



EMPLEANDO DATOS PARA LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD DE LA NIÑEZ (Evaluación Breve de Programas–EBP)



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



**Organización
Mundial de la Salud**

Empleando datos para la evaluación de programas de salud de la niñez (Evaluación Breve de Programas–EBP)

OMS/CAH



Biblioteca OMS – Catalogación en la fuente

Organización Mundial de la Salud

Empleando datos para la evaluación de programas de salud de la niñez
(Evaluación Breve de Programas)

1. Bienestar del niño 2. Niñez. 3. Mortalidad Infantil. 4. Servicios de salud para niños. 5. Evaluación de programas. 6. Datos. I. Organización Mundial de la Salud

ISBN 978 92 4 159930 6

(NLM clasificación: WA 320)

© Organización Mundial de la Salud 2010

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Ni las designaciones que se utilizan en este documento ni los materiales presentados expresan opinión alguna por parte de la Organización Mundial de la Salud en relación con la situación legal de países, territorios, ciudades o zonas, sus autoridades o trazado de fronteras y límites. Las líneas de puntos utilizadas en los mapas representan fronteras aproximadas para las cuales puede que aún no existan acuerdos firmados.

La mención de empresas específicas o de ciertos productos manufacturados no supone el aval ni la recomendación de la Organización Mundial de la Salud sobre otros productos similares que no se mencionan. Excepto error u omisión, los nombres de marcas registradas se identifican por la mayúscula inicial.

La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en esta publicación sea completa y correcta, y no será responsable de los daños que puedan resultar de su uso.

Los autores mencionados son los únicos responsables de las opiniones expresadas en esta publicación.

Contenido

Agradecimientos	4
1. Introducción	5
2. Preparación	11
3. Instrucciones	27
Paso 1: ¿A dónde vamos?	29
Paso 2: ¿Están llegando las intervenciones a las mujeres y a los niños?	39
Paso 3: ¿Cómo se están implementando las actividades del programa?	53
Paso 4: ¿Cuáles son los principales problemas que ha afrontado el programa?	67
Paso 5: ¿Cuáles son las soluciones y recomendaciones para superar los problemas?	73
Paso 6: Determinar los siguientes pasos	81
Paso 7: Presentar recomendaciones de la EBP a representantes del Ministerio de Salud	87
Informe final	93
Hojas de trabajo	
Hojas de trabajo en cada paso	96
Paso 1: ¿A dónde vamos?	97
Hoja de trabajo 1: Metas y objetivos del programa de salud infantil	99
Hoja de trabajo 2: Indicadores del estado de salud de la madre, el recién nacido y el niño menor de 5 años	101
Paso 2: ¿Están llegando las intervenciones a las mujeres y a los niños?	105
Hoja de trabajo 3: Intervenciones de salud infantil y cómo se llevan a cabo	107
Hoja de trabajo 4: Indicadores de la cobertura de salud infantil	113
Paso 3: ¿Cómo se están implementando las actividades del programa?	119
Hoja de trabajo 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades	119
Paso 4: ¿Cuáles son los principales problemas que ha afrontado el programa?	129
Hoja de trabajo 6: Identificar los problemas principales	131
Paso 5: ¿Cuáles son las soluciones y recomendaciones para superar los problemas?	123
Hoja de trabajo 7: Proponer soluciones y recomendaciones	135
Folleto	141
Archivos de las hojas de trabajo del EBP	
Grupo 1: Embarazo y nacimiento	195
Grupo 2: Período neonatal	213
Grupo 3: Lactantes y niños menores de 5 años	229

Agradecimientos

La elaboración de este documento, “Empleando datos para la evaluación de programas de salud de la niñez (Evaluación Breve de Programas)” es una iniciativa del Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y Adolescente en OMS Ginebra. Fue elaborada para apoyar los países en utilizar los datos existentes para revisar sus programas de salud neonatal y de la niñez, pero también se puede aplicar la metodología para revisar otros programas de salud.

Esta publicación se desarrolló y probó con aportes de las Oficinas Regionales de la OMS y varias instituciones y expertos. Dr. Thierry Lambrechts, OMS, coordinó la elaboración, las pruebas de campo y la escritura de la guía. Agradecemos al Dr. John Murray, Epidemiológico Medical, Iowa City, Iowa, EEUU, por ser el autor principal del documento y por su rol clave en facilitar las pruebas de campo en los países. Agradecemos al personal de la sede, oficinas regionales y de los países, Samira Aboubaker, Niklas Danielsson, Christopher Drasbek, Mikaela Grotenfelt-Enegren, Susan Jack, Sudhansh Malhotra, Emmalita Manalac, Mikael Ostergren, Frits Reijnsbach de Haan, Robert Scherpbier, Marcus Stahlhofer, Marianna Trias, y los expertos internacionales Dilberth Cordero (Bolivia), Angelica Flores (Argentina), Zyde Raad (EEUU), Hong Rathmony (Cambodia), y Dai Yaohua (China) por sus aportes valiosos.

Versiones provisionales de la guía se utilizaron para revisar programas de salud materna, neonatal y del niño en la Región de las Américas (Guyana), la Región de Asia Sur-Este (Nepal), y la Región del Pacífico Oeste (Cambodia y Mongolia). Comentarios y sugerencias contribuidos por estos usuarios apoyaron a perfeccionar la metodología y materiales de aporte.



1. Introducción

¿Qué es la Evaluación Breve de Programas de Salud de la Niñez (EBP)?

La Evaluación Breve de Programas de Salud de la Niñez, es un proceso orientado al análisis del avance de los programas de salud de la niñez.

Los objetivos de la EBP son:

- Evaluar el avance hacia las metas y hacia los objetivos del programa cuando se dispone de datos;
- Evaluar en qué medida el programa puso en práctica sus planes relacionados con las intervenciones de salud para la niñez;
- Identificar los problemas que el programa ha afrontado y proponer soluciones;
- Formular recomendaciones sobre qué es lo que el programa necesita hacer;
- Determinar los siguientes pasos, que permitan incorporar las recomendaciones en el plan de trabajo.

La EBP ayuda a identificar qué áreas o componentes del programa deben ser fortalecidas — considerando experiencias previas y, si es necesario, permite establecer nuevas prioridades.

Los programas de salud de la niñez se concentran en todos los niños, desde su nacimiento hasta los 59 meses de edad, incluyendo a los recién nacidos (a partir del nacimiento hasta los 28 días de edad) y a los lactantes (o infantes) (desde el nacimiento hasta los 11 meses de edad). Los programas de salud de la niñez pueden depender de un único departamento o unidad del Ministerio de Salud (como ser del departamento de salud materno-infantil), o pueden pertenecer a diferentes departamentos; por ejemplo a los departamentos relacionados con nutrición, malaria, Atención

Integrada a la Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), Sistema de Información en Salud y evaluación (SIS) y de Salud Materna. Además, los ministerios de salud pueden realizar actividades relacionadas con programas de salud de la niñez en colaboración con diversos aliados, los que pueden incluir a otros ministerios, que no son de salud; ONGs y organismos bilaterales o multilaterales. Los gerentes relacionados con los programas de salud de la niñez, dentro del Ministerio de Salud, y los aliados que realizan actividades de salud de la niñez, determinarán quiénes serán las personas que participarán en la evaluación rápida.

Las intervenciones de salud de la niñez pueden realizarse en cualquier etapa del proceso de continuo de cuidado de la madre y el niño: el embarazo, el nacimiento, el período post-natal, la lactancia y la niñez hasta los 5 años de edad. Las intervenciones pueden ser aplicadas en los establecimientos de salud (del primer nivel o en establecimientos de referencia) o en el hogar y la comunidad. La forma en que se realicen las intervenciones variará considerablemente según el contexto local. La ejecución requiere actividades en varias áreas; como ser: políticas de salud; planificación; gestión y financiamiento; recursos humanos y capacitación; apoyo al sistema (suministro de medicamentos, supervisión, referencia, etc.); comunicación; apoyo de la comunidad; vigilancia y evaluación. Todos estos elementos deberán ser considerados como parte de la evaluación del programa.

¿Quién conduce la EBP?

La EBP es conducida por un equipo conformado por personal del programa del Ministerio de Salud (podrían estar incluidos los niveles central, regional, de distrito y de los establecimientos de salud); personal de organizaciones aliadas que participan en la programación para la salud de la niñez y

expertos locales con conocimiento del programa. Tres facilitadores locales y un facilitador externo supervisan el proceso. Se recomienda que el tamaño del equipo de evaluación se limite a 20 o 30 participantes, para que el trabajo sea más eficiente.

Es importante que el equipo de la evaluación incluya a representantes del personal que es responsable de la aplicación del programa en diferentes niveles del sistema de salud. Por ejemplo, si el examen se realiza a nivel nacional, en el equipo debe participar personal de las regiones, provincias o distritos. En el equipo se incluirá, preferiblemente, a personas con conocimiento y responsabilidad de las actividades comunitarias; por ejemplo, agentes comunitarios de salud o líderes comunitarios 'clave'.

¿Cuáles son los pasos de la EBP?

La EBP incluye 7 pasos, que el equipo completa de manera secuencial, en aproximadamente una semana. Los participantes revisan los datos disponibles sobre salud materna y de la niñez. Determinan en qué medida el programa ha ejecutado, en forma adecuada, las intervenciones de salud de la niñez, examinando las actividades en cada una de las principales áreas programáticas del plan de trabajo.

Sobre la base de estos resultados, los participantes definen los principales problemas que se someterán a un análisis adicional. Luego, abordan estos problemas e identifican las soluciones viables. Estas soluciones sirven de base para formular recomendaciones detalladas en relación a lo que el programa debería hacer en las principales áreas de trabajo y, entonces, toman decisiones sobre los siguientes pasos, para procurar que estas recomendaciones sean incorporadas en los planes de trabajo.

A continuación se resume el proceso de la EBP.

Resumen del proceso de la EBP

Sesión inicial

El personal del programa presenta la información general y los antecedentes, que serán empleados para la EBP. El facilitador describe el proceso de la EBP. En los lugares donde las actividades relacionadas con la salud de la niñez se distribuyen entre diferentes departamentos o unidades del Ministerio de Salud, se debe convocar al personal estos departamentos, con el fin de tener un panorama completo de todas las actividades relacionadas con la salud de la niñez.

Paso 1: ¿Adónde vamos?

Los participantes:

- Revisan las metas y los objetivos del programa.
- Revisan la situación de la salud materna y de la niñez. Identifican cuáles mediciones o indicadores tienen resultados altos o bajos.
- Buscan tendencias en el transcurso del tiempo y diferencias entre sub-grupos poblacionales.

Paso 2: ¿Están llegando las intervenciones a las mujeres y a los niños?

Los participantes:

- Revisan las intervenciones actuales de salud de la niñez, los paquetes de intervenciones y cómo son brindados a la población.
- Identifican qué intervenciones aún no están incluidas en el programa y cuáles son los problemas que existen en la entrega de las intervenciones, que están limitando su cobertura.
- Revisan indicadores de cobertura relacionados con la salud de la niñez.
- Identifican a las intervenciones que presentan bajas coberturas o tienen tendencias decrecientes.
- Seleccionan las intervenciones que requerirán una mayor atención en el próximo ciclo de planificación.

Paso 3: ¿Cómo se implementan las actividades del programa?

Los participantes:

- Revisan las actividades que se realizan en cada componente principal del programa, a partir de los planes de trabajo.
- Evalúan si en cada componente principal del programa, las actividades fueron implementadas completamente, parcialmente o no se hizo nada (mediante la revisión de documentos administrativos, datos del monitoreo o conversaciones con el personal).
- Determinan por qué el programa no llevó a cabo ciertas actividades o las realizó de manera poco satisfactoria.
- Resumen los puntos fuertes y débiles en cada área o componente del programa (mediante discusiones con el personal).

Paso 4: ¿Cuáles son los principales problemas que el programa ha afrontado?

Los participantes resumen los principales problemas que han limitado la capacidad para brindar las intervenciones a la población, en aquellas intervenciones que muestran indicadores con baja cobertura (de los pasos 1, 2 y 3).

Paso 5: ¿Cuáles son las soluciones y recomendaciones para superar los problemas?

Los participantes analizan los problemas principales y proponen soluciones y recomendaciones factibles.

Paso 6: ¿Cuáles son los siguientes pasos que permitan tomar acciones en base a las recomendaciones?

El equipo de la EBP y un grupo pequeño de participantes, definen las medidas más importantes para el próximo plan de trabajo, aplicando las recomendaciones de la evaluación.

Paso 7: Presentar a representantes del Ministerio de Salud, aliados y directos interesados, los hallazgos y recomendaciones de la EBP, además de los siguientes pasos

El equipo de la EBP presenta los hallazgos, recomendaciones y los siguientes pasos, a todos los aliados pertinentes, con el fin de obtener el apoyo y el compromiso necesarios para las actividades del programa.

Informe final

El facilitador y el equipo de la EBP preparan un informe que resume los hallazgos obtenidos.

¿Cómo se realiza la EBP?

Para completar las tareas de cada paso, los participantes trabajan en un grupo o en sub-grupos pequeños. Empleando los siguientes métodos:

- Revisión de documentos;
- Discusiones en grupo para compartir puntos de vista y experiencias;
- Conversaciones individuales con ciertas personas que tienen conocimiento del programa, pero que no forman parte del equipo de la evaluación.

Las conversaciones individuales deben ser llevadas a cabo antes de la evaluación. Estas conversaciones permiten que el equipo recopile información adicional. Pueden incluir, por ejemplo, a representantes de otros departamentos del Ministerio de Salud, universidades y organizaciones aliadas.

El facilitador externo y tres facilitadores locales guían el proceso de evaluación. Los facilitadores presentan las tareas, facilitan el trabajo de los grupos y ayudan a alcanzar un consenso en relación a los hallazgos de cada paso. Los facilitadores también coordinan la elaboración del informe final de la EBP, mediante la compilación de los resúmenes de los resultados de cada paso.

La Evaluación Rápida del Programa, generalmente no incluye visitas de terreno a establecimientos de salud o a equipos distritales de salud. Por lo tanto, es importante que representantes del personal que trabaja en los primeros niveles del sistema de salud sean incluidos en el equipo. También se debe integrar, al equipo, a agentes comunitarios de salud o a personas familiarizadas con las actividades comunitarias. El personal de los primeros niveles suministra valiosos datos acerca de la realidad sobre el terreno, que no están disponibles en los documentos y que tal vez no sean conocidos por el personal de alto nivel.

Si se dispone de recursos y tiempo, se pueden agregar las visitas de campo. Las visitas de campo requieren, generalmente, la asignación de uno o más días en el paso 3. Esto aumenta en el mismo número de días el tiempo requerido para realizar la evaluación. Se pueden agregar visitas a terreno cuando no sea posible incluir a personal con experiencia reciente, 'de campo' en ciertas áreas técnicas. Estas visitas también pueden ser útiles si se piensa que, en algunas zonas geográficas o grupos de población, el programa está funcionando en forma diferente.

¿Cuáles son los requisitos previos para realizar la EBP?

Para realizar la EBP no existe ningún requisito previo, solo es necesario que las actividades del programa estén siendo implementadas. La evaluación puede abarcar un período variable, que comprenda de uno a varios años. Si previamente se realizó una evaluación del programa, la EBP puede abarcar el período transcurrido desde la última evaluación.

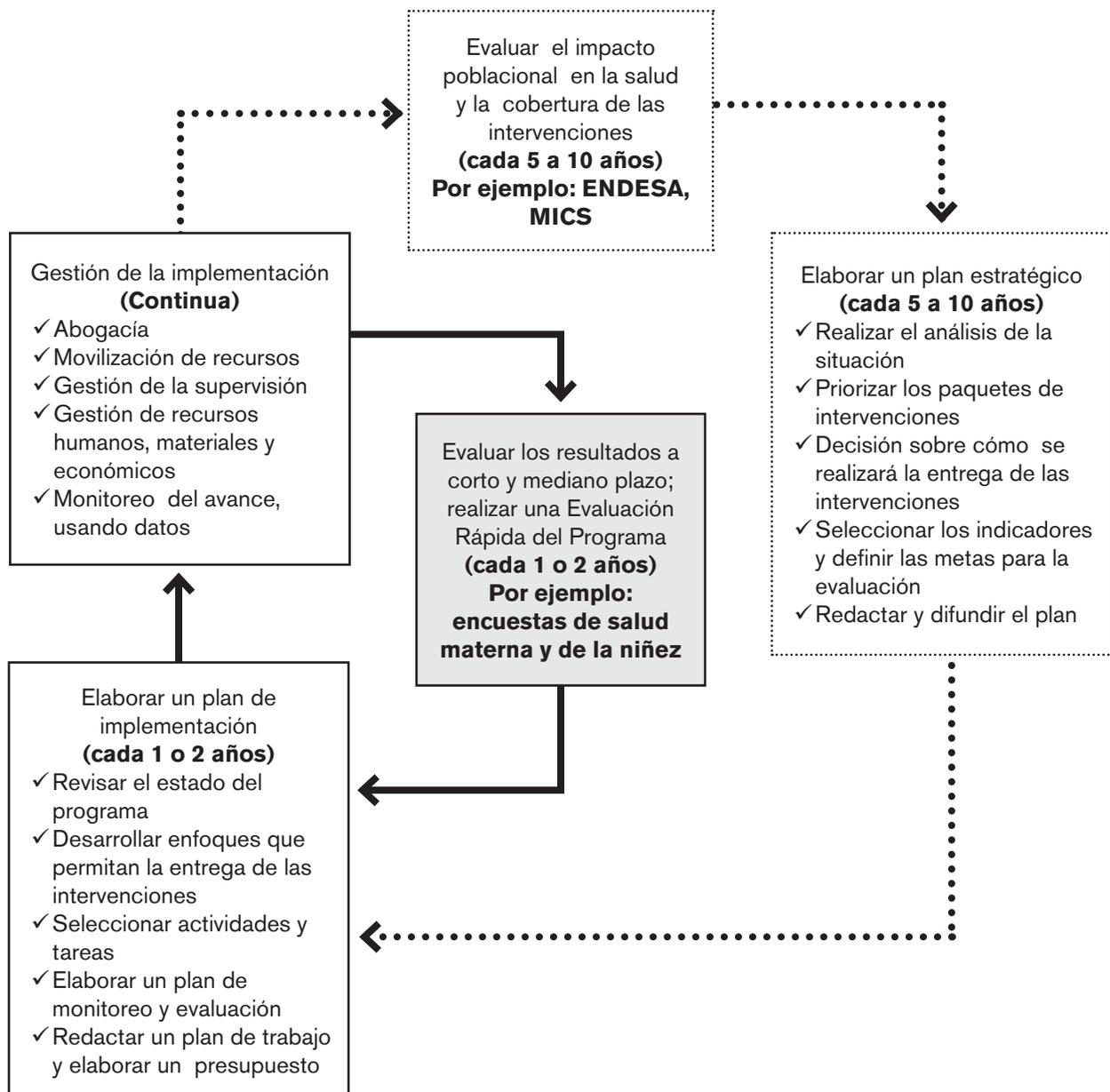
Para la EBP es muy útil contar con datos fiables sobre resultados o impacto, con el fin de determinar si el programa está o no avanzando hacia el logro de las metas. Sin embargo, si no se dispone de esa información, aún es posible efectuar la evaluación del programa, empleando otros datos.

