de análisis de la información que se recolecte son:

- **Descripción de la población incluida en la evaluación:** Se construirá un resumen estadístico de las variables descriptivas de la población incluida, en este aparte se tendrán en cuenta todas las variables de contexto incluidas. Se presentará una descripción completa mostrando medidas de tendencia central y de dispersión en el caso de las variables cuantitativas y proporciones para las variables cualitativas. Se hará la descripción de la distribución de la población por regiones o áreas, instituciones, edades, motivos de consulta y las variables que se consideren relevantes.
- **Cálculo de los indicadores de evaluación:** El segundo paso y más importante en el análisis, es el cálculo de los indicadores, para tal motivo se presenta la matriz de cálculo de cada uno de los indicadores de evaluación. Es importante señalar que considerando que lo que se calcula son estimados poblacionales provenientes de la medición en una muestra, se deben mostrar los intervalos de confianza para cada uno de los indicadores. La medición de los intervalos de confianza para cada uno de los indicadores debe ser ajustada de acuerdo al método de muestreo, en el caso del cálculo de los indicadores regionales o que agrupen los resultados de múltiples instituciones. El ajuste de los intervalos de confianza no es necesario en el cálculo de los indicadores institucionales.

Análisis de la Información

La estimación de resultados debe ser realizada teniendo en cuenta los factores de expansión que se derivan del diseño aplicado, estos factores y la definición de los parámetros de estimación de interés (totales y/o razones), deben estar asociados a los cálculos de estimación de varianza, con el fin de determinar los coeficientes de variación de los parámetros de estimados.

Interpretación coeficiente de variación estimado o error relativ estimado - (CVE)²

El coeficiente de variación es una calificación que permite a los usuarios evaluar la calidad estadística de las estimaciones. Para la muestra se considera que una estimación con un coeficiente de variación:

- Hasta del 7%, es precisa;
 - Entre el 8 y el 14% significa que existe una precisión aceptable;
 - Entre el 15% y 20% precisión regular y por lo tanto se debe utilizar con precaución
 - Mayor del 20% indica que la estimación es poco precisa y por lo tanto se recomienda utilizarla sólo con fines descriptivos (tendencias no niveles).
-
- **Calculo de Indicadores Globales por grado de inferencia propuesto:**

En la etapa de planeación se determina el alcance y grado de inferencia de la línea base. El análisis a desarrollar depende del tipo de región evaluada, así como si se realizó algún grado de estratificación por estrato o área urbana/rural. Teniendo esto en cuenta, se determina la contribución de cada estrato y conglomerado al valor del indicador general. Adicionalmente, se pueden realizar sub-análisis por los estratos muestreados o áreas específicas.

1. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Una fase muy importante en el proceso y que constituye el propósito de la presente metodología, es el análisis de los resultados y la aplicación de los mismos en el proceso de gestión de la estrategia AIEPI localmente y a nivel nacional.

Se debe reconocer que los elementos otorgados por las visitas solamente sirven de índices de funcionamiento del programa en áreas específicas y es posible que de acuerdo a las condiciones locales o a las características de los resultados, sea necesario explorar con mayor profundidad y bajo la mira de estrategias cualitativas, el origen de los problemas en la implementación y funcionamiento de la estrategia.

Es importante resaltar que los resultados presentados siempre deben mantenerse en contexto. La interpretación de los mismos, así como las decisiones de gestión secundarias a esa interpretación, siempre deben seguir un proceso participativo de los actores en la atención de los menores de 5 años.

² Escala de precisión utilizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE.

a) Modelo de interpretación de la información

El proceso de interpretación puede ser guiado por el modelo lógico propuesto que se tiene del funcionamiento del programa. El objetivo de la clasificación inicial de los indicadores fue el de servir de guía de gestión, ya que muestra cada uno de los elementos que mide cada indicador. En consecuencia se considera que resulta útil organizar el proceso de análisis de acuerdo a esta clasificación. Se propone iniciar la interpretación desarrollando una matriz de análisis que tenga en cuenta la clasificación inicial según el modelo del programa.

Tabla 1. Ejemplo de parte de la matriz de análisis para la interpretación de resultados evaluación de la cobertura efectiva del componente comunitario de la estrategia AIEPI³.