¿Cómo encaja la EBP en el ciclo de planificación de un programa?

La EBP sirve de base para elaborar un plan de acción detallado. Por consiguiente, se debe efectuar la EBP en un momento en el que el programa esté preparado para incorporar el plan de implementación propuesto en un plan de acción. La EBP puede ser llevada a cabo en cualquier nivel; los programas descentralizados pueden decidir realizar la EBP a nivel regional o de distrito.

En algunos países, tal vez haya un coordinador de planificación de la salud de la niñez y un equipo de planificación; este equipo debe participar en la EBP para decidir sobre la mejor forma de incorporar las recomendaciones dentro de los planes que se encuentran en ejecución. La EBP debe establecer una conexión entre la ejecución y la planificación para procurar que las actividades apropiadas se realicen eficientemente y con elevada calidad. En la figura presentada a continuación, se resume el ciclo de planificación y ejecución de los programas de salud de la niñez.

Ciclo de planificación y ejecución de los programas



Resumen de la EBP

Alcance	<p>Revisión de todas las actividades del plan de implementación existente, seguida de la solución a los problemas</p> <p>Puede enfocarse al nivel nacional o sub-nacional</p>
Estructura	Proceso realizado en una semana por un grupo de aproximadamente 20 a 30 personas
Pre-requisitos	<p>Se deben estar implementando actividades del programa</p> <p>Es aconsejable, pero no imprescindible, contar con datos de encuestas sobre indicadores clave</p>
Métodos	<p>Revisión de documentos, conversaciones individuales y discusiones en grupo</p> <p>Generalmente no incluye visitas a terreno</p>
Recursos	<p>Los recursos necesarios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambientes para una reunión de una semana • Costos de estadía para alrededor de 20 a 30 participantes • Costos de un experto externo: el facilitador
Producto	Recomendaciones que permitan una revisión del plan de implementación del programa de salud de la niñez, que cubra todas las áreas/componentes del programa
Espacio en la planificación	Es apropiada como base para la revisión o la elaboración de un plan a corto plazo, que abarque 1 o 2 años

2. Preparación

Como facilitador, usted ayudará a que las personas que trabajan en el programa de salud de la niñez, estén preparadas para la EBP. Esto implica completar diversas tareas de preparación. Usted puede completar algunas tareas de preparación antes de la evaluación mediante el contacto con el personal del programa. Usted necesitará al menos 2 meses para completar las tareas de preparación 1 a 5.

Antes de su llegada

Antes de llegar, ayude al director o directores del programa a:

1. Formar un equipo coordinador, para coordinar la EBP y adoptar medidas según las recomendaciones.
2. Decidir qué período abarcará la evaluación.
3. Identificar y copiar los documentos pertinentes.
4. Definir quiénes serán los participantes y decidir en qué grupo de trabajo estarán.
5. Invitar a los participantes y hacer los preparativos logísticos.

Otras tareas de preparación pueden ser mejor realizadas conversando directamente con el personal del programa, después de que usted llegue al lugar donde se llevará a cabo la evaluación. Antes de comenzar la EBP, tiene que dedicar de tres a cinco días para completar las tareas de preparación 6 a 12.

Después de su llegada

Después de llegar, trabaje con el equipo de la EBP para:

6. Recopilar los datos clave y completar con antelación las Hojas de Trabajo.
7. Identificar cualquier tema que el personal del programa desea abordar durante la evaluación.

8. Decidir cómo realizar la evaluación.
9. Establecer un cronograma para la EBP.
10. Finalizar los preparativos.
11. Analizar los documentos existentes del programa.
12. Preparar la sesión inicial.

Las siguientes instrucciones describen con más detalle cada una de las tareas de preparación. Use esta información para guiar los preparativos para la EBP que efectuará el director de programa antes de que usted llegue y para finalizar las tareas restantes después de que haya llegado.

Preparativos que se deben completar antes de que usted llegue

1. Formar un equipo coordinador, para coordinar la EBP y adoptar medidas según las recomendaciones.

Como las actividades relacionadas con la salud de la niñez a menudo son realizadas por diferentes departamentos o unidades del Ministerio de Salud, es importante que cada uno de ellos esté representado en la fase de planificación de la EBP. Es conveniente que un equipo pequeño se haga cargo de los preparativos y complete las Hojas de Trabajo con antelación. Posteriormente, este equipo será responsable de procurar que se tomen medidas sobre la base de las recomendaciones.

El equipo coordinador de la EBP podría comprender a los directores de los programas de:

- Salud infantil o de la niñez (coordinador de la EBP)
- Salud materna (si es un programa independiente del programa de salud del niño)

- PAI
 - Nutrición
 - Malaria
 - Promoción/comunicación para la salud
 - Infección por el VIH/sida
 - Sistema de Información de Salud/Estadísticas (datos)
- Consulte con el director del programa de salud del niño para definir la conformación del equipo coordinador de la EBP y conformar este equipo.

2. **Decidir qué período abarcará el examen**

Si el programa ya ha sido sometido a una evaluación previa o a un ejercicio de planificación, la EBP debe abarcar el período transcurrido desde la evaluación o el ejercicio previo. Si el programa nunca ha sido evaluado, puede ser necesario abarcar todo el período de implementación del programa.

- Consulte con el director o directores del programa que integran el equipo de coordinación de la EBP para ponerse de acuerdo sobre el período que cubrirá la EBP.

3. **Identificar los documentos pertinentes**

Estos incluyen:

Planes, informes y resúmenes

- Planes de trabajo más recientes, del nivel nacional, regionales y de los distritos;
- Informes de evaluaciones anteriores del programa;
- Análisis actualizados de la situación;
- Plan estratégico;
- Declaraciones sobre políticas de salud de la niñez;
- Leyes y regulaciones pertinentes para la salud de la niñez;
- Resúmenes anuales de capacitación;

- Informes anuales del programa;
- Datos sobre la capacitación en pre-grado
- Informes de rutina;
- Informes de supervisión o monitoreo;
- Encuestas de hogares y de establecimientos de salud (Encuestas Demográficas y de Salud- ENDESA-, Encuestas por Conglomerados de Múltiples Indicadores-MICS-, encuestas de 30 conglomerados); incluyendo, si fuera posible, las 2 o 3 encuestas anteriores, para determinar las tendencias de las mediciones clave en el transcurso del tiempo;
- Otros informes técnicos, como ser: investigaciones cualitativas y cuantitativas; documentos de evaluación al sistema de salud (logística de medicamentos, referencia de casos); informes de investigaciones.

Documentos del programa

- Materiales de enseñanza y capacitación;
 - Listas de verificación para la supervisión;
 - Formularios para la planificación y monitoreo;
 - Materiales de comunicación: Afiches, tarjetas para orientación, etc.
- Pida al equipo coordinador de la EBP que prepare:
- Una copia de los documentos que correspondan al período que será evaluado;
 - Una copia de todos los materiales del programa en las áreas de capacitación, supervisión, planificación, comunicación, monitoreo y evaluación.

Nota: Si las actividades de salud de la niñez son organizadas por diferentes departamentos o unidades del Ministerio de Salud (como ser nutrición, malaria, educación para la salud, o salud materna), se necesitarán los documentos de cada uno de estos departamentos.

4. Definir quiénes serán los participantes y decidir en qué grupo de trabajo estarán

La EBP procura reunir al personal del programa y a otras personas que tengan conocimientos relacionados con el programa. El director del programa y el equipo coordinador de la evaluación deben decidir con antelación quiénes serán incluidos.

Para la evaluación se trabaja con tres grupos: Grupo 1: embarazo y parto; Grupo 2: recién nacidos, 0 a 28 días de edad; Grupo 3: lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad. Se necesitan aproximadamente de 6 a 10 personas para cada grupo de trabajo. Es preciso seleccionar a los participantes de tal modo que cada grupo incluya a suficientes miembros que conozcan el área técnica que se examinará. El personal de salud de los primeros niveles es, a menudo, responsable de varias áreas programáticas y puede participar en cualquiera de los grupos de trabajo.

Personal del programa

Se debe incluir al personal responsable de supervisar las principales componentes o áreas programáticas. Si las actividades de salud de la niñez están distribuidas en diferentes departamentos, puede ser necesario incorporar a personal de estos departamentos. Es importante que el personal de los primeros niveles conozca la ejecución sobre el terreno. En los sistemas descentralizados, es particularmente importante que esté incluido el personal de nivel regional y de distrito. Si es posible, se debe incorporar al personal responsable de las actividades en la comunidad, que generalmente será de zonas periféricas. Los tipos de personal del programa que deben ser incluidos en los grupos pequeños comprenden:

- Personal del nivel central o regional, responsable de la salud materna y de la niñez, que incluya la atención prenatal, parto, puerperio y la atención al recién nacido.
- Personal de nivel de distrito y de los establecimientos de salud, responsable de la salud materna y de la niñez.
- Personal de otras dependencias que se ocupan de componentes importantes de la atención de salud de la niñez, como ser: nutrición, PAI, malaria, comunicación y promoción de la salud, sistemas de salud y monitoreo y evaluación.

Otras personas con conocimientos relacionados con el programa

También debe ser incluido el personal técnico que trabaja para las agencias de cooperación. Las opiniones y experiencias de estas personas son esenciales para el proceso de evaluación y ayudarán a lograr el consenso y el apoyo para actividades en curso. Tenga en cuenta a los representantes de:

- Otros ministerios pertinentes (como los que se trabajan con estadísticas de salud, registro civil, transporte y logística y grupos minoritarios);
- Instituciones nacionales de derechos humanos, incluidas las Comisiones de Derechos del Niño;
- Universidades;
- Organismos internacionales; donantes multilaterales y bilaterales, otros donantes;
- ONGs y representantes de grupos de la comunidad (en particular los que trabajan con niños vulnerables);
- Asociaciones de profesionales, incluidos los grupos que representan a los padres y cuidadores (cuando proceda).

Los criterios para seleccionar a los miembros del equipo de evaluación incluyen personas que:

- ✓ Conozcan cada uno de los niveles del programa que serán revisados. Una condición clave es la familiaridad con la gestión y la ejecución local del programa. Las aptitudes complementarias son el conocimiento de: la epidemiología, la interpretación de datos cuantitativos y cualitativos, las estrategias comunitarias, los sistemas de salud, las políticas de salud. A veces, un individuo puede reunir varias de estas aptitudes.
- ✓ Tener experiencia en todos los niveles del sistema de salud: nacional, regional o del distrito y de los pueblos y comunidades. Los programas operan en todos estos niveles.
- ✓ Representar adecuadamente a los aliados y a los tomadores de decisión. A veces, es importante incluir a los aliados y a los tomadores de decisión para obtener su compromiso con el proceso de planificación y con las estrategias de inversión y de implementación.
- ✓ Estar disponibles para hacer el trabajo. Deben estar disponibles por una semana.

Propuesta de composición de los grupos pequeños: suponiendo un tamaño de 10 personas por grupo

Grupo 1: embarazo, parto, primera hora después del nacimiento

- Personal del programa con experiencia en salud materna, del nivel central o regional (considerar la inclusión de un funcionario de otra sección del Ministerio de Salud, como ser comunicación para la salud, sistemas de monitoreo y evaluación): 4
- Personal del programa con experiencia en salud materna, del nivel de distrital o de niveles inferiores: 4
- Otras personas con experiencia en programas de salud materna, como ser de ONGs o agencias de cooperación, universidades y asociaciones de profesionales: 2

Grupo 2: período neonatal

- Personal del programa con experiencia en salud del recién nacido, del nivel central o regional (considerar la inclusión de un funcionario de otra sección del Ministerio de Salud, como ser comunicación para la salud, sistemas de monitoreo y evaluación): 4
- Personal del programa con experiencia en salud del recién nacido, del nivel de distrital o niveles inferiores: 4
- Otras personas con experiencia en programas de salud materna, como ser de ONGs o agencias de cooperación, universidades y asociaciones de profesionales: 2

Grupo 3: lactantes y niños de 1 a 5 años de edad

- Personal del programa con experiencia en salud de la niñez, del nivel central o regional (considerar la inclusión de personal con experiencia en nutrición, el PAI, malaria; y un funcionario de otra sección del Ministerio de Salud, como la de comunicación para la salud, sistemas de monitoreo y evaluación): 4
- Personal del programa con experiencia en salud de la niñez del nivel distrital o niveles inferiores: 4
- Otras personas con experiencia en programas de salud materna, como ser de ONGs o agencias de cooperación, universidades y asociaciones de profesionales: 2

Facilitadores

Son necesarios tres facilitadores locales (nacionales). Cada facilitador colaborará con uno de los tres grupos de trabajo organizados para la evaluación (Grupo 1: embarazo y parto; Grupo 2: recién nacidos, niños de 0 a 28 días de edad; Grupo 3: lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad)

Se debe seleccionar a los facilitadores a partir de la lista de participantes. Los criterios para seleccionar a los facilitadores incluyen:

- Tener experiencia en la facilitación, aptitudes adecuadas para la comunicación y el trabajo en grupo;
 - Tener experiencia en el área técnica del grupo de trabajo donde actuarán (esto es aconsejable, pero no esencial);
 - Poder hablar el idioma local;
 - Estar disponibles durante toda la semana de la evaluación, desde el lunes al sábado.
- Ayude al equipo coordinador de la EBP a decidir quiénes deben participar. En general, la EBP no debe incluir a más de 20 ó 30 participantes. Asegúrese de que se incluyó al personal con experiencia en todas las áreas técnicas que serán evaluadas (embarazo, parto y período postnatal inmediato; período neonatal; lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad). Asigne con antelación participantes que trabajarán en cada uno de los tres grupos. Seleccione tres facilitadores de la lista de participantes.

5. Hacer los preparativos logísticos

- Solicite al equipo coordinador de la EBP que prepare:
 - Invitaciones para todos los participantes. Los participantes deben estar a disponibles de martes a viernes. Los facilitadores locales deben estar disponibles de lunes a sábado. Es preciso pedir a los participantes que traigan los documentos más

recientes del plan de trabajo relacionados con el grupo en el cual actuarán: embarazo y parto; período neonatal; lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad.

- Una sala de reuniones lo suficientemente grande como para alojar cómodamente a todos los participantes.
- Espacio adecuado para el trabajo en grupos pequeños, si es necesario.
- Suministro de papel y lápices para todos los participantes.
- Computadoras portátiles y un retroproyector para cada grupo pequeño.
- Rotafolios y marcadores.
- Apoyo secretarial durante todo el período de la EBP.
- Copia de los documentos que los participantes necesitarán.
- Computadora e impresora para los relatores.

Preparativos que se completan después de que usted llega

Como facilitador de la EBP, usted necesita conocimientos básicos acerca del programa que será evaluado. Una vez que usted llega al lugar —y antes de que comience la EBP— complete las tareas 6 a 12, indicadas en las páginas siguientes. Esas tareas incluyen las conversaciones preliminares sostenidas con el equipo coordinador de la EBP, para formarse una idea amplia de:

- ✓ lo que el programa se propuso alcanzar;
- ✓ los temas que la EBP debe abordar.

Durante estas conversaciones usted obtendrá información básica y útil acerca del programa. Esto le ayudará a tomar decisiones sobre cómo presentar la EBP a los participantes. La información que usted obtendrá también le ayudará a ultimar los preparativos y a prepararse para la sesión inicial de apertura.

6. Recopilar los datos clave y completar con antelación las Hojas de Trabajo

Se entregarán a los participantes, datos e información clave del programa. Esto ayudará a ahorrar tiempo y permitirá que los participantes se concentren en la revisión de los avances, en los problemas y las soluciones. El facilitador y el equipo coordinador de la EBP deberán completar las siguientes Hojas de Trabajo:

Hoja de Trabajo 1

- Metas y objetivos del programa de salud de la niñez (deben estar descritos en el plan estratégico o el plan de trabajo del programa. Tal vez haya que obtener las metas y los objetivos correspondientes a la salud materna y del recién nacido de distintos documentos).

Hoja de Trabajo 2

- Mediciones e indicadores del estado de salud materna y de la niñez y de las metas (estos datos se obtienen, generalmente, a partir de encuestas de hogares con muestras representativas). Quizás se disponga también de datos rutinarios del Sistema de Información de Salud. Si se obtienen datos de ambas fuentes, introdúzcalos en el cuadro, de manera que puedan ser comparados. Introduzca los datos, pero no marque ni sombree los indicadores; esto será realizado por los participantes.

Si es posible, revise los datos considerando sub-grupos clave; por ejemplo, zona geográfica, ingreso económico, sexo, grupo étnico, huérfanos, refugiados, grupos indígenas, niños de la calle.

Hoja de Trabajo 3

- Mapeo de las intervenciones de salud de la niñez. Revise los documentos de la planificación estratégica y de la implementación (operativa).

Complete una Hoja de Trabajo para cada una de las siguientes etapas: embarazo, nacimiento y el período post-natal inmediato; período neonatal; lactantes y los niños de 1 a 59 meses de edad.

En cada caso, revise:

- ✓ Las intervenciones seleccionadas para la implementación;
- ✓ El nivel en el cual se brinda la intervención;
- ✓ Si la intervención es implementada como 'paquete' que incluya una o varias intervenciones
- ✓ Si la intervención es implementada en todas las regiones o solo en algunas (alcance geográfico).

Introduzca los datos en la Hoja de Trabajo 3, pero no marque ni sombree los indicadores; esto será realizado por los participantes.

Hoja de Trabajo 4

- Datos de la cobertura y metas de las intervenciones clave de salud de la niñez (estos datos generalmente se obtienen de encuestas de hogares). Introduzca los datos, pero no marque ni sombree los indicadores, los participantes lo harán.

Si es posible, revise los datos considerando sub-grupos clave; por ejemplo, zona geográfica, ingreso económico, sexo, grupo étnico, huérfanos, refugiados, grupos indígenas, niños de la calle.

Hoja de Trabajo 5

Complete una Hoja de Trabajo 5 para cada uno de los grupos pequeños: Embarazo y parto; período neonatal; lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad. Haga una marca en la casilla de la parte superior para indicar el grupo. Introduzca los datos sobre resultados a corto plazo de las actividades del programa, en las tablas para datos de apoyo. Estos datos se obtienen generalmente de los documentos del programa. Se pueden agregar a la Hoja de

Trabajo otros datos que pudieran ser relevantes.

Las actividades están organizadas según las principales áreas programáticas:

- Política, planificación financiamiento y gestión;
 - Recursos humanos y capacitación;
 - Comunicación para la salud;
 - Desarrollo del apoyo comunitario;
 - Fortalecimiento a los sistemas de salud (medicamentos, vacunas, suministros, referencia, supervisión);
 - Monitoreo y evaluación.
- Revise con el equipo coordinador de la EBP qué es lo que pretendía el programa lograr, en términos generales y revise las metas y objetivos. Llene la Hoja de Trabajo 1.
 - Revise la información provista por el Sistema de Información, datos de rutina, y de las encuestas disponibles. Llene la Hoja de Trabajo 2: mediciones del estado de salud materna y de la niñez. Trabaje con el equipo coordinador de la EBP para identificar los datos, las metas y las tendencias. Adapte la Hoja de Trabajo 2 si los indicadores usados localmente son diferentes de los presentados en ésta Hoja de Trabajo.
 - Llene la Hoja de Trabajo 3 para cada etapa del proceso de continuo de cuidado de la madre y niño. Use los documentos de la planificación estratégica, si es necesario.
 - Revise los datos de las encuestas disponibles y llene la Hoja de Trabajo 4: indicadores de cobertura y metas. Trabaje con el equipo coordinador de la EBP para identificar los datos, las metas y las tendencias. Adapte la Hoja de Trabajo 4 si los indicadores usados localmente son diferentes de los presentados en ésta Hoja de Trabajo.
 - Llene los indicadores en la Hoja de Trabajo 5 usando documentos del programa. Deje el resto de la Hoja de Trabajo en blanco; estas serán completadas por los participantes. Complete una Hoja de Trabajo 5 para cada grupo pequeño.

Nota: Para completar las Hojas de Trabajo 1, 2, 4 y 5 con antelación, se debe convocar a una reunión del equipo de coordinación de la EBP. Los directores del programa necesitarán datos de las encuestas, datos disponibles del programa (informes de rutina, por ejemplo) y los planes de trabajo más recientes. Se recomienda asignar de 1 a 2 semanas para recopilar e introducir todos los datos.

7. Identificar cualquier tema que el personal del programa desea abordar durante la evaluación

Tal vez, el personal del programa ya haya identificado ciertos temas que les gustaría que sean abordados en la EBP. Estos temas se relacionan, generalmente, con las dificultades que han encontrado durante la ejecución de las actividades. Otros ejemplos de temas que pueden ser importantes son: cómo redefinir las responsabilidades en el marco de la descentralización del sistema de salud y cómo incluir, en el programa de salud de la niñez, intervenciones de salud neonatal que tradicionalmente no son incluidas.

Al comienzo del proceso de la EBP, es importante que todos los participantes se informen acerca de las inquietudes del personal del programa para que puedan ser abordadas durante las etapas pertinentes de la evaluación. Las conversaciones con el personal regional y de distrito son útiles para identificar problemas comunes.

Nota: La identificación de estos temas, antes del examen no significa que, automáticamente, usted deba incluirlos en el paso 4 de la EBP (*¿Cuáles son los principales problemas que el programa ha afrontado?*). La selección de los problemas principales, en el paso 4, depende de los resultados de los pasos 1 a 3. Si estos pasos conducen a la decisión de que los temas planteados por el personal del programa son suficientemente importantes, inclúyalos en el paso 4.

- Pregunte al equipo coordinador de la EBP y al personal, qué temas problemáticos consideran que son importantes para ser abordados en la EBP.

8. *Decidir cómo realizar la evaluación*

La EBP se basa en el trabajo grupal. Los participantes trabajan juntos para completar todos los pasos, guiados por los facilitadores.

Además del trabajo en grupo, puede ser útil mantener conversaciones individuales, o realizar breves visitas de campo. Los datos cualitativos obtenidos de estas fuentes pueden ser útiles para ayudar a completar las Hojas de Trabajo y para conocer mejor los problemas y las posibles soluciones.

Conversaciones individuales

Las conversaciones individuales brindan una oportunidad para reunirse con personas versadas en los temas tratados y que no pueden participar en la evaluación. Pueden incluir a representantes de otros departamentos del Ministerio de Salud o de organismos aliados. Estas conversaciones pueden servir para:

- Informar a los funcionarios de alto nivel del Ministerio de Salud acerca de la evaluación y conocer sus expectativas;
- Obtener información acerca de una actividad o área de actividad en particular;
- Conocer mejor el trabajo de una organización con el fin de identificar posibles áreas de colaboración;
- Ampliar la gama de criterios acerca de posibles soluciones a los problemas que afronta el programa.

Los miembros del equipo coordinador de la EBP pueden realizar estas entrevistas, que deben ser programadas antes de la evaluación.

A veces también puede ser útil que usted, el facilitador, mantenga conversaciones individuales con participantes seleccionados, para complementar el trabajo en grupo. Esto puede ser pertinente para:

- ✓ Superar barreras de comunicación, que impiden a ciertos participantes expresar sus puntos de vista en el grupo;
- ✓ Abordar temas delicados, como ser el desempeño del personal de salud, la comunicación o las relaciones interpersonales, que pueden ser difíciles de tratar en los grupos.

Tal vez usted no detecte la necesidad de estas conversaciones hasta que haya comenzado la evaluación. Es importante ser discreto acerca de estas conversaciones y promover el consenso en el trabajo en grupo.

Visitas a terreno

En condiciones ideales, la EBP puede ser realizada sin efectuar visitas a terreno, recurriendo al personal experimentado y versado. La eliminación de las visitas de campo reduce el tiempo y los recursos financieros requeridos para la evaluación. Sin embargo, en algunos casos, puede ser importante incluir visitas al terreno debido a:

- Quizás no se disponga de personal con conocimientos o experiencia suficientes;
- Se piensa que ciertas zonas geográficas o grupos de población, se comportan de manera distinta a la de la mayoría de los sitios o grupos para los cuales se dispone de información.

Si se considera que las visitas a terreno son importantes, deben ser programadas desde el principio. Las visitas a terreno deberían ser realizadas al final del paso 2. En esta etapa, estará claro dónde y qué áreas técnicas se necesita más información. Es preciso realizar los arreglos concernientes al transporte, alojamiento y apoyo económico con antelación. Al final de las directrices, en la sección optativa, se incluyen ejemplos de métodos y

cuestionarios para efectuar las visitas a terreno.

- Pregunte al equipo coordinador de la EBP qué participantes han confirmado su asistencia. Finalice la conformación de los grupos de trabajo para la evaluación.
- Discuta sobre la utilidad de mantener alguna conversación individual, para ayudar a completar las Hojas de Trabajo o comprender el programa, antes de la EBP. Use la lista de la sección 3 para ver ejemplos de las personas que habría que considerar.
- Discuta si es útil efectuar visitas a terreno, para complementar el trabajo grupal que se realiza durante el EBP. Decida qué zonas se visitarán y cuál es el número de días necesarios. Decida quién efectuará las visitas a diferentes zonas. Examine los métodos y cuestionarios para las visitas y adáptelos para usarlos en el lugar.

9. Establecer un cronograma para la EBP

El cronograma presentado más adelante, muestra una agenda de cinco días para las actividades y la ejecución de los siete pasos clave descritos anteriormente. Este cronograma puede ser prolongado o acortado según las circunstancias. Si se hizo una evaluación reciente, tal vez se necesiten menos de cinco días. Si es la primera evaluación o si la última fue realizada hace tiempo, se pueden requerir cinco días o más.

El cronograma recomendado incluye la capacitación de los tres facilitadores locales, en el día 1 (lunes). Luego, los participantes realizan la evaluación propiamente dicha, durante cuatro días (martes a viernes) (pasos 1 a 5). El paso 6 es completado en el último día (sábado), por el equipo coordinador de la EBP, los facilitadores locales y algunos participantes seleccionados. Durante el último día, se puede efectuar una exposición de los resultados. Sin embargo, generalmente se programa la exposición para otro momento, cuando todas las partes interesadas puedan ser reunidas (paso 7).

Si el equipo de la EBP ha decidido incluir visitas a terreno, éstas visitas deberán ser incluidas al final del paso 2. La información recopilada durante las visitas a terreno será utilizada para completar el paso 3, *Cómo se implementan las actividades del programa*, y en el paso 4, *¿Cuáles son los principales problemas que el programa ha afrontado?*

- Elabore el cronograma consultando con el equipo coordinador de la EBP (si es necesario, vea el ejemplos de agenda de la EBP presentado en las siguientes páginas). Divida cada día en períodos según los sub-pasos necesarios para la evaluación y asigne tiempo para descansos breves. El cronograma debe tener cierta flexibilidad, en caso de que las discusiones se prolonguen más de lo previsto. El paso 3, por ejemplo, puede requerir más tiempo ya que se deben definir y discutir actividades; además, si así se ha determinado, realizar las visitas a terreno.
- Si el trabajo en grupos será complementado con visitas a terreno, planifique un itinerario para las visitas y el número de días requerido. Programe una sesión plenaria posterior, para que los participantes informen los resultados.

Ejemplo de un cronograma general para la EBP

Día	Paso	Método y participantes *
1	Capacitación de los facilitadores locales	Revisión de las directrices para facilitadores, en un grupo pequeño, con los tres facilitadores locales
2	Sesión inicial	Sesión plenaria con todos los participantes
2	Paso 1: <u>¿Adónde vamos?</u>	Todos los participantes trabajan en una sesión plenaria
2, 3	Paso 2: <u>¿Están llegando las intervenciones a las mujeres y a los niños?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Los participantes trabajan en tres grupos pequeños y luego se reúnen todos en sesión plenaria <p>Cuando sea necesario, las visitas de campo se realizan al final del paso 2.</p>
3, 4	Paso 3: <u>¿Cómo se implementan las actividades del programa??</u>	<ul style="list-style-type: none"> Los participantes trabajan en tres grupos pequeños y luego se reúnen todos en sesión plenaria <p>Complementar, cuando sea necesario, con entrevistas a algunas personas antes de la evaluación.</p>
4, 5	Paso 4: <u>¿Cuáles son los principales problemas que el programa ha afrontado?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Los participantes trabajan en grupos pequeños y luego presentan un resumen en sesión plenaria <p>Los problemas identificados por los grupos pequeños, para cada área o componente principal, son sintetizados e incorporados en una lista única de problemas comunes</p>
6	Paso 5: <u>¿Cuáles son las soluciones y recomendaciones para superar los problemas?</u>	<ul style="list-style-type: none"> Los participantes trabajan en grupos pequeños o en una sesión plenaria Los hallazgos son discutidos y consensuados con todos los participantes, en sesión plenaria
6	Paso 6: <u>¿Cuáles son los siguientes pasos que permitan tomar acciones en base a las recomendaciones?</u>	<ul style="list-style-type: none"> El equipo coordinador de la EBP, los facilitadores y un grupo pequeño de participantes
6. POR DETERMINAR	<p>Paso 7: Presentar a <u>representantes del Ministerio de Salud, aliados y directos interesados, los hallazgos y recomendaciones de la EBP, además de los siguientes pasos.</u></p> <p>Se puede preparar una presentación para el último día. La presentación debe ser programada tan pronto como sea posible.</p>	<p>Presentación y discusión con:</p> <ul style="list-style-type: none"> Todos los participantes Representantes del Ministerio de Salud Otras partes interesadas

* Ud., como facilitador tiene que asistir a todas las sesiones

Ejemplo de un cronograma detallado para la EBP

Lunes	<i>Capacitación de facilitadores locales: Se selecciona a tres facilitadores para que sean miembros del equipo coordinador de la EBP</i>
9.00 a 10.00	Revisión de antecedentes y preparativos
10.00 a 10.30	Descanso
10.30 a 10.45	Visión general de la EBP
10.45 a 11.30	Revisión del Paso 1
11.30 a 12.30	Revisión del Paso 2
12.30 a 13.30	Almuerzo
13.30 a 15.00	Revisión del Paso 3
15.00 a 15.15	Descanso
15.15 a 17.30	Revisión de los pasos 4 y 5
Martes	<i>Con todos los participantes de la EBP</i>
9.00 a 10.00	Introducción Palabras de bienvenida Presentación de los participantes Presentación de los facilitadores Pormenores administrativos Antecedentes de la evaluación
10.00 a 10.30	Descripción general: cómo se realizará la EBP y conceptos básicos que serán empleados (de los folletos 1 y 2): el facilitador.
10.30 a 10.45	Descanso
10.45 a 12.30	<u>Paso 1: ¿Adónde vamos?</u> Trabajo en la sesión plenaria para revisar: metas y objetivos; el estado de la salud materna y de la niñez. Presentación y análisis de datos clave. Revisión y discusión de las Hojas de Trabajo 1 y 2.
12.30 a 13.30	Almuerzo
13.30 a 15.00	Discusión plenaria: revisión de la información sobre la salud de la niñez; resumen de resultados.
15.00 a 15.15	Descanso
15.15 a 17.30	<u>Paso 2: ¿Están llegando las intervenciones a las mujeres y a los niños?</u> Introducción al trabajo en grupos pequeños Definición de términos Introducción para el uso de las Hojas de Trabajo 3 y 4 Trabajo en grupos pequeños: Hoja de Trabajo 3. Los grupos completan la Hoja de Trabajo. Cada grupo aborda una etapa diferente del proceso de continuo de cuidado: el embarazo y el parto; el período neonatal; los lactantes y los niños de 1 a 59 meses de edad.

Continúa

Ejemplo de un cronograma detallado para la EBP (continuación)

Miércoles	<i>Con todos los participantes de la EBP</i>
9.00 a 10.30	<p><u>Paso 2: ¿Están llegando las intervenciones a las mujeres y a los niños? (continuación)</u></p> <p>Trabajo en grupos pequeños: Revisión de los indicadores de cobertura. Llenado de las Hojas de Trabajo 3 y 4. Resumen de los resultados en la plantilla de computadora. Presentación, análisis y resumen de los hallazgos en sesión plenaria.</p>
10.30 a 10.45	Descanso
10.45 a 12.30	<p><u>Paso 3: ¿Cómo se implementan las actividades del programa?</u></p> <p>Introducción al trabajo en grupos pequeños Definición de términos Introducción al uso de la Hoja de Trabajo 5</p> <p>Trabajo en grupos pequeños: Hoja de trabajo 5. Los grupos completan la Hoja de Trabajo. Cada grupo aborda una etapa diferente del proceso de continuo de cuidado: el embarazo y parto; el período neonatal; los lactantes y los niños de 1 a 59 meses de edad.</p>
12.30 a 13.30	Almuerzo
13.30 a 15.00	Paso 3, trabajo en grupos: continuación de la evaluación y del llenado de la Hoja de Trabajo 5.
15.00 a 15.15	Descanso
15.15 a 16.30	Paso 3, trabajo en grupos: continuación de la evaluación y del llenado de la Hoja de Trabajo 5. Resumen de los resultados en la plantilla de computadora.
16.30 a 17.30	Paso 3, sesión plenaria: Cada grupo resume los resultados de la etapa del proceso del continuo de cuidado en la que trabajaron: Cómo se están implementando las intervenciones del programa de salud materna y de la niñez.
Jueves	
9.00 a 10.30	<p><u>Paso 4: ¿Cuáles son los principales problemas que el programa ha afrontado?</u></p> <p>Revisión de los pasos anteriores e introducción a la Hoja de Trabajo 6 Trabajo en grupos pequeños: Identificar los principales problemas detectados en cada una de los principales componentes del programa. Resumen de los hallazgos en hojas de rota folio (o papelógrafo).</p>
10.30 a 10.45	Descanso
10.45 a 12.30	<u>Paso 4, trabajo en grupos pequeños (continuación): resumen de los problemas en cada componente del programa.</u>
12.30 a 13.30	Descanso y almuerzo
13.30 a 15.00	Paso 4, en sesión plenaria: Resumen de los problemas identificados por todos los grupos en una lista única de problemas comunes.
15.00 a 15.15	Descanso
15.15 a 17.30	Se completa el paso 4 en la sesión plenaria: resumen de problemas

Continúa

Ejemplo de un cronograma detallado para la EBP (continuación)

Viernes	
9.00 a 10.30	<u>Paso 5: Proponer soluciones y recomendaciones para superar los problemas</u> Introducción al trabajo en grupos pequeños e inicio del trabajo en grupos Resumen de los resultados usando una plantilla modelo.
10.30 a 10.45	Descanso
10.30 a 12.30	<u>Paso 5, trabajo en grupos pequeños (continuación)</u>
12.30 a 13.30	Almuerzo
13.30 a 15.00	Paso 5, sesión plenaria: resumen y presentación de posibles soluciones y recomendaciones
15.00 a 15.15	Descanso
15.15 a 17.00	Resumen de los pasos siguientes y cierre Retroalimentación de los participantes
Sábado	
9.00 a 12.30	<i>Grupo pequeño: equipo coordinador de la EBP, facilitadores</i> <u>Paso 6: ¿Cuáles son los siguientes pasos que permitan tomar acciones en base a las recomendaciones?</u> Paso 7: En grupo pequeño, preparar la presentación de los principales resultados: equipo coordinador de la EBP y algunos participantes. Programar la reunión para presentación al grupo de tomadores de decisión. Si se programa realizar la presentación el día sábado, asegúrese de que asistan todas las personas interesadas.