Categorías	Indicador	Resultado	Factores que contribuyeron al resultado del indicador	Estrategias para el mejoramiento del indicador	Responsables de las estrategias
Generales	Porcentaje de (municipios/localidades) con AIEPI comunitario implementado	Porcentaje con IC95%	Mencionar fortalezas y debilidades institucionales, regionales y/o nacionales cuando sea el caso.	A corto, mediano y largo plazo.	Directos e indirectos

Para cada indicador se presentará el resultado obtenido en la institución y los intervalos de confianza estimados. Dependiendo del nivel de realización de la evaluación de presentarán los datos de interés para la toma de decisiones en la gestión de la aplicación de la estrategia AIEPI. Si se considera necesario se analizarán datos comparativos por instituciones o nivel, según corresponda. El uso de los intervalos de confianza será de utilidad en la interpretación de resultados principalmente para los entes territoriales y a nivel nacional con el fin de hacer recomendaciones metodológicas particulares del proceso de evaluación de la línea base y hacer una interpretación más precisa de los indicadores analizados.

Durante el uso del modelo de interpretación se hará un análisis de los posibles factores que contribuyeron al resultado del indicador. Como herramienta, se usarán las categorías del modelo lógico que servirá como instrumento de navegación a lo largo de la estrategia de evaluación. Se deben considerar factores internos y externos que hayan contribuido al

desempeño de la atención de los menores de 5 años. Es importante tener en cuenta las fortalezas y debilidades del área que se encuentre en evaluación.

2. REPORTE Y DISEMINACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Al final del análisis se debe generar un reporte en todos los niveles que incluyan las conclusiones del proceso de evaluación y las recomendaciones finales. Estos reportes deben ser de público conocimiento y deben encontrarse adecuadas estrategias de comunicación y diseminación de la información. Las entidades regionales deberán tener disposición de las experiencias locales institucionales.

a) Diseminación de los resultados

Las estrategias de diseminación pueden ser múltiples y van desde actividades académicas, foros comunitarios e institucionales hasta publicaciones y uso de medios de comunicación. Se debe planear una agenda de diseminación de la información con una propuesta clara de estrategias y tiempos de aplicación.

Para el reporte de la información se propone el siguiente formato (22):

1. Objetivos de la evaluación
2. Fecha y Localización
3. Metodología
 - a. Diseño y población de estudio
 - b. Muestreo
 - c. Datos Recolectados
 - d. Personal que participó en la evaluación
 - e. Descripción operativa del proceso de evaluación
4. Resultados
 - a. Descripción de la muestra según los formatos propuestos
 - b. Presentación de los indicadores
 - c. Presentación de la evaluación de la cobertura promedio y de el alcance de valores de referencia
 - d. Análisis e interpretación de los resultados
 - e. Resumen de conclusiones propuestas y puntos en discusión
 - f. Planes para monitoria y mejoramiento
 - g. Limitaciones y problemas de la evaluación
 - h. Áreas en las que se requiere mayor investigación
5. Anexos: Incluye Tablas y Gráficas

BIBLIOGRAFIA

1. Benguigui Y, Bossio J, Fernandez H. Investigaciones sobre otras causas de enfermedades y problemas de salud en los niños. WHO-Multi evaluación estrategia AIEPI. Descargado : Septiembre 2009.
2. Ministerio de la Protección Social . OPS. "Guía para formular plan operativo AIEPI. Primer versión" Bogotá D.C., Colombia 2009.
3. Health Section, UNICEF, ESARO, The Household and Community Component of IMCI: A Resource Manual on Strategies and Implementation Steps, July 1999
4. CORE Group, January 2009. Community-based Integrated Management of Childhood Illness Policy Guidance.
5. Curtis H. CARE. Ex- Post Evaluation: Community-Integrated Management of Childhood Illness Pilot Project Pursat, Cambodia. 2005.
6. Hill, Zelee. Family and community practices that promote child survival, growth and development : a review of the evidence / Zelee Hill, Betty Kirkwood and Karen Edmond. 2009
7. 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.
8. WHO. Victora C, Bryce J, Martinez J, Habicht J, Phillips. Evaluation of the Impact of Integrated Management of Childhood Illness. Designing issues. "Division of Child Health and Development. World Health Organization" Descargado: Septiembre 2009
9. WHO/CHD. First Global Review and Coordination Meeting on Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), Santo Domingo, Dominican Republic, 9-12 September 1997. WHO document WHO.CHD/97.11. <http://www.who.int/chd/publications/imci/>. Geneva, Child Health and Adolescent Development, WHO, 1997.
10. Report of The International Workshop on Improving Children's Health and Nutrition in Communities, 20-23 June 2000, Durban, South Africa, 2000.
11. Lambrechts, T. et al. Integrated management of childhood illness: a summary of first experiences. Bull World Health Organ. 77 (7): 582-94 (1999).
12. 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.
13. Tulloch, J. Integrated approach to child health in developing countries. Lancet. 354 Suppl 2: S116-20 (1999).
14. Integrated management of childhood illness: conclusions. WHO Division of Child Health and Development. Bull World Health Organ. 75 (Suppl 1): 119-28 (1997). Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ, 1978;56(2): 295-303
15. 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