10. Finalizar los preparativos

Antes de su arribo, usted solicitó al director del programa que prepare una copia de todos los documentos relacionados con el período que será evaluado y de los materiales pertinentes del programa. Ahora, usted debe definir cómo poner estos documentos a disposición de los participantes de la manera más eficaz.

Cada grupo pequeño debe tener, al menos, una copia de los documentos que se relacionan con las áreas que van a examinar.

- Compruebe que se hayan realizado los preparativos logísticos enumerados en la tarea de preparación 4.
- Asegúrese de que se completen las copias de los documentos y materiales del programa disponibles. Cada grupo necesita los documentos y materiales relevantes para el área técnica que revisará.

- Para cada participante prepare una copia de:
 - El resumen de la Evaluación Rápida del Programa (folleto 1);
 - Los antecedentes para la Planificación en Salud de la Niñez (folleto 2);
 - Los indicadores prioritarios para la salud de la niñez (folleto 3);
 - Las Hojas de Trabajo 1 a 5 (preparadas con antelación);
 - El cronograma (agenda).

11. Analizar los documentos existentes del programa

Como facilitador, usted debe conocer los documentos y los materiales del programa disponibles para la EBP, de manera que pueda referir, a los participantes, a estos documentos y materiales. En particular, es importante leer la evaluación previa del programa (si existe), los documentos de planificación o el análisis de la situación.

- Analice los documentos disponibles del programa. Resuma las recomendaciones de la evaluación anterior (si fue realizada) o el análisis de la situación.

La información básica, que le ayudará a comprender cómo está organizado el programa y qué puede ser útil para la presentación final y el informe final; incluye:

- Datos demográficos básicos.
- La estructura y gestión del sistema de salud (incluyendo cómo se realiza la planificación y la gestión, los tipos de establecimientos de salud y del personal de salud).
- El financiamiento de los programas de salud (incluyendo cómo se realiza la elaboración del presupuesto, si los recursos son adecuados, los sistemas de aseguramiento de la salud y otras modalidades de pago).

12. Preparar la sesión inicial

La sesión inicial, en el día 1 de la EBP (martes), brinda la oportunidad de establecer un contexto para la evaluación. Permite al director y al personal del programa:

- Describir las recomendaciones de la última evaluación (si fue realizada); esto aportará antecedentes útiles para las actividades actualmente evaluadas del programa;
- Exponer las razones por las que el programa ha decidido realizar la evaluación y definir el período que será cubierto;
- Mencionar cualquier tema específico que sea motivo de preocupación para el personal del programa.

Entonces, usted tiene la oportunidad de explicar:

- Los conceptos clave, que son importantes para la EBP;
- Los objetivos de la EBP;
- Los pasos del proceso de la EBP;
- Los métodos que usarán los participantes para realizar la EBP;

- El cronograma de la EBP.
- Prepare la sesión inicial con el director y el personal del programa, sobre la base de la información que ya ha obtenido. La sesión inicial debe ser breve; por ejemplo, de una hora de duración.
- Emplee la introducción a estas directrices para preparar su presentación sobre los objetivos, métodos y los pasos de la EBP. En el CD que acompaña la EBP, se incluyen ejemplos para la introducción.

13. Realizar la capacitación de facilitadores en el día 1

Usted tiene que capacitar a tres facilitadores locales (nacionales) durante el primer día (lunes) de la semana de la evaluación. La buena facilitación es esencial para el éxito de la evaluación. Los facilitadores tienen que comprender claramente los objetivos de la evaluación y los pasos involucrados. A cada facilitador se le debe asignar uno de los tres grupos pequeños de trabajo, que abordarán: el embarazo y el parto; el período neonatal; lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad. Idealmente, los facilitadores deberán tener experiencia en el área técnica en la cual su grupo trabajará, pero esto no es esencial. Son más importantes sus habilidades y aptitudes para la comunicación y la facilitación y su comprensión de lo que se requiere. Emplee estas directrices para la capacitación de los facilitadores. Complete cada sección, paso a paso. En la sección 9 se incluye una sugerencia sobre la distribución del tiempo en el único día dedicado a esta capacitación.

Preparativos para la capacitación de los facilitadores

Procure que los facilitadores sean seleccionados y notificados con anticipación, para que lleguen el lunes de la semana de la evaluación. Si fuera posible, envíeles previamente una copia de las directrices para los facilitadores y pídale que las lean. Para la

capacitación, usted necesita un ambiente donde se puedan reunir. Prepare para cada facilitador:

- 1 copia de las directrices para los facilitadores
- 1 copia de los folletos 1 a 3
- 1 copia de las Hojas de Trabajo 1 a 5
- 1 copia del cronograma (agenda)

Realizar la capacitación

Introducción y descripción general

Empiece con una descripción general de la EBP. Pídale a los facilitadores que lean el documento *Introducción a la EBP*. Luego, revise los preparativos que ya se han hecho, incluyendo:

1. Los materiales (directrices para los facilitadores, folletos, Hojas de Trabajo)
2. El cronograma (examine rápidamente cómo se organizan las actividades de cada día)
3. Conformación de los grupos pequeños (que ya se han asignado)

Revisión paso por paso

No hay necesidad de dedicar mucho tiempo a la sesión de visión general, ya que los facilitadores no desempeñan un papel en esta sesión. En cada uno de los pasos posteriores, solicite que los participantes lean una sección de las directrices para los facilitadores y a continuación promueva la discusión. Revise sistemáticamente cada paso de las directrices para los facilitadores.

En cada paso, lea y luego analice

1. La preparación necesaria y cualquier texto de referencia o antecedentes.
2. Las tareas que deben ser completadas.
3. La descripción detallada de cada tarea, incluyendo la revisión de las Hojas de Trabajo que deben ser completadas. Asegúrese de que los facilitadores comprendan las Hojas de Trabajo. Analice las dificultades o problemas.

4. Cómo facilitar cada paso. Revise los métodos que se usarán. Entregue a los facilitadores las plantillas de computadora que se usarán para resumir los resultados de los trabajos de grupos. Para la evaluación, cada facilitador debe tener acceso a una computadora, en la cual se pueden cargar éstos archivos previamente.

Programa un tiempo para la retroalimentación y para los preparativos de cada día

Usted se debe reunir con los facilitadores al final de cada día, para recibir retroalimentación sobre lo acontecido durante el día. Esto permitirá identificar y abordar los problemas. En este momento, se pueden tratar las actividades del día siguiente y, si fuera necesario, realizar preparativos con anticipación. Los facilitadores también deben programar su asistencia a la sesión del grupo pequeño de planificación en el día 6 (sábado).

- Asegúrese de que se seleccione a los facilitadores con anticipación y que lleguen el lunes de la semana de la evaluación.
- Haga los preparativos para la capacitación: copias de las directrices para los facilitadores, los folletos, las Hojas de Trabajo y el cronograma (agenda). Prepare las plantillas de computadora que se usarán para resumir el trabajo de los grupos, con el fin de que sean entregadas a los facilitadores. Consiga un ambiente donde pueda reunirse con los facilitadores.



3. Instrucciones

Nota: Lea las instrucciones correspondientes a todas las partes de la EBP antes de comenzar la evaluación. Esto le dará tiempo para hacer los preparativos necesarios de antemano y para supervisar el proceso mientras trabaja en la EBP.

Estas instrucciones le guiarán en todo el proceso de la EBP. Le ayudarán a prepararse para cada parte del proceso y le ofrecerán orientación acerca de cómo completar mejor cada parte. Las instrucciones abarcan:

- La sesión inicial: los fundamentos para la realización de la EBP, incluidos los resultados de la evaluación previa. La introducción al proceso de la EBP.
- Los siete pasos que deben completar los participantes durante la EBP. La información para cada paso está organizada de la siguiente manera:
 - ✓ Preparativos: necesarios antes de comenzar cada paso;
 - ✓ Introducción: resume lo que incluye el paso;
 - ✓ Tareas: tareas que los participantes completan en cada paso;
 - ✓ Facilitación: cómo se puede ayudar para que los participantes completen cada paso, durante el trabajo en grupo o en conversaciones individuales.

Sesión inicial

La sesión inicial es más que una formalidad. Brinda a todos los participantes de la evaluación la primera oportunidad de lograr un entendimiento común del programa y de los logros que se intenta alcanzar. Para muchos, es también la primera oportunidad de conocer la EBP, su propósito y las tareas que involucra.

Nota: Antes de la sesión inicial, complete la tarea de preparación 12: *Preparar la sesión inicial*

- Prepare una copia del folleto 1, *Resumen de la Evaluación Rápida del Programa*, para todos los participantes.
 - Prepare una copia del folleto 2, *Antecedentes para la Planificación en Salud de la Niñez*, para todos los participantes.
 - Prepare una copia del folleto 3, *Indicadores prioritarios para la salud de la niñez*, para todos los participantes.
 - Prepare una copia del cronograma (agenda) para todos los participantes.
 - Revise y prepare diapositivas para la exposición sobre conceptos clave y descripción de la EBP (se proporcionan ejemplos de diapositivas en el CD de la EBP).
- Solicite al director del programa de salud de la niñez que presida la sesión inicial y complete las siguientes partes:
- Distribuya todos los materiales a los participantes.
 - Solicite que los participantes y facilitadores se presenten.
 - El director del programa explica por qué el programa ha decidido realizar la evaluación y presenta una visión breve del programa y los temas e inquietudes principales. Si anteriormente se ha realizado una evaluación, expone las recomendaciones entonces emitidas.
 - Usted presenta la EBP: los conceptos fundamentales, objetivos, pasos, métodos y el cronograma.
 - Se presenta la conformación de los miembros de cada grupo pequeño.

Facilitación de la sesión inicial

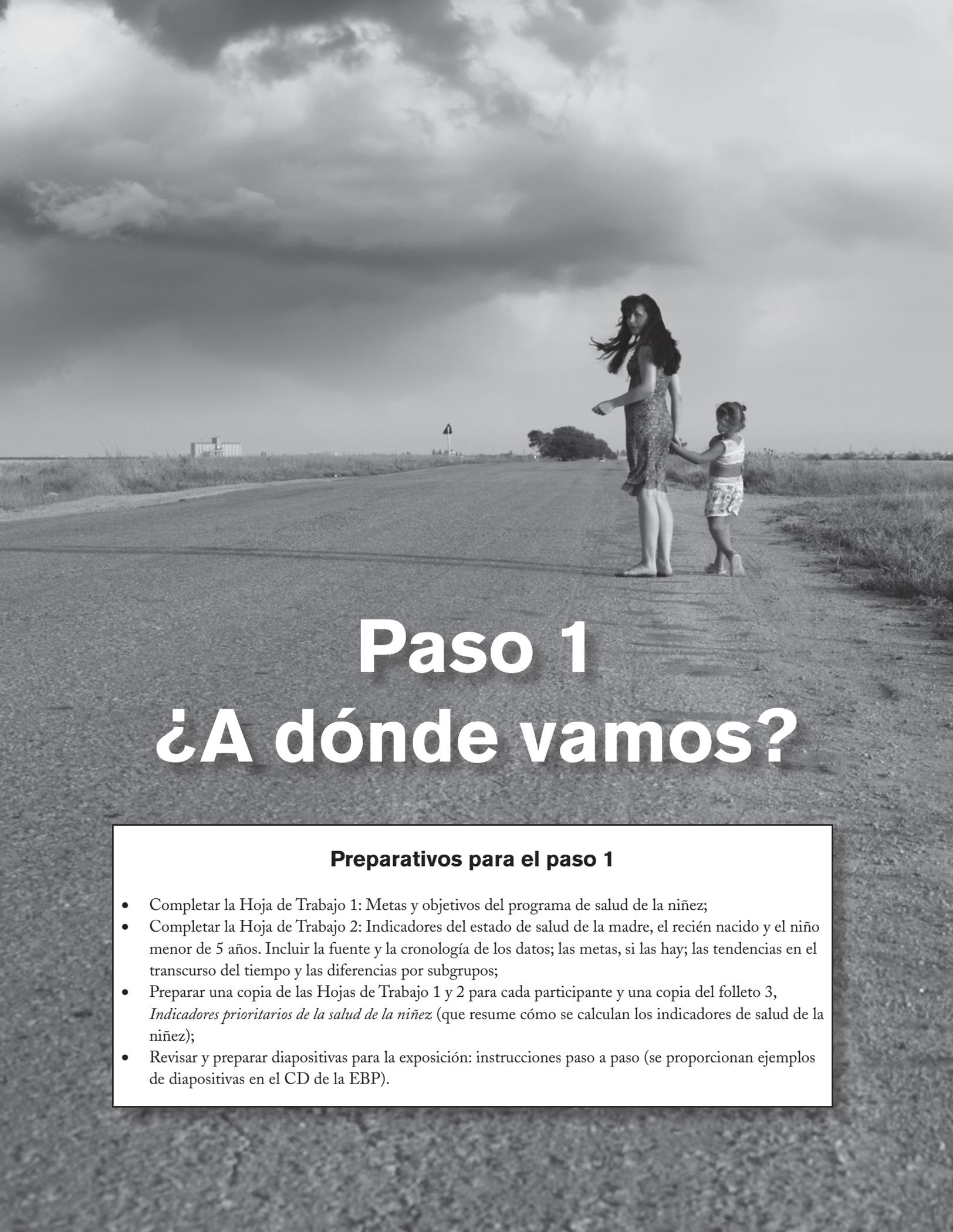
Los siguientes puntos son útiles cuando se facilita la sesión de apertura:

- Después de que el personal del programa haya hecho su exposición, pregunte a los participantes si hay otros temas importantes que piensan que deben ser abordados en la EBP. Se pueden enumerar estos temas en una lista en el rotafolio.
- Entregue a cada participante una copia del folleto 1, *Resumen de la Evaluación Rápida del Programa*; del folleto 2, *Antecedentes para la Planificación en Salud de la Niñez*, y del cronograma establecido para la EBP. Solicíteles que lean los folletos distribuidos en otro momento. Es información básica y útil para llevar a cabo la EBP.
- Haga una breve introducción a los conceptos fundamentales usados en la EBP (use las diapositivas para la exposición proporcionadas, adaptadas para el entorno local).
- Describa brevemente los 7 pasos incluidos en la EBP. Informe a los participantes lo que harán cuando realicen cada paso y cómo les ayudarán los facilitadores (use las diapositivas para la exposición proporcionadas, adaptadas para el entorno local).

- Explique a los participantes que la EBP tomará en cuenta algunos temas problemáticos, que el personal del programa ha definido como importantes. Deje en claro que estos temas tal vez no estén necesariamente incluidos entre los problemas identificados durante el paso 4.
- Presente el cronograma (agenda) establecido para la EBP.
- Solicite al director del programa que presente la conformación de los grupos de trabajo y averigüe si los participantes están de acuerdo. Quizás sea preciso reorganizar los grupos conforme a las sugerencias de los participantes.

Nota: Si antes del inicio de la evaluación, no estaba claro qué personas participarían en ella, tal vez tenga que organizar los grupos ahora, en consulta con todos los participantes. Asegúrese de que los participantes sean asignados a un grupo que concuerde con su área de responsabilidad o competencia. En lo posible, el personal del programa debe estar representado en todos los grupos.

Pregunte a los participantes si tienen otras preguntas y respóndalas antes de continuar con el paso 1.



Paso 1

¿A dónde vamos?

Preparativos para el paso 1

- Completar la Hoja de Trabajo 1: Metas y objetivos del programa de salud de la niñez;
- Completar la Hoja de Trabajo 2: Indicadores del estado de salud de la madre, el recién nacido y el niño menor de 5 años. Incluir la fuente y la cronología de los datos; las metas, si las hay; las tendencias en el transcurso del tiempo y las diferencias por subgrupos;
- Preparar una copia de las Hojas de Trabajo 1 y 2 para cada participante y una copia del folleto 3, *Indicadores prioritarios de la salud de la niñez* (que resume cómo se calculan los indicadores de salud de la niñez);
- Revisar y preparar diapositivas para la exposición: instrucciones paso a paso (se proporcionan ejemplos de diapositivas en el CD de la EBP).

Nota:

Los resultados de los indicadores de resultados, en el transcurso del tiempo, son particularmente útiles para identificar las tendencias. Generalmente, se calculan los indicadores de mortalidad y morbilidad empleando encuestas de hogares con muestras representativas. Si las encuestas han sido realizadas empleando metodologías reconocidas internacionalmente, las probabilidades de que los resultados de los indicadores sean válidos y fiables son mayores. Si se dispone de datos del Sistema de

Información en Salud (SIS), también estos datos pueden ser presentados. Las diferencias entre la información de las encuestas a hogares y los del SIS deben ser discutidas.

Las diferencias según subgrupos de población son útiles para la planificación. Los subgrupos podrían incluir: zonas geográficas, ingresos, sexo y grupo étnico; así como grupos poblacionales más pequeños, como ser huérfanos, refugiados, grupos indígenas y los niños de la calle.

Métodos para calcular los indicadores

Encuestas a hogares

Las encuestas a hogares aportan datos de buena calidad, basados en la población, sobre conocimientos y las prácticas de los cuidadores de niños, relacionados con la prevención y el tratamiento de las enfermedades de los niños pequeños y los recién nacidos; además, brindan información sobre la cobertura de las intervenciones en salud. En los lugares donde no existen sistemas confiables de registro de estadísticas vitales, se requieren encuestas poblacionales con grandes muestras, con el objetivo de calcular las tasas de mortalidad. Las mediciones de la mortalidad, basadas en la población, son fundamentales ya que la mayoría de las defunciones en los países en desarrollo ocurren lejos de los establecimientos de salud (las encuestas más comúnmente realizadas son las Encuestas de Demografía y Salud-ENDESA- las Encuestas de Tres Conglomerados para Indicadores Múltiples -MICS3- del UNICEF). Las encuestas con muestras pequeñas, como ser las encuestas domiciliarias con 30 conglomerados, son más frecuentes que las encuestas con muestras grandes y proporcionan datos sobre la cobertura de las intervenciones y otras mediciones relacionadas con los conocimientos y prácticas de los cuidadores. El tamaño de las

muestras de estas encuestas no es adecuado para hacer cálculos de mortalidad.

Encuestas de establecimientos de salud o de proveedores de servicios de salud

Estas encuestas proporcionan información de buena calidad, sobre las prácticas de manejo de de casos y de la disponibilidad de sistemas de apoyo a los establecimientos de salud. Se aplica un protocolo estandarizado que incluye listas de verificación. Con mayor frecuencia, se efectúan encuestas sobre la Atención Integral a las enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), que no incluyen mediciones o indicadores sobre el manejo de recién nacidos enfermos, atención prenatal o la atención obstétrica. La calidad del manejo de casos de niños enfermos se compara con el “estándar de oro” de AIEPI, para determinar si los niños son atendidos correctamente. La encuesta incluye listas de verificación para medicamentos, equipamiento y suministros. A menudo, también se realizan entrevistas a los cuidadores de los niños y al personal de salud. Se capacita a un equipo de encuestadores, en las metodologías de la encuesta y se efectúan pruebas que permitan lograr que exista un elevado nivel de fiabilidad por parte de los encuestadores, de tal modo que puedan interpretar sus observaciones de la misma manera. Los datos son resumidos como indicadores ‘clave’ basados en los establecimientos de

salud y luego son analizados e interpretados por el equipo local y se planifican acciones de seguimiento. La OMS/CAH y otros organismos han elaborado una herramienta para evaluación de AIEPI en los establecimientos de salud, que se ha validado y empleado en diferentes países. También existe una herramienta para medir la calidad de la atención hospitalaria (se presentan ejemplos de indicadores en el folleto 2).

Sistemas regulares de información

El sistema regular de información, es empleado para recopilar datos de manera periódica, de todos o de la mayoría de los sitios de una determinada área geográfica. Lo ideal es que el sistema regular de información proporcione datos exactos y completos de todos los establecimientos de salud, sobre el número de nacimientos y defunciones (registro de estadísticas vitales); además de los casos atendidos y el tratamiento recibido y datos que permitan calcular la cobertura de la vacunación. Esta descripción ideal es rara vez lograda. En muchos países en vías de desarrollo, las estimaciones de mortalidad son incompletas. Los datos rutinarios a menudo son incompletos y poco fiables. Rara vez se recogen datos relacionados con las definiciones de caso empleados por AIEPI.

Introducción al paso 1

Al inicio de este paso, haga una breve introducción de las tareas que están incluidas en este paso. Emplee las diapositivas que explican paso por paso, que se proporcionan. Adáptelas al contexto local en la etapa de preparación.

El primer paso de la EBP incluye:

- Revisión de los objetivos y metas del programa
- Descripción de los indicadores del estado de la salud materna y de la niñez, que incluye: indicadores que presentan tendencias positivas e indicadores con tendencias negativas; diferencias

significativas entre los indicadores de distintos subgrupos de la población; indicadores para los cuales se necesitan datos; y las limitaciones de los datos.

La revisión de los datos del paso 1 se completará en la sesión plenaria. Estas instrucciones describen las tareas para el paso 1 y brindan asesoramiento para ayudar a facilitar la sesión plenaria.

Tareas para el paso 1

- Tarea 1.1 Revisar los objetivos y metas del programa.
- Tarea 1.2 Revisar los datos disponibles sobre la mortalidad, morbilidad y el estado de nutrición.
- Tarea 1.3 Resumir el desempeño del programa en relación con la reducción de la mortalidad y la morbilidad.

Tarea 1.1

Revisar las metas y objetivos del programa de salud de la niñez

Las metas y objetivos establecen la orientación general del programa de salud de la niñez.

Las intervenciones seleccionadas por el programa deben estar orientadas a alcanzar esos objetivos y metas. Los pasos 2 a 5 evalúan si el programa tiene o no probabilidades de alcanzar sus objetivos y metas y los posibles motivos del éxito o del fracaso.

Cómo facilitar

Trabajo en sesión plenaria - facilitador principal

- Consiga que los participantes lean la Hoja de Trabajo 1, *Metas y objetivos del programa de salud de la niñez*. Esto debería haber sido realizado previamente.
- Solicite a diferentes participantes que lean en voz alta los objetivos y metas del programa. Invite a formular preguntas u observaciones acerca de cada uno.
- Proueva una discusión en relación a, si las metas y objetivos: 1) están claramente redactados; 2) son realistas; 3) son cuantificables. Conversen sobre cómo serán medidos. Si se requiere algún cambio, decidan cuáles serán estos cambios. Redacte cualquier cambio en el rotafolio. Consiga que el grupo llegue a un consenso.

Aspectos que hay que tener en cuenta

- Asegúrese de que las metas y objetivos sean específicos y cuantificables.
- Las diferentes áreas programáticas que forman parte de la salud de la niñez; como ser PAI, nutrición, malaria, pueden tener objetivos independientes en sus planes de trabajo. En lugar de escribir una larga lista de los objetivos de las diferentes fuentes, es más útil resumir los objetivos en categorías generales. Los objetivos específicos, generalmente presentados como indicadores de cobertura, pueden estar incluidos en los planes de implementación. Vea el ejemplo, en la siguiente página, sobre algunos objetivos generales.
- Los objetivos contenidos en los ODM son fijos y no pueden ser modificados. Si ya se han alcanzado los objetivos incluidos en los ODM, o si hay probabilidades de alcanzarlos pronto, puede ser necesario establecer nuevos objetivos para la planificación del programa. En este caso, las metas deberían ser ajustadas considerando valores inferiores, que reflejen lo que se espera que el programa logre.

Metas

Las metas son mejoras a largo plazo en la salud y la supervivencia de la niñez, que se espera lograr con el programa.

Las metas se miden como cambios en el estado de nutrición, la morbilidad o la mortalidad en la niñez (impacto en la salud). Las metas establecen la orientación de todas las actividades del programa. Como requieren cambios en la morbilidad o mortalidad, el logro de las metas puede tomar de 5 a 10 años o más.

Ejemplos de metas

- Para el 2015, reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años a 65/1000 nacidos vivos.
- Para el 2015, reducir la mortalidad infantil a 50/1000 nacidos vivos
- Para el 2015, disminuir la prevalencia de la desnutrición crónica (talla para la edad <-2 DE) al 25%, en los niños menores de 5 años de edad.

Objetivos

Los objetivos son los cambios a mediano plazo en la cobertura de las intervenciones que se espera lograr con el programa.

Se prevé que, a medida que se aplique el programa, los objetivos se modificarán en el corto o mediano plazo (cada uno o dos años). Si no se alcanzan los objetivos, es improbable que, a largo plazo, se produzcan reducciones de la morbilidad y la mortalidad de la niñez y, por lo tanto, las metas del programa no serán alcanzadas.

Ejemplos de objetivos

Generales

- Aumentar la cobertura de las intervenciones para prevenir y tratar la neumonía, la diarrea, la malaria, los problemas de los recién nacidos y la desnutrición, mediante la mejora de la calidad de los servicios basados en la comunidad y en los establecimientos de salud y la educación en salud.
- Fortalecer la capacidad del sistema de salud para una gestión adecuada y para la entrega de prestaciones de salud de elevada calidad, en los establecimientos de salud.

Específicos

- Aumentar la proporción de menores de seis meses que son exclusivamente amamantados
- Aumentar la proporción de embarazadas que recibieron 2 o más inmunizaciones contra el tétanos durante el embarazo
- Aumentar la proporción de niños con diarrea en las 2 semanas anteriores, que recibieron terapia de rehidratación oral

Tarea 1.2

Revisar los datos disponibles sobre la mortalidad, morbilidad y el estado de nutrición

Como la EBP es realizada con el propósito de apoyar la planificación cada uno o dos años, no siempre se esperarán cambios en la mortalidad, morbilidad y el estado de nutrición, ya que estos cambios son las metas del programa a más largo plazo. Las encuestas de hogares con muestras grandes y representativas (como las encuestas ENDESA) que generalmente se efectúan cada cinco años, realizan el cálculo de las tasas de mortalidad. Cuando se cuenta con información de este tipo de encuestas, es importante revisar estos datos. Aún cuando no se disponga de datos recientes, es útil revisar la información sobre mortalidad para:

- ✓ Recordar a los participantes las metas a largo plazo del programa;
- ✓ Destacar las diferencias entre distintos subgrupos de la población;
- ✓ Ayudar a que el programa se enfoque hacia las causas más importantes de mortalidad y morbilidad.

Cómo facilitar

Trabajo en sesión plenaria - facilitador principal

- Entregue a los participantes la Hoja de Trabajo 2: *Indicadores del estado de salud de la madre, el recién nacido y el niño menor de 5 años.*
- Explique cómo le gustaría que los participantes revisen cada indicador (escribir esto en el rotafolio).
 - ¿Se dispone de datos?
 - El valor de la medición ¿es alto o bajo? Se determina si el valor es alto o bajo al compararlo con algo; por ejemplo:

- ✓ Los resultados de una evaluación anterior;
- ✓ Lo que el director u otras personas del programa esperaban encontrar;
- ✓ Lo que se ha sido encontrado mediante el monitoreo o supervisión de rutina;
- ✓ Las metas nacionales/locales del programa.

- ¿Se ha alcanzado la meta?
- ¿Cuáles son las tendencias en el transcurso del tiempo?
- ¿Hay diferencias entre subgrupos?
- ¿Existen vacíos en los datos? ¿Cómo se podrían recopilar los datos faltantes?
- Considere la posibilidad de propiciar una lluvia de ideas sobre cuáles son los subgrupos de la población más vulnerables y cómo se podría recopilar datos de estos grupos.
- ¿Existen problemas con la calidad de los datos? ¿Son los datos sean válidos y confiables? ¿Son representativos de la población de interés?

- Revisar los indicadores de salud uno por uno. Solicite a los participantes que revisen, primero, los indicadores de la Hoja de Trabajo 2, empleando los criterios señalados anteriormente. Procure llegar a un consenso con respecto a:

- ✓ El resultado del indicador es positivo (las tasas son bajas; la tendencia en el transcurso del tiempo es descendente; se han alcanzado las metas).
- ✓ El resultado del indicador es negativo (las tasas son elevadas; la tendencia en el transcurso del tiempo es ascendente o estática; no se han alcanzado las metas; algunos subgrupos tienen una cobertura baja en comparación con otros).
- ✓ Las áreas donde se necesitan datos (describir cómo se recogerán los datos en el futuro).

Esta sesión puede ser dirigida por directores del programa u otras personas con experiencia en el examen de los datos. Si se cuenta con otros datos

que puedan ayudar a explicar o aclarar los cuadros, pueden ser presentados durante la evaluación.

- Solicite a los participantes que resuman los hallazgos en la Hoja de Trabajo 2 de la siguiente manera:

Colocando una marca (✓) en los indicadores con resultados positivos

Las tendencias son descendentes

Se han alcanzado las metas

Colocando una cruz en los indicadores con resultados negativos

Las tendencias son ascendentes o estáticas

No se han alcanzado las metas

Hay diferencias entre subgrupos

Sombreado los indicadores cuando se necesitan datos

Describir cómo se recopilarán estos datos en el futuro.

Indicadores de salud materna y del recién nacido y posibles fuentes de información

Datos requeridos	Mediciones	Fuente
Mortinatos	Tasa de mortinatalidad	Encuestas de Demografía y Salud (ENDESA)
	Causas de muerte	Datos de los establecimientos de salud, cuando más de 90% de los partos ocurren en los establecimientos Estudios basados en la población
Mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad neonatal Mortalidad neonatal como proporción de la tasa de mortalidad infantil y de la tasa de mortalidad del menor de 5 años Tendencias de la tasa de mortalidad neonatal Tasa de mortalidad neonatal temprana y tardía: en el primer día de vida; de 2 a 7 días; de 8 a 28 días	ENDESA Registros vitales de los establecimientos de salud, cuando más de 90% de los neonatos son atendidos en los establecimientos (si bien los registros vitales generalmente subestiman las defunciones de los recién nacidos, a pesar de que informan 90% de las defunciones de adultos)
	Causas de muerte Las causas más importantes de muerte son: septicemia/neumonía, tétanos, asfixia perinatal, complicaciones del parto prematuro, anomalías congénitas	Datos de los establecimientos de salud, cuando más de 90% de los recién nacidos son atendidos en los establecimientos Estudios de autopsias verbales (entrevistas a familiares y personal médico), basados en la población
Mortalidad Materna	Razón de mortalidad materna	Registros vitales de los establecimientos de salud, cuando más de 90% de las madres son atendidas en los establecimientos (si bien los registros vitales generalmente subestiman las defunciones maternas) Encuestas basadas en la población
	Causas de muerte	Datos de los establecimientos de salud, cuando más de 90% de las madres son atendidas en los establecimientos
Peso bajo al nacer	Prevalencia del peso bajo al nacer Prevalencia de nacimientos pre-término	ENDESA MICS de UNICEF Datos de los establecimientos de salud, cuando más de 90% de los partos son atendidos en los establecimientos Encuestas basadas en la población
Embarazo de adolescentes	Proporción de madres que son adolescentes	ENDESA MICS
Infecciones maternas	Prevalencia de infección por VIH, sífilis, malaria y tuberculosis en mujeres atendidas en los consultorios de atención prenatal	Información de los consultorios

Indicadores de salud de lactantes y niños menores de 5 años y posibles fuentes de información

Datos requeridos	Mediciones	Fuente
Mortalidad infantil	Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) Mortalidad infantil como proporción de la mortalidad de menores de 5 años Tendencias de la tasa de mortalidad infantil	ENDESA Registros vitales de los establecimientos de salud, cuando más de 90% de los lactantes son atendidos en los establecimientos
	Causas de muerte	Datos de los establecimientos de salud, cuando más de 90% de los lactantes son atendidos en los establecimientos Estudios de autopsias verbales, basados en la población
Mortalidad de la niñez	Tasa de mortalidad de menores de 5 años Tendencias de la tasa de mortalidad de menores de 5 años	ENDESA Registros vitales de los establecimientos de salud, cuando más de 90% de los menores de 5 años son atendidos en los establecimientos
	Causas de muerte Las causas más importantes de muerte son: neumonía, diarrea, malaria, sarampión, infección por VIH, desnutrición	Datos de los establecimientos de salud cuando más de 90% de los menores de 5 años son atendidos en los establecimientos Estudios de autopsias verbales, basados en la población
Morbilidad de la niñez	Prevalencia de enfermedades de menores de 5 años: neumonía, diarrea, malaria, sarampión (generalmente medida como prevalencia en 2 semanas)	ENDESA
	Prevalencia de la infección por el VIH entre los niños sometidos a las pruebas	Resultados de las pruebas efectuadas
Desnutrición	Prevalencia del peso bajo para la talla (puntuación z menor a -2) Prevalencia de la talla baja para la edad (puntuación z menor a -2) Prevalencia del peso bajo para la edad (puntuación z menor a -2)	ENDESA Encuestas nutricionales basadas en la población
Deficiencias de micronutrientes	Prevalencia de xeroftalmía Prevalencia de retinol sérico bajo Prevalencia de anemia (Hb < 10g/dl)	Encuestas basadas en la población. Es necesaria la recolección de muestras y análisis de laboratorio para la determinación de las concentraciones séricas Encuestas basadas en los establecimientos cuando la cobertura abarca al 90% de la población 'objetivo'

Tarea 1.3

Resumir el desempeño del programa en relación con la reducción de la morbilidad y la mortalidad

La tarea final consiste en resumir los hallazgos de la revisión de los datos sobre impacto y lograr un consenso en cuanto a los resultados positivos y negativos.

Cómo facilitar

Trabajo en la sesión plenaria - facilitador principal

- Emplee dos hojas de rotafolio, una para los indicadores en los que el programa actualmente está haciendo lo suficiente y otra para los indicadores que deben ser mejorados. Escriba los indicadores en cada hoja, una vez que se llegue a un consenso acerca de la hoja en la cual deben ser escritos. Asignar a un facilitador la función de relator.

O

Ingrese los resultados directamente en un archivo de computadora; utilice el proyector para que el grupo pueda ver los resultados a medida que son ingresados. Asignar a un facilitador la función de relator.

- Con el grupo grande, revise uno por uno cada indicador y solicite sugerencias a los participantes. Procure que los participantes lleguen a un consenso. En relación con cada indicador, se debe decidir si:

1. El programa actualmente está haciendo lo suficiente para mejorar los valores de los indicadores de salud

Para ser incluidos en esta categoría, los indicadores deben satisfacer uno o más de los siguientes criterios:

- Se han alcanzado las metas;
- Existe una tendencia descendente, en el transcurso del tiempo, y se está avanzando hacia el logro de las metas;
- No se observan grandes diferencias entre los distintos subgrupos de población.