16. Adam T, Manzi F, Schellenberg JA, Mgalula L, de Savigny D, Evans DB. Does the Integrated Management of Childhood Illness cost more than routine care? Results from the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ.* 2005 May;83(5):369-77
17. W.K. Kellogg Foundation. Logic Model Development Guide.[citado 12 de Marzo 2010] Michigan, USA. Diciembre 2001. Disponible en: <http://www.wkkf.org/knowledge-center/resources/2010/Logic-Model-Development-Guide.aspx>
18. OPS. Organización Panamericana de la Salud. El componente comunitario de la estrategia AIEPI: marco conceptual. *Boletín de la Alianza Regional AIEPI Comunitario.* Abril 2006
19. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Guía de dirigentes de organizaciones de base. Washington D.C., 2004.
20. UNICEF, ESARO. The Household and Community Component of IMCI: A Resource Manual on Strategies and Implementation Steps. Nairobi, Kenia. Julio, 1999.
21. Rodríguez Cabrera Aida, Sanabria Ramos Giselda, Álvarez Vázquez Luisa, Gálvez González Ana M., Castañeda Abascal Ileana, Rojo Pérez Nereida. La gestión social como vía para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. *Rev. cub. salud pública [serie en Internet].* 2008 Sep [citado 2010 June 21] ; 34(3): 1-9. Disponible en : http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300010&lng=en. doi: 10.1590/S0864-34662008000300010.
22. USAID, CORE Group. Reaching Communities for Child Health and Nutrition. A Proposed Implementation Framework for HH/C IMCI. Baltimore, Maryland. Enero 17–19, 2001
23. 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.
24. 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.
25. Arifeen S, Baqui AH, Victora CG, Black RE, Bryce J, Hoque DM et al. Sex and socioeconomic differentials in child health in rural Bangladesh: findings from a baseline survey for evaluating Integrated Management of Childhood Illness. *J Health Popul Nutr.* 2008 Mar;26(1):22-35.
26. Harkins T, Drasbek C, Arroyo J, McQuestion M. The health benefits of social mobilization: experiences with community-based Integrated Management of Childhood Illness in Chao, Peru and San Luis, Honduras. *Promot Educ.* 2008 Jun;15(2):15-20.
27. Agha A, White F, Younus M, Kadir MM, Alir S, Fatmi Z. Eight key household practices of integrated management of childhood illnesses (IMCI) amongst mothers of children aged 6 to 59 months in Gambat, Sindh, Pakistan. *J Pak Med Assoc.* 2007 Jun;57(6):288-93.
28. Goswami V, Dutta A, Singh V, Chandra J. Evaluation of simple clinical signs of illness in young infants (0-2 months) and its correlation with WHO IMCI algorithm (7 days to 2 months). *Indian Pediatr.* 2006 Dec;43(12):1042-9.
29. Victora CG, Huicho L, Amaral JJ, Armstrong-Schellenberg J, Manzi F, Mason E, Scherpbier R. Are health interventions implemented where they are most needed? District uptake of the integrated management of childhood illness strategy in Brazil, Peru and the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ.* 2006 Oct;84(10):792-801.
30. 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.
31. Gilks CF, Crowley S, Ekpini R, Gove S, Perriens J, Souteyrand Y et al. The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings. *Lancet.* 2006 Aug 5;368(9534):505-10.