2. El programa necesita hacer más para mejorar los valores de los indicadores de salud

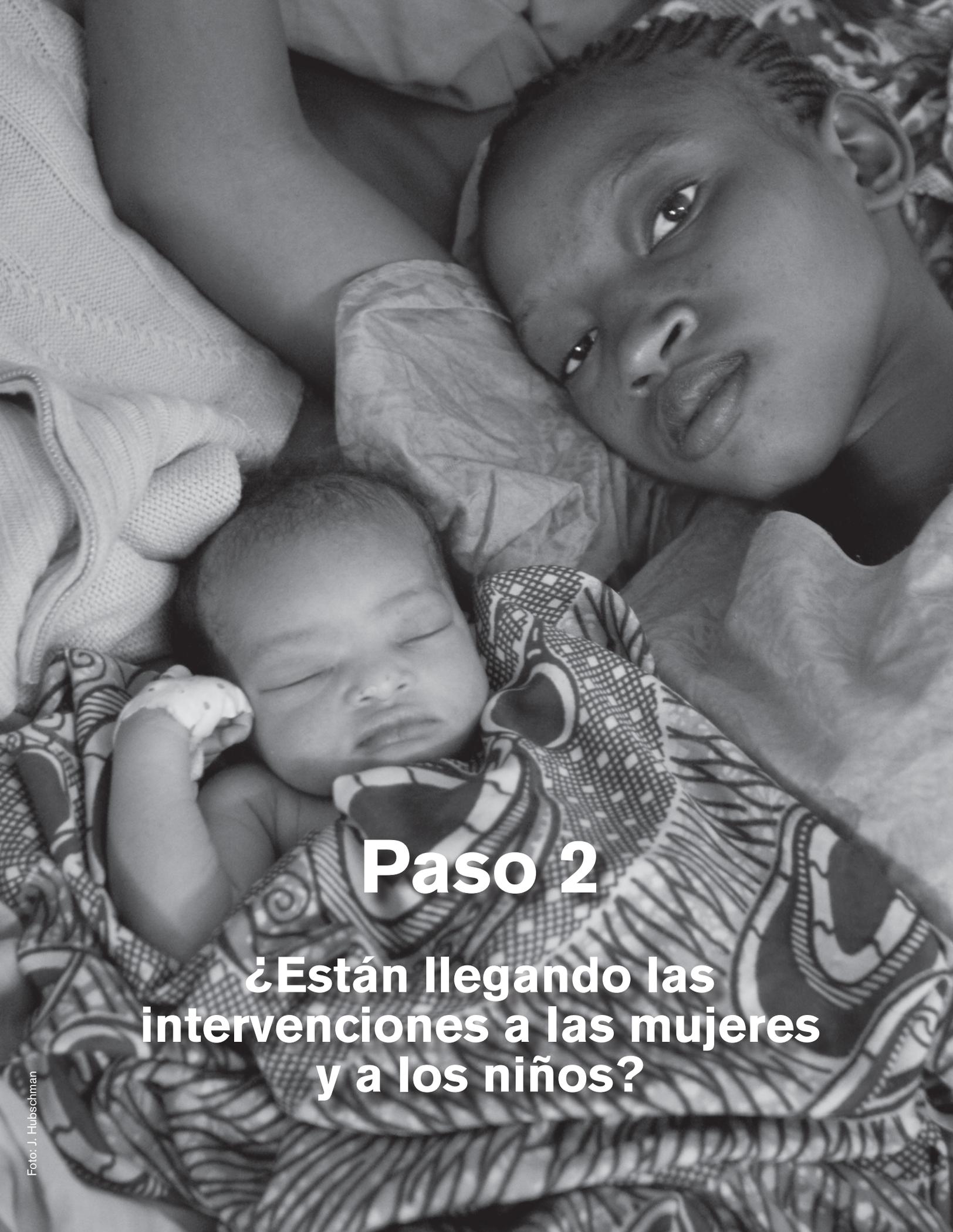
Para ser incluidos en esta categoría, los indicadores deben satisfacer uno o más de los siguientes criterios:

- No se han alcanzado las metas;
- No existe una tendencia descendente y no se está avanzando hacia el logro de las metas;
- Se observan grandes diferencias entre los distintos subgrupos de población;
- No se cuenta con datos que permitan tomar una decisión fundamentada.

- Solicite a los participantes que anoten los hallazgos en la hoja de resumen, proporcionada con las Hojas de Trabajo, para que puedan consultarlos durante toda la evaluación.

Responsabilidades del facilitador principal al final de Paso 1

- Introducir todos los hallazgos de la evaluación de las Hojas de Trabajo 1 y 2, en las plantillas de computadora, incluyendo las correcciones y actualizaciones de datos.
- Registrar el resumen del desempeño del programa en relación con los indicadores de salud.



Paso 2

¿Están llegando las intervenciones a las mujeres y a los niños?

Preparativos para el paso 2

- Finalizar la conformación de los grupos pequeños de trabajo.
- Completar las Hojas de Trabajo 3 y 4.
 Hoja de Trabajo 3: *Intervenciones de salud de la niñez y cómo son brindadas*
 Hoja de Trabajo 4: *Indicadores de cobertura para la salud de la niñez*
- Sacar copias de las Hojas de Trabajo 3 y 4 para cada participante.
- Sacar copias del plan estratégico o de los documentos de análisis de la situación para usarlas cuando se revisen las intervenciones y cómo estas son brindadas a la población. Si fuera necesario, obtenga copias de los datos de las encuestas poblacionales y del Sistema de Información en Salud, para que sean consultadas por los grupos.
- Revisar y preparar las diapositivas para la exposición - instrucciones paso por paso (se proporcionan ejemplos de diapositivas en el CD de la EBP).
- Revisar y preparar plantillas de computadora, para que los grupos resuman los resultados de las discusiones en grupo (se proporcionan plantillas en el CD de la EBP).
- Si se van a realizar visitas en terreno:
 - Organizar la logística y el transporte para el final del paso 2. Para el regreso, asignar tiempo que permita recopilar los hallazgos e incluirlos en el resumen del paso 2.

Introducción al paso 2

Durante este paso, los participantes evalúan las intervenciones incluidas en el programa de salud de la niñez y cómo se llevan a cabo. Luego, examinan los indicadores de la cobertura de salud de la niñez y deciden cuáles son las intervenciones que necesitan más atención. El facilitador ayuda al trabajo en grupo, que puede complementarse con conversaciones individuales.

Tareas para el paso 2

Las tareas que deben ser completadas en el paso 2 de la EBP son:

- Tarea 2.1 Describir las actuales intervenciones de salud de la niñez y cómo son provistas.
- Tarea 2.2 Revisar y resumir los datos de cobertura de las intervenciones de salud de la niñez, empleando los indicadores disponibles.
- Tarea 2.3 Resumir el desempeño del programa en relación con la mejora de la cobertura de las intervenciones.

Intervenciones de salud de la niñez

Las intervenciones de salud de la niñez comprenden al manejo de casos, tecnologías y comportamientos clave para la salud orientados a prevenir o tratar las enfermedades y a reducir las defunciones de niños menores de 5 años. Ejemplos de manejo curativo son los tratamientos con antimicrobianos para las enfermedades infecciosas y las sales de rehidratación oral para la diarrea. Los ejemplos de manejo preventivo incluyen suplementación con micronutrientes y los medicamentos antimaláricos administrados de manera profiláctica. Las tecnologías de salud incluyen las vacunaciones y los mosquiteros. Entre los ejemplos de comportamientos clave para la salud se incluyen a la alimentación apropiada (lactancia materna, alimentación complementaria partir de los 6 meses de edad), el lavado de manos y la búsqueda de atención para las enfermedades. Por lo general, las intervenciones son implementadas mediante una combinación de: a) servicios (para proporcionar intervenciones preventivas y curativas); b) educación en salud (para mejorar los conocimientos y comportamientos); c) distribución de productos básicos esenciales (como mosquiteros); y d) infraestructura sanitaria básica (como ser agua potable y letrinas).

Una intervención es eficaz cuando se ha comprobado que reduce las defunciones de niños en condiciones controladas (en una investigación).

Una intervención es efectiva cuando se ha comprobado que reduce las defunciones de niños en las condiciones de la vida real (en programas).

La cobertura de la intervención equivale a la proporción de niños menores de 5 años (o de sus madres, durante el embarazo) que ha recibido la intervención apropiadamente.

Para determinar si las intervenciones son eficaces y efectivas, se las somete individualmente a pruebas, con el propósito de medir su impacto sobre la

mortalidad general. Sin embargo, en el mundo real, no es práctico ejecutar intervenciones en forma aislada o individual. En cambio, generalmente se capacita al personal de salud para llevar a cabo varias intervenciones juntas en un “paquete”. Los habituales módulos de capacitación, que combinan varias intervenciones incluyen: PAI (se administran varias vacunas al mismo tiempo; en algunos casos se agregan el suministro de vitamina A y la desparasitación. Las vacunas más nuevas, como la vacuna contra Hib, pueden ser incorporadas en los programas de vacunación existentes); la atención postnatal (intervenciones para prevenir o tratar problemas en el período neonatal, las que todas son aplicadas por el mismo trabajador de salud, en lugar de ser efectuadas por separado); AIEPI (se enseña al personal de salud que trata a los niños a manejar, al mismo tiempo, la diarrea, neumonía, malaria y la desnutrición). En el folleto 2, *Antecedentes para la Planificación en Salud de la Niñez*, se resumen las intervenciones efectivas para la salud de la niñez y los paquetes de intervenciones.

Existen siete paquetes habituales de intervenciones:

1. Atención durante el embarazo (atención prenatal);
2. Atención durante el trabajo de parto, parto y las primeras 1 o 2 horas inmediatamente posteriores al nacimiento;
3. Atención de emergencias obstétricas;
4. Atención durante el período post-natal (desde las 1 o 2 horas posteriores al nacimiento hasta los 28 días de vida);
5. Manejo de las enfermedades del recién nacido y de los niños menores de 5 años;
6. Promoción, en las comunidades, de comportamientos óptimos para el cuidado de los recién nacidos y de los niños menores de 5 años;
7. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Tarea 2.1

Describir las actuales intervenciones de salud de la niñez y cómo son provistas.

Cada grupo pequeño examina una etapa diferente del proceso de continuo de cuidado (embarazo, nacimiento y el período post-natal inmediato; período neonatal; lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad). Refiera al folleto 2, *Antecedentes para la Planificación en Salud de la Niñez*, para obtener información sobre las intervenciones y los paquetes de intervenciones.

Cómo facilitar

Trabajo en grupos pequeños: un facilitador por grupo

- Entregue a los participantes la Hoja de Trabajo 3: *Intervenciones de salud de la niñez y cómo son provistas*.
- Designe a un participante como relator. El relator introducirá todos los resultados en la plantilla de la Hoja de Trabajo 3 en la computadora. Si es posible, se contará con un proyector para que cada grupo pueda ver los resultados a medida que son ingresados. Además, todos los participantes completarán su propia Hoja de Trabajo 3.
- Revisar la Hoja de Trabajo 3, *Intervenciones de salud de la niñez y cómo son provistas*.

Revisar y discutir cada una de las intervenciones. En relación a cada una, determinar:

- Si actualmente la intervención está siendo provista, o entregada a la población objetivo.
- En qué niveles, actualmente, la intervención está siendo provista.

¿Las intervenciones son provistas en todos los niveles del proceso de continuo de cuidado del sistema de salud (hogar y la comunidad; establecimientos de primer nivel; establecimientos de referencia)?

- En caso de que el personal de salud sea capacitado para aplicar dos o más intervenciones al mismo tiempo (paquete de intervenciones). Describir los cursos de capacitación actuales.
- Si las intervenciones son implementadas en todas las regiones y distritos o, por el contrario, si su disponibilidad es limitada. Describir cuáles intervenciones están disponibles.

Vea los ejemplos de la Hoja de Trabajo 3 llena, en las páginas siguientes.

- Resuma los resultados en la Hoja de Trabajo 3:

Colocando una marca en las intervenciones que están actualmente incluidas en el programa.

Sombreado las intervenciones que actualmente no están siendo implementadas en todos los niveles del sistema de salud y que deben ser implementadas en otros niveles.

Colocando un asterisco junto a las intervenciones que tienen un alcance geográfico limitado.

- Determinar si existen otras intervenciones que han sido adoptadas por el programa, que deben ser añadidas en la lista. En ese caso, escríbalas en el espacio de la tabla proporcionadas y complete la información para la nueva intervención.

EJEMPLO DE LA HOJA DE TRABAJO 3: Intervenciones de salud de la niñez y cómo son provistas

LACTANTES Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Intervenciones	¿Está incluida en el programa? En caso afirmativo, marcar la casilla correspondiente	Nivel en el cual se provee la intervención Marcar los niveles			¿Es implementada mediante un paquete de capacitación con una o varias otras intervenciones? Especificar el paquete o paquetes	¿Se aplica en todas las zonas o solo en algunas?; especificar
		Hogar y comunidad	Establecimiento de primer nivel	Establecimiento de referencia		
Intervenciones preventivas						
Lactancia materna exclusiva (<6 meses)	X	X	X	X	AIEPI Clínico, AIEPI Comunitario (AIEPI-C) ¹ , Vigilancia y promoción del crecimiento	*Distritos AIEPI-5/8 AIEPI-C -3/8 Vig. y prom. crecim. -8 /8
Alimentación complementaria segura y apropiada con lactancia materna prolongada (al menos hasta los 2 años de edad)	X	X	X	X	AIEPI, AIEPI-C, Vigilancia y promoción del crecimiento	*Distritos AIEPI-5/8 AIEPI-C -3/8 Vig. y prom. crecim. -8/8
Mosquiteros impregnados con insecticida	X	X			AIEPI-C	*3/8 distritos
Vacunación (BCG, contra la hepatitis B, DPT, vacuna antipoliomielítica oral, antisarampionosa, contra Hib)	X	X	X	X	PAI	8/8 distritos
Suplementación con vitamina A	X	X	X	X	AIEPI, AIEPI-C, PAI	*AIEPI-5/8 AIEPI en la com. -3/8 PAI-8/8
Agua, saneamiento, higiene	X	X			AIEPI en la comunidad	*AIEPI-C -3/8
Espaciamiento intergenésico ≥ 24 meses	X	X	X	X	AIEPI-C, atención prenatal, atención post-natal	*AIEPI-C -3/8 Atención prenatal y post-natal -8/8

¹ AIEPI Comunitario = promoción en la comunidad de comportamientos óptimos para el cuidado del recién nacido y el niño pequeño.

EJEMPLO DE LA HOJA DE TRABAJO 3: Intervenciones de salud de la niñez y cómo son provistas

LACTANTES Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Intervenciones	¿Está incluida en el programa? En caso afirmativo, marcar la casilla correspondiente	Nivel en el cual se provee la intervención			¿Es implementada mediante un paquete de capacitación con una o varias otras intervenciones? Especificar el paquete o paquetes	¿Se aplica en todas las zonas o solo en algunas?; especificar
		Marcar los niveles				
Intervenciones de tratamiento						
Hogar y comunidad	Establecimiento de primer nivel	Establecimiento de referencia				
Terapia de rehidratación oral para la diarrea	X	X	X	X	AIEPI Clínico Manejo de casos en la comunidad AIEPI-C	* AIEPI 5/8 Manejo de casos en la comunidad -2/8 AIEPI-C -3/8
Zinc para diarrea	X	X	X	X	AIEPI Clínico Manejo de casos en la comunidad AIEPI-C	* AIEPI -5/8 Manejo de casos en la comunidad -2/8 AIEPI-C -3/8
Antibióticos para la disentería	X		X	X	AIEPI Clínico AIEPI-C	* AIEPI -5/8 AIEPI-C -3/8
Antibióticos para la neumonía	X		X	X	AIEPI Clínico AIEPI-C	* AIEPI -5/8 AIEPI-C -3/8
Medicamentos antimaláricos	X		X	X	AIEPI Clínico Manejo de casos en la comunidad AIEPI-C	* AIEPI -5/8 Manejo de casos en la comunidad -2/8 AIEPI-C -3/8
Manejo de la desnutrición grave	X		X	X	Módulos de capacitación sobre la desnutrición grave	Establecimientos designados como centros de tratamiento
Manejo de de niños expuestos/infectados por VIH	X		X	X	PTMI, ² AIEPI-C	* PTMI -50% del personal fue capacitado AIEPI-C -3/8 distritos

² PTMI = prevención de la transmisión materno-infantil del VIH.

Tarea 2.2

Revisar y resumir los datos de cobertura de las intervenciones de salud de la niñez

Para medir la cobertura de las intervenciones, se emplean *indicadores basados en la población*. La mejora de las coberturas se requiere de cambios en cuanto a: prácticas de cuidado en el hogar, para prevenir o tratar enfermedades de los recién nacidos y los niños menores de 5 años; la demanda hacia de los servicios preventivos, como ser vacunas y los suplementos de vitamina A; la búsqueda apropiada de atención para las enfermedades. Los indicadores basados en la población son medidas aproximadas para medir el progreso hacia el impacto; sin mejoras de la cobertura de las intervenciones, es improbable que exista el impacto a largo plazo sobre la mortalidad.

Cada grupo pequeño revisa una etapa diferente del proceso de continuo de la cuidado (embarazo, nacimiento y el período post-natal inmediato; período neonatal; lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad).

Cómo facilitar

Trabajo en grupos pequeños: un facilitador por grupo

- Entregue a los participantes la Hoja de Trabajo 4: *Indicadores de cobertura de salud de la niñez*.
- Designe a un participante como relator. El relator introducirá todos los resultados en la plantilla de la Hoja de Trabajo 4, en la computadora. Si es posible, se contará con un proyector para que cada grupo pueda ver los resultados a medida que son ingresados. Además, todos los participantes completarán su propia Hoja de Trabajo 4.
- Explique cómo le gustaría que los participantes revisen cada medición (escriba esto en el rotafolio).