32. Benguigui Y, Stein F. Integrated management of childhood illness: an emphasis on the management of infectious diseases. *Semin Pediatr Infect Dis.* 2006 Apr;17(2):80-98.
33. Bharti B, Bharti S, Verma V. Severe pneumonia in a remote hilly area: integrated management of childhood illness. *Indian J Pediatr.* 2006 Jan;73(1):33-7.
34. 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.
35. 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.
36. Pariyo GW, Gouws E, Bryce J, Burnham G. Uganda IMCI Impact Study Team Improving facility-based care for sick children in Uganda: training is not enough. *Health Policy Plan.* 2005 Dec;20 Suppl 1:i58-i68.
37. Adam T, Amorim DG, Edwards SJ, Amaral J, Evans DB. Capacity constraints to the adoption of new interventions: consultation time and the Integrated Management of Childhood Illness in Brazil. *Health Policy Plan.* 2005 Dec;20 Suppl 1:i49-i57.
38. Chopra M, Patel S, Cloete K, Sanders D, Peterson S. Effect of an IMCI intervention on quality of care across four districts in Cape Town, South Africa. *Arch Dis Child.* 2005 Apr;90(4):397-401.
39. Lopez-Flores F, Barquera-Cervera S, Kageyama-Escobar M. Evaluation of integrated management of childhood illness against malnutrition in urban areas of Nayarit, Mexico. *Salud Publica Mex.* 2004 Mar-Apr;46(2):158-63.
40. Bryce J, Victora CG, Habicht JP, Vaughan JP, Black RE. The multi-country evaluation of the integrated management of childhood illness strategy: lessons for the evaluation of public health interventions. *Am J Public Health.* 2004 Mar;94(3):406-15.
41. Schellenberg JA, Victora CG, Mushi A, de Savigny D, Schellenberg D, Mshinda H, Bryce J; Tanzania Integrated Management of Childhood Illness MCE Baseline Household Survey Study Group. Inequities among the very poor: health care for children in rural southern Tanzania. *Lancet.* 2003 May 17;361(9370):1744-5.
42. Winch PJ, Leban K, Casazza L, Walker L, Percy K. An implementation framework for household and community integrated management of childhood illness. *Health Policy Plan.* 2002 Dec;17(4):345-53.
43. Lulseged S. Integrated management of childhood illness: a review of the Ethiopian experience and prospects for child health. *Ethiop Med J.* 2002 Apr;40(2):187-201.
44. Patwari AK, Raina N. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): a robust strategy. *Indian J Pediatr.* 2002 Jan;69(1):41-8.
45. Rowe AK, Onikpo F, Lama M, Cokou F, Deming MS. Management of childhood illness at health facilities in Benin: problems and their causes. *Am J Public Health.* 2001 Oct;91(10):1625-35.
46. Armstrong Schellenberg J, Bryce J, de Savigny D, Lambrechts T, Mbuya C, Mgalula L, Wilczynska K. Tanzania IMCI Multi-Country Evaluation Health Facility Survey Study Group. The effect of Integrated Management of Childhood Illness on observed quality of care of under-fives in rural Tanzania. *Health Policy Plan.* 2004 Jan;19(1):1-10.
47. Huicho L, Dávila M, Campos M, Drasbek C, Bryce J, Victora CG. Scaling up integrated management of childhood illness to the national level: achievements and challenges in Peru. *Health Policy Plan.* 2005 Jan;20(1):14-24.

48. Organización Panamericana de la Salud "Grupo Asesor Técnico AIEPI (GATA): Atención Integrada en el Contexto del Continuo Materno-Recién Nacido-Salud Infantil. Informe de la Quinta Reunión. Serie OPS/FCH/CA/08.1.E Descargado : Septiembre 2009.
49. Kelley L, Black R. Research to support household and community IMCI J Health Popul Nutr. 2001 19(2):S111-S154
50. Ministerio de protección social. Dirección general de salud pública. Evaluación del cumplimiento en metas del plan de atención básica y ejecución de los recursos de salud pública del sistema general de participaciones www.minproteccion-social.gov Descargado: septiembre 2009
51. Huicho L, Davila M, Gonzales F, Drasbek C, Bryce J, Victora C. "Expansión de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia en el Perú y su asociación con indicadores de salud" An Fac Med Lima 2005; 66(4): 301-313
52. WHO. Department of child and adolescent health and development (CAH). "Integrated management of childhood illness (IMCI) information. "WHO/CHS/CAH/98.1K <http://www.who.int/chd> Descargado: Septiembre 2009
53. "World Health Organization, Regional Office for Africa Division of Prevention and Control of Communicable Diseases". "Implementing the Integrated Management of Childhood Illness Strategy in the African Region" "WHO/CHS/CAH/04. [Kttp://www.who.int/chd](http://www.who.int/chd) Descargado: Septiembre 2009
54. Manzi F, Armstrong J, Adam T, Mshinda H, Victora C, Bryce J. Out-of-pocket payments for under-five health care in rural southern Tanzania. Health Policy Plan. 2005 Dec;20 Suppl 1:i85-i93
55. Mullholland E, Smith L, Carneiro I, Becher H, Lehman D. Equity and child-survival strategies. Bull World Health Organ | May 2008, 86 (5).
56. Zamora A, Cordero D, Mejia M. "Evaluación de la estrategia ""Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en servicios de salud. Bolivia, 1999 Rev Soc Bol Ped 2000; 39(3): 93-9.
57. Milstein R.L., Wetterhal SF et al. Framework for Program Evaluation in Public Health. MMWR September 17, 1999 / 48(RR11);1-40
58. Adams T, Manzi F., Armstrong Schellenber J., Mgalula L., de Savigny D., Evans D.B. Does the Integrated Management of Childhood Illness cost more than routine care? Results from the United Republic of Tanzania. Bull World Health Organ 2005; 83:369-377
59. WHO. Victora C, Bryce J, Lambrechts L. "The IMCI Impact Model and Community-Based Indicators for the Multi-Country Evaluation of IMCI Effectiveness". Geneva: December 10, 1998.
60. Ministerio de la Protección Social. Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia. Curso Clínico para profesionales de la salud. Bogotá D.C., Colombia:2004