- ¿Se dispone de datos?
- ¿El resultado de la medición es alto o bajo? Se determina si es alto o bajo al comparar el resultado con otro, por ejemplo:
 - ✓ Con el resultado de una evaluación anterior;
 - ✓ Con lo que el director u otras personas del programa esperaban encontrar;
 - ✓ Con lo que se ha encontrado mediante el monitoreo o supervisión de rutina;
 - ✓ Con las metas nacionales/locales del programa.
- ¿Se ha alcanzado la meta?
- ¿Cuáles son las tendencias en el transcurso del tiempo?
- ¿Existen diferencias entre los subgrupos?
- ¿Existen vacíos en los datos? ¿Cómo se podrían recopilar los datos faltantes?
- Considere la posibilidad de propiciar una lluvia de ideas sobre cuáles subgrupos de la población son los más vulnerables y cómo se podrían recopilar datos sobre estos grupos.
- ¿Existen problemas con la calidad de los datos? ¿Son los datos válidos y confiables? ¿Son representativos de la población en la cual usted está interesado?
- Revise los indicadores de cobertura uno por uno. Pida a los participantes que revisen primero los indicadores de la Hoja de Trabajo 4, usando los criterios que han sido descritos anteriormente. Procure llegar a un consenso en relación a:
 - ✓ El indicador tiene un resultado positivo (las tasas son altas; la tendencia en el transcurso del tiempo es ascendente; se han alcanzado las metas).
 - ✓ El indicador tiene un resultado negativo (las tasas son bajas; la tendencia en el transcurso del tiempo es descendente o estática; no se han alcanzado las metas; algunos subgrupos

tienen una cobertura baja en comparación con otros).

- ✓ Las áreas donde se necesitan datos (describir cómo se recogerán datos en el futuro).

Si se necesita información a partir de la ENDESA o de otras fuentes adicionales, que contribuyan a explicar o aclarar las tablas, los grupos pueden consultar estos datos. Cada grupo debe contar los resultados de las encuestas poblacionales, como referencia.

- Solicite a los participantes que resuman los resultados en la Hoja de Trabajo 4:

Colocando una marca (✓) en los indicadores con resultados positivos

La cobertura es alta; las tendencias son ascendentes
Se han alcanzado las metas

Colocando una cruz en los indicadores con resultados negativos

La cobertura es baja; las tendencias son descendentes o estáticas

No se han alcanzado las metas

Existen diferencias significativas entre subgrupos

Sombreado las casillas correspondientes en los indicadores que necesitan datos

Describa cómo se recopilarán datos en el futuro

- Si el programa no realizó ninguna encuesta, tal vez no exista ningún indicador reciente basado en la población. En este caso, se pueden usar los datos de rutina, si los hay. En algunos casos quizás no se disponga de datos válidos y confiables que permitan hacer una evaluación del programa. No obstante, los participantes deben tratar de realizar una evaluación cualitativa del avance, empleando otras fuentes disponibles de datos, como ser los informes de supervisión.

Indicadores de cobertura de salud de la niñez y posibles fuentes de datos

Período	Intervención	Medición de la cobertura	Fuentes de datos	Datos de apoyo
Embarazo	Atención prenatal adecuada	% de madres que recibió al menos 4 visitas de atención prenatal	ENDESA, encuestas domiciliarias con 30 conglomerados Encuestas de provisión de servicios (calidad de la atención prenatal)	Intervenciones de atención prenatal realizadas
	Aplicación de toxoide tetánico a todas las embarazadas	% de madres que recibió 2 o más dosis de toxoide tetánico (TT) durante el embarazo	ENDESA, MICSMICS), encuestas domiciliarias con 30 conglomerados	Brecha entre la atención prenatal y la cobertura con 2 o más dosis de TT
		% de recién nacidos protegidos contra el tétanos al nacer		
	Suplementación con hierro	% de madres que recibió suplementos de hierro durante el embarazo	ENDESA, MICS, encuestas domiciliarias con 30 conglomerados	Estudios sobre el cumplimiento de la suplementación con hierro
	Prevención de la malaria	% de embarazadas que la noche previa durmió bajo un mosquitero impregnado con insecticida	ENDESA, MICS, encuestas domiciliarias con 30 conglomerados	
	Tratamiento presuntivo intermitente (TPI) con antimaláricos	% de madres que recibió al menos 1 dosis de TPI (sulfadoxina/ pirimetamina)	ENDESA Datos de los establecimientos	
	Orientación y pruebas voluntarias para detectar la infección por el VIH y para la prevención de la transmisión materno-infantil	% de madres VIH positivas que recibió tratamiento profiláctico con antirretrovirales	Datos de los consultorios	Disponibilidad de antirretrovirales y sistema logístico
Trabajo de parto y parto	Todos los partos son atendidos por personal calificado para la atención del parto	% de partos asistido por personal calificado % de partos en el hogar/ proporción de partos institucionales	ENDESA, MICS, encuestas domiciliarias con 30 conglomerados	Trabajos de parto con partogramas completos Personal capacitado en reanimación del recién nacido
	Identificación y tratamiento de emergencias maternas, como ser eclampsia y parto obstruido	% de embarazos en el área rural que culminaron en cesárea	ENDESA	Establecimientos con disponibilidad de equipamiento y suministros esenciales para la atención de emergencias obstétricas

Continúa

Indicadores de cobertura de salud de la niñez y posibles fuentes de datos (Continuación)

Período	Intervención	Medición de la cobertura	Fuentes de datos	Datos de apoyo
Inmediatamente después del nacimiento (1-2 horas)	Prevención de la hipotermia	% de bebés que fueron secados y, envueltos (y no bañados) inmediatamente después del nacimiento	ENDESA, MICS, encuestas domiciliarias con 30 conglomerados	
	Cuidado e higiene apropiados del cordón	% de bebés a quienes se cortó el cordón con un instrumento limpio		
	Inicio inmediato de la lactancia materna	% de madres que inició el amamantamiento durante la primera hora después del nacimiento		
		% de bebés que recibieron alguna alimentación pre-láctea (antes del inicio de la lactancia materna)		
Período post-natal/neonatal Desde 1 a 2 horas después del nacimiento hasta los 28 días de edad	Visita de atención post-natal	% de madres/recién nacidos que tuvieron contacto con el servicio de de salud durante la 1. ^a semana de vida del niño	ENDESA, MICS, encuestas domiciliarias con 30 conglomerados	Visitas en las primeras 24 horas y en los primeros 3 días después del nacimiento
	Lactancia materna exclusiva	% de madres que no dieron a sus hijos nada más que leche materna durante los 3 primeros días después del nacimiento	ENDESA y MICS	
		% de lactantes de 0 a 28 días de edad que son amamantados exclusivamente	ENDESA	
Lactantes y niños menores de 5 años de edad	Lactancia materna exclusiva	% de menores de 6 meses amamantados exclusivamente	ENDESA y MICS	Datos cualitativos sobre obstáculos para la lactancia materna
	Alimentación complementaria apropiada	% de lactantes de 6 a 9 meses de edad que reciben lactancia materna y alimentación complementaria apropiada	ENDESA y MICS	Datos cualitativos sobre prácticas locales de alimentación

Indicadores de cobertura de salud de la niñez y posibles fuentes de datos (Continuación)

Período	Intervención	Medición de la cobertura	Fuentes de datos	Datos de apoyo
Lactantes y niños menores de 5 años de edad (Continuación)	Suplementación con micronutrientes	% de niños que recibió una dosis de vitamina A en los 6 meses previos	ENDESA y MICS Estudios especiales (las mediciones de la anemia requieren disposiciones especiales para la toma de muestras de sangre)	Cobertura de la administración de mebendazol, cuando la desparasitación es una estrategia para prevenir la anemia
		% de niños que viven en hogares donde se usa sal yodada (15+ ppm)		
	Inmunizaciones contra enfermedades prevenibles por vacunación	% de niños de 12 a 23 meses de edad vacunado contra el sarampión antes de cumplir los 12 meses de edad	ENDESA y MICS Encuestas de cobertura Datos de cobertura basados en los establecimientos	Cobertura con otros antígenos: vacuna antipoliomielítica oral, DPT, contra la hepatitis B, contra Hib3
	Prevención de la malaria	% de niños que durmió la noche previa bajo un mosquitero impregnado con insecticida	ENDESA y MICS Estudios especiales Vigilancia comunitaria	Datos cualitativos; precios, distribución, impregnación de mosquiteros
	Tratamiento antimalárico	% de niños con fiebre que recibió medicamentos antimaláricos apropiados	ENDESA y MICS Datos de vigilancia comunitaria	Datos cualitativos sobre obstáculos para el reconocimiento de la enfermedad, tratamiento en el hogar y la búsqueda ayuda para la atención
	Búsqueda de atención para la neumonía	% de niños con probable neumonía llevado al proveedor de servicios apropiado		
	Tratamiento con antibióticos para probable neumonía	% de niños con probable neumonía que recibieron antibióticos apropiados		
	Rehidratación oral para la diarrea	% de niños con diarrea que recibió terapia de rehidratación oral (TRO)		
Uso de zinc para el tratamiento de la diarrea	% de niños con diarrea que recibió TRO y tratamiento apropiado con zinc			

Tarea 2.3

Resumir el desempeño del programa en relación con la mejora de la cobertura de las intervenciones

Cada grupo pequeño revisa una etapa diferente del proceso de continuo de cuidado (embarazo, nacimiento y período post-natal inmediato; período neonatal: lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad).

Cómo facilitar

1. Trabajo en grupos pequeños —un facilitador por grupo

- Use dos hojas de rotafolio: una hoja para los indicadores que muestran que el programa actualmente está funcionando apropiadamente; la otra, para los indicadores que el programa necesita mejorar. Escriba los indicadores en cada hoja, una vez que se llegue a un consenso acerca de en qué hoja debe ser ubicado cada indicador. Se debe designar a un facilitador como relator.

O

Ingrese los resultados directamente en la tabla de resumen, en la computadora; emplee un proyector para que los participantes puedan ver los resultados, a medida que son ingresados. Se debe designar a un participante como relator.

- Revisar cada indicador, uno por uno, en la Hoja de Trabajo 4, *Indicadores de la cobertura de salud de la niñez* y solicite sugerencias a los participantes. Procure que los participantes lleguen a un consenso. En cada indicador, se debe decidir si:

Actualmente, el programa está haciendo lo suficiente para mejorar las coberturas

Para ser incluidos en esta categoría, los indicadores deben satisfacer uno o más de los siguientes criterios:

- Han alcanzado las metas;
- Existe una tendencia ascendente, en el transcurso del tiempo, y se está avanzando hacia el logro de metas, aunque la cobertura general sea inferior a 50%;
- No se observan grandes diferencias entre los distintos subgrupos de población.

El programa necesita hacer más para mejorar las coberturas

Para ser ubicados en esta categoría, los indicadores deben satisfacer uno o más de los siguientes criterios:

- No se han alcanzado las metas;
- No existe una tendencia ascendente y no se está avanzando hacia el logro de metas;
- Se observan grandes diferencias entre los distintos subgrupos de población;
- No se cuenta con datos que permitan tomar una decisión fundamentada.

- Diga a los participantes que registren el resumen de las mediciones del estado de salud en la hoja de resumen proporcionada con las Hojas de Trabajo, de manera que puedan consultarla durante toda la evaluación.

2. Presentar los resultados del trabajo en grupos pequeños en la sesión plenaria —facilitador principal

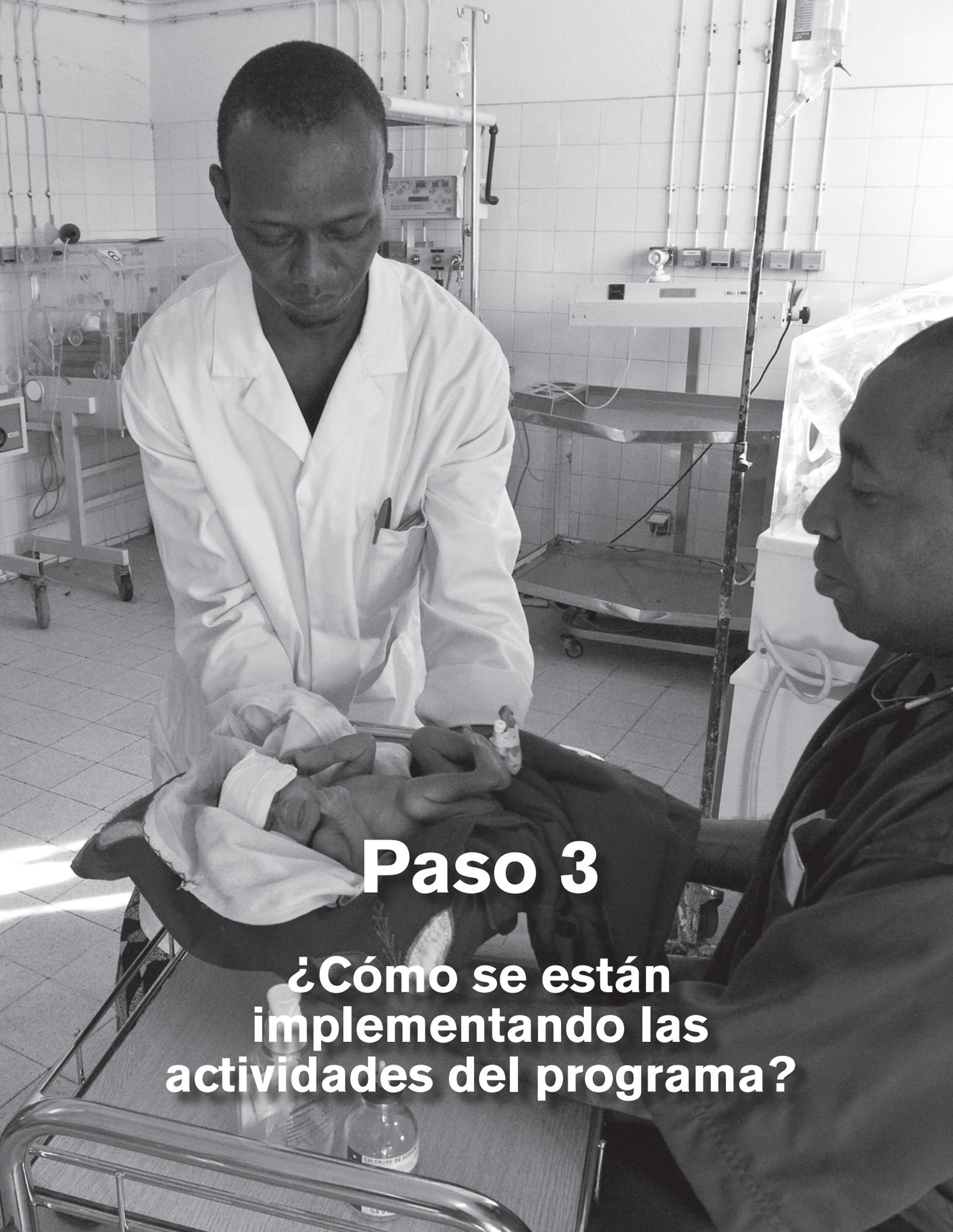
- Designe a un participante de cada grupo pequeño para que resuma los resultados de su grupo.
- Presentar los resultados usando las plantillas de la computadora completadas, proyectándolos ante el grupo grande.
- Dedicar unos minutos para resumir los resultados más importantes de las Hojas de Trabajo 3 y 4, empleando las tablas de computadora. Luego,

presente el resumen de los hallazgos. Deje unos minutos para que se puedan formular preguntas en la sesión plenaria, después de la exposición de cada grupo.

- Realizar cambios o correcciones a las tablas de datos o en el resumen de los resultados según las discusiones del grupo.

Responsabilidades del facilitador principal al final del paso 2

- Copiar en archivos de computadora las Hojas de Trabajo 3 y 4 y el resumen de cada grupo pequeño sobre el desempeño de los indicadores de cobertura y guardarlos para referencia posterior.



Paso 3

¿Cómo se están implementando las actividades del programa?

Preparativos para el paso 3

- Introducir los datos sobre indicadores de resultados a corto plazo de las encuestas o de los informes del programa en la Hoja de Trabajo 5.
- Sacar copias de la Hoja de Trabajo 5, *Revisar cómo las actividades están siendo implementadas por el programa*, para cada participante. Cada grupo pequeño recibe una versión diferente de la Hoja de Trabajo 5, llenada con los datos que son pertinentes para la etapa que están examinando.
- Saque copias de los siguientes documentos del programa, para cada grupo pequeño:
 - La última evaluación del programa (si la hubo);
 - Plan actual de implementación;
 - Informes anuales;
 - Informes de la monitoreo y evaluación;
 - Informes de supervisiones;
- Revisar y preparar diapositivas para la exposición - instrucciones paso por paso (se proporcionan ejemplos de diapositivas en el CD de la EBP).
- Revisar y preparar las plantillas de la computadora para que los grupos resuman los resultados de las discusiones en grupo (se proporcionan plantillas en el CD de la EBP).

Introducción al paso 3

Durante este paso, los participantes revisan en detalle lo que el programa había planeado lograr en cada una de sus áreas de actividad y en qué medida fueron implementadas. Se examinan los puntos fuertes y los puntos débiles de las actividades y las posibles razones de deficiencias o problemas en la implementación. El facilitador ayuda en el trabajo en grupo, que puede complementarse con conversaciones individuales.

Tareas para el paso 3

Las tareas que deben ser completadas en el paso 3 de la EBP son:

- Tarea 3.1 Revisar las actividades que se han realizado en cada área de actividad, empleando los planes de trabajo y las experiencias sobre el terreno.
- Tarea 3.2 Describir si, en cada área de actividad, las actividades se han llevado a cabo total o parcialmente o no se han realizado en absoluto.
- Tarea 3.3 Enumerar los motivos que han contribuido al desempeño observado.
- Tarea 3.4 Analizar los principales puntos fuertes y débiles de cada área de actividad, sobre la base de los hallazgos en los pasos previos.

Paso 3: Tareas 1 a 4

Revisar cómo se están implementando las actividades del programa

Los participantes completan la Hoja de Trabajo 5: *Revisar cómo se implementan las actividades del programa*.

- Cada grupo pequeño completa una Hoja de Trabajo para una etapa diferente del proceso de continuo de cuidado (embarazo, el nacimiento y el período post-natal inmediato; período neonatal; lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad). Se toman en cuenta a las actividades que se han ejecutado después de la última evaluación. Los participantes emplean planes de trabajo, informes y experiencias personales. Las discusiones entre los participantes ayudarán a investigar más a fondo lo que realmente pretendía lograr el programa.
- Se examinan las actividades implementadas para suministrar los paquetes de intervenciones clave. Como las intervenciones pueden ser suministradas por diferentes departamentos o dependencias, puede ser necesario examinar las actividades en distintos planes de trabajo.

Se examinan las actividades realizadas en las siguientes áreas:

- Política, planificación, gestión y financiamiento
- Desarrollo de recursos humanos
 - Capacitación en pre y post-grado del personal de salud
 - Asegurar la suficiente dotación de personal
 - Limitación a la rotación del personal
- Comunicación para la salud/IEC: mejora de los conocimientos y prácticas de los cuidadores de niños y de las comunidades (por ejemplo, aumentar el acceso a la educación en salud, consejería, agentes comunitarios de salud).

- Establecimiento del apoyo comunitario (por ejemplo, grupos de promotores voluntarios de salud, infraestructura básica, supervisión o fiscalización de actividades)
- Fortalecimiento de los sistemas de salud
 - Adquisición y distribución de medicamentos esenciales
 - Adquisición y distribución de vacunas esenciales
 - Adquisición y distribución de equipo y suministros esenciales (balanzas, jeringas y agujas, etc.)
 - Supervisión del personal de salud
 - Mejora de los sistemas de referencia y de la calidad de la referencia
- Monitoreo y evaluación

Cómo facilitar

Prepárese para ser flexible en cuanto al tiempo. Este paso puede requerir más tiempo que el inicialmente planeado, ya que tal vez sea preciso dedicar tiempo para la revisión de documentos. Además, existirá una discusión sobre los puntos fuertes y los débiles. Más adelante, se muestran ejemplos de una Hoja de Trabajo 5 llena.

1. Trabajo en grupos pequeños —un facilitador por grupo

- Entregue a los participantes la Hoja de Trabajo 5: *Revisar cómo se implementan las actividades del programa*.
- Designe a un participante como relator. El relator introducirá todos los resultados en la plantilla de la Hoja de Trabajo 5 en la computadora. Si es posible, se debe contar con un proyector para que cada grupo pueda ver los resultados a medida que son ingresados. Además, todos los participantes completarán su propia Hoja de Trabajo 5.

Tarea 3.1

■ **Revisar las áreas de actividad**
(primera columna a la izquierda)

Determinar si se han ejecutado o no las actividades en cada área de actividad. Revisar las actividades requeridas para suministrar los principales paquetes de intervenciones. Usar los planes de trabajo e

informes administrativos así como las experiencias sobre el terreno en todos los niveles. No es necesario anotar todas las actividades planificadas o realizadas en la tabla. Para cada actividad o grupo de actividades, se debe determinar el estado de la implementación (tarea 3.2), una vez que las actividades hayan sido identificadas.

Tarea 3.2

■ **Estado de la implementación**
(segunda columna)

Sobre la base de los informes del programa, como ser datos rutinarios de monitoreo, informes de supervisión, conversaciones con el personal o en los propios conocimientos, se determinará si las actividades han sido implementadas totalmente (por ejemplo, se han completado 10 de 10 actividades planificadas), parcialmente (por ejemplo, se han completado 2 de 5 actividades planificadas), o no se han realizado en absoluto (no se ha cumplido ninguna de las actividades planificadas).

- Revisar los datos de apoyo que permiten comprender cómo se ha llevado a cabo la implementación (los datos disponibles para cada área de actividad han sido resumidos, para que sirvan como información de apoyo).
- Revisar el plan de trabajo más reciente, del nivel nacional, de distrito y regional, para identificar qué actividades se completaron el año pasado y cuáles no se completaron;
- El estado de implementación puede ser diferentes entre el nivel nacional y los niveles sub-nacionales. Además, también pueden diferir al interior de los niveles sub-nacionales (regiones o distritos, por ejemplo). En esta sección, es importante advertir estas variaciones.

Tarea 3.3

■ **Motivos para el desempeño observado**
(tercera columna)

Enumerar los motivos que han contribuido al grado de implementación de las actividades (realizadas plenamente, parcialmente, no se han realizado). Los documentos del programa pueden establecer algunos motivos, o tal vez usted conozca algunos.

Motivos para el desempeño observado en la implementación

Algunos motivos de la ejecución insatisfactoria son obvios - como ser la falta de recursos económicos. Sin embargo, muchos otros factores pueden afectar la implementación de las actividades planificadas. Se recomienda que los participantes empleen las siguientes preguntas, en cada actividad, para descubrir esos factores.

- ¿El programa planificó la actividad adecuadamente? ¿La actividad fue especificada con suficiente detalle?
- ¿El programa preparó un cronograma realista para la implementación de la actividad?
- ¿El programa realizó un seguimiento adecuado?
- ¿Todos los aliados interesados se comprometieron con la implementación de la actividad?
- ¿Los individuos responsables de la implementación de la actividad, recibieron suficiente preparación o apoyo?
- ¿Existieron leyes o políticas que restringieron el éxito del programa? Por ejemplo, las leyes o políticas relacionadas con los presupuestos y determinación de costos (por ejemplo, el seguro social), registros vitales, normas y estándares sobre el personal de salud y el empleo de medicamentos.

Tarea 3.4

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Fortalezas y debilidades del programa (cuarta y quinta columnas): Sobre la base de los hallazgos escritos en las columnas anteriores, discutir las fortalezas y debilidades principales, para cada área de actividad. <p>2. <u>Presentar los hallazgos de los grupos pequeños en una sesión plenaria</u>
—<u>facilitador principal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Designe a un participante de cada grupo pequeño para que resuma los resultados de su grupo. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Presentar los resultados usando las plantillas de la computadora llenas, proyectadas ante el grupo grande. ■ Dedicar algunos minutos para resumir los resultados más importantes de la Hoja de Trabajo 5. Deje unos minutos para que se formulen preguntas en la sesión plenaria, después de la exposición de cada grupo. ■ Realizar cambios o correcciones en las Hojas de Trabajo en base a las discusiones en grupo. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Responsabilidades del facilitador principal al final del paso 3

- Copiar en archivos de computadora la Hoja de Trabajo 5 de cada grupo pequeño y guardarlos para referencia posterior.

EJEMPLO DE LA HOJA DE TRABAJO 5: Revisar cómo se implementan las actividades del programa

Embarazo Nacimiento y período post-natal inmediato Período neonatal

Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

Nota: Todas las intervenciones clave para el embarazo están incluidas en el paquete de atención prenatal.

Área de actividad	Estado de la implementación (totalmente, parcialmente, nada)	Motivos para el desempeño observado de la implementación	Fortalezas	Debilidades
Políticas, planificación y gestión				
Se han actualizado y se aplican estándares o normas técnicas de atención	Parcialmente. El año pasado se revisaron las directrices para la atención prenatal, pero todavía no han sido incorporadas en la capacitación en pre-grado	No se asignó personal para incorporar las nuevas directrices de la atención prenatal en los programas de estudios en pre-grado	Se cuenta con normas actualizadas	El conocimiento sobre las nuevas normas es limitado, aún no han sido incorporadas en los programas de capacitación
Se dispone de una lista de medicamentos esenciales	Totalmente. Todos los medicamentos para atención prenatal están incluidos en la lista de medicamentos esenciales	La lista de medicamentos es revisada cada 2 años; los insumos técnicos son adecuados	Se dispone de una lista, que es revisada periódicamente	Ninguna
Se desarrollan planes anuales presupuestados, a nivel nacional y subnacional	Parcialmente. Porcentaje de distritos que aplican paquetes de atención prenatal = 100% No se incluyó la supervisión de la atención prenatal en los planes, para el primer nivel de atención	No se enfatiza en la calidad de la atención prenatal	Todos los distritos elaboran planes que incluyen la atención prenatal	Las actividades para mejorar la calidad de la atención prenatal reciben poca atención. Se supone que el personal de salud está trabajando adecuadamente.
La planificación es realizada en colaboración con otras dependencias y con los donantes	Nada. La atención prenatal generalmente no es considerada parte de la salud de la niñez.. Apoyo limitado de los donantes; la mayor parte del apoyo se destina a las actividades relacionadas con malaria y con la prevención de la transmisión de la infección por el VIH de la madre al niño	Falta de conciencia de la importancia de la atención prenatal para reducir la mortalidad neonatal y de la niñez. El financiamiento de los donantes, para la atención prenatal, no está organizado ni coordinado.	Los planes anuales de trabajo incluyen la atención prenatal	Colaboración limitada con otras dependencias y con los donantes, para compartir los gastos y los recursos técnicos.
Presupuesto anual adecuado para completar todas las actividades del último plan	Parcialmente. % de presupuesto propuesto para la salud de la niñez, recibido en el año previo = 95% Pero la mitad fue recibido de manera tardía, de manera que existió escasez de suministros y equipamiento	El desembolso tardío de fondos significa que se producirá un déficit durante el año.	Generalmente hay un presupuesto anual para los distritos	El desembolso tardío de los fondos da lugar a un déficit del presupuesto en la segunda mitad del año.
Existen y se aplican políticas que eximen a las embarazadas, recién nacidos y niños del pago por la atención de salud	Parcialmente. Se ha presentado, ante el parlamento, un documento de trabajo, pero aún no se han tomado medidas. Actualmente todos pagan por los medicamentos en todas las consultas	Los tomadores de decisión de alto nivel, han prestado relativamente poca atención a este tema. Se requiere más abogacía.	Existe un documento de trabajo que ha sido presentado a los tomadores de decisiones	Aún no se han tomado medidas; se sigue careciendo de políticas de exención.

EJEMPLO DE LA HOJA DE TRABAJO 5: Revisar cómo se implementan las actividades del programa

Embarazo Nacimiento y período post-natal inmediato Período neonatal
 Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

Nota: Todas las intervenciones clave para el parto están incluidas en el paquete de manejo del parto para la capacitación en pre-grado. Recientemente se han incorporado la reanimación y los cuidados esenciales del recién nacido.

Área de actividad	Estado de la implementación (totalmente, parcialmente, nada)	Motivos para el desempeño observado de la implementación	Fortalezas	Debilidades
Recursos humanos/capacitación en el servicio o en post-grado				
Plan que garantice la dotación de personal suficiente en cada nivel, que incluya incentivos	Parcialmente. Existe un plan sobre el número de personal en cada nivel. Muchos puestos rurales vacantes no son cubiertos porque no hay ningún sistema de incentivos	Todavía no se ha prestado ninguna atención para mejorar los incentivos que promuevan que las parteras profesionales vayan a las zonas rurales y permanezcan allí	Existe un plan sobre el número de personal necesario en cada nivel	No se cubrieron muchos puestos vacantes. No se ha establecido un sistema de incentivos
Disponibilidad de la estrategia de capacitación en post-grado o en los servicios de salud	Totalmente. Se ha concluido una estrategia para la actualización en reanimación y la atención temprana del recién nacido para parteras profesionales y parteras tradicionales	La atención temprana del recién nacido tiene gran prioridad. Los donantes están interesados	Estrategia de capacitación en los servicios, concluida	Ninguno
Capacitación del personal de salud en post-grado o en los servicios de salud	Parcialmente. % del personal de salud que ha recibido capacitación en reanimación y atención temprana del recién nacido = 35% de parteras profesionales; 10% de parteras tradicionales El año pasado se realizaron 5 de las 10 actividades de capacitación planificadas	La cantidad disponible de facilitadores es insuficiente La cantidad disponible de materiales de enseñanza es insuficiente para completar toda la capacitación	Se desarrollaron materiales de enseñanza Se han efectuado algunas actividades de capacitación en reanimación y cuidados esenciales del recién nacido.	Suministro inadecuado de materiales de enseñanza Cantidad insuficiente de facilitadores
Capacitación de facilitadores	Nada. No se ha capacitado a nuevos facilitadores en reanimación y atención temprana del recién nacido	Falta de planificación; no se ha adoptado ninguna medida	Se reconoce la necesidad de contar con facilitadores capacitados	La capacitación de facilitadores todavía no se ha planificado ni realizado.

EJEMPLO DE LA HOJA DE TRABAJO 5: (Continuación)

Área de actividad	Estado de la implementación (totalmente, parcialmente, nada)	Motivos para el desempeño observado de la implementación	Fortalezas	Debilidades
Seguimiento después de la capacitación en servicio	Nada. % del personal capacitado que recibe una visita de seguimiento en los 3 meses siguientes de la capacitación = 0%	El seguimiento después de la capacitación no es visto aún como parte de la capacitación; es considerado como un elemento de la supervisión de rutina		El seguimiento después de capacitación no es realizado de manera sistemática
Calidad de la capacitación en post-grado o en servicio: ¿son adecuados los tipos de personal capacitados, los materiales empleados, el tiempo asignado, la cantidad de práctica clínica?	Totalmente. Los materiales de enseñanza fueron recientemente revisados. Se emplean situaciones clínicas simuladas con videos y uso de modelos. Tiempo: 2 días	Los materiales de enseñanza y métodos han sido revisados recientemente y son técnicamente sólidos	La calidad de la capacitación es alta	Ninguno.

EJEMPLO DE LA HOJA DE TRABAJO 5: Revisar cómo se implementan las actividades del programa

Embarazo Nacimiento y período post-natal inmediato Período neonatal
 Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

Área de actividad	Estado de la implementación (totalmente, parcialmente, nada)	Motivos para el desempeño observado de la implementación	Fortalezas	Debilidades
Recursos humanos/capacitación previa al servicio o en pre-grado				
Disponibilidad de una estrategia de capacitación en pre-grado	Parcialmente. Existe una estrategia de capacitación para las parteras profesionales de atención primaria y enfermeras obstétricas. Las parteras tradicionales no están incluidas en la estrategia a largo plazo. La capacitación incluye normas revisadas sobre la reanimación y los cuidados esenciales del recién nacido	La estrategia a largo plazo se concentra en proveer parteras calificadas para todas las zonas. Actualmente, las parteras tradicionales atienden el 60% del total de partos en las zonas rurales. Pasarán 10 años antes de que se cuente con parteras calificadas en todas las zonas	Existe una estrategia de capacitación para proveer parteras calificadas a todas las zonas del país	La estrategia de capacitación no proporciona orientación sobre las funciones y las responsabilidades de las parteras tradicionales
La capacitación en pre-grado ha sido incorporada en los programas de estudios de las facultades de medicina y de otras escuelas	Totalmente. Todas las escuelas de enfermería y de obstétricas aplican el programa de estudios revisado . % de madres que recibieron atención prenatal y post-natal prestada por personal calificado = 50%. Aún no existe ningún plan para la capacitación de las parteras tradicionales	Hay conciencia de la necesidad de capacitar a más proveedores calificados usando nuevas normas. La función de las parteras tradicionales continúa poco clara y no se han tomado medidas para incrementar su cantidad	Todas las escuelas de capacitación usan los materiales de enseñanza revisados	Aún no existe ningún plan para aumentar el número de parteras tradicionales
Capacitación de los docentes de pre-grado	Totalmente El personal de las escuelas de enfermería y de obstétricas ha sido capacitado en el nuevo programa de estudios	Compromiso político de mejorar la capacitación de proveedores calificados	Se cuenta con instructores y docentes	Ninguno.
Calidad de la capacitación en pre-grado - ¿son adecuados los materiales usados (incluidos los libros de texto), el tiempo asignado, la cantidad de práctica clínica?	Totalmente Se han analizado y revisado los materiales y los métodos e incluyen práctica clínica y tiempo adecuados.	Personal motivado y recursos suficientes	Alta calidad de la capacitación en pre-grado para las parteras profesionales calificadas.	Ninguno.

EJEMPLO DE LA HOJA DE TRABAJO 5: Revisar cómo se implementan las actividades del programa

___ Embarazo ___X___ Nacimiento y período post-natal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

Área de actividad	Estado de la implementación (totalmente, parcialmente, nada)	Motivos para el desempeño observado de la implementación	Fortalezas	Debilidades
Comunicación para la salud/comunicación, educación e información				
Disponibilidad de una estrategia o plan de comunicación para la salud de la niñez	Parcialmente Existe una estrategia de comunicación pero no enfatiza en la necesidad de protección térmica (evitar enfriamiento), lactancia materna inmediata o en evitar las prácticas inapropiadas (baño, alimentos prelácteos)	Falta de conciencia de la importancia de la mortalidad neonatal y de los comportamientos clave en el período neonatal cuando se elaboró la estrategia	Existe una estrategia de comunicación	Todavía no han sido incluidos algunos comportamientos clave para la salud del recién nacido
Enfoque hacia las poblaciones más deprimidas	Parcialmente. Con mayor frecuencia, es realizada mediante medios de difusión y distribución de materiales impresos. Se presta menos atención a mejorar la consejería, realizar visitas domiciliarias o la educación de la comunidad	Es más difícil alcanzar a las poblaciones más deprimidas y requiere una inversión, tanto en medios de difusión como en la comunicación interpersonal y consejería. No se ha contado con recursos. Limitado conocimiento de cómo mejorar la educación de la comunidad.	Se han ejecutado algunas actividades para llegar a las poblaciones deprimidas	Se asignan, relativamente, pocos recursos para la promoción de la salud y la educación en salud para la comunidad.
Realización de actividades de comunicación: medios de difusión, materiales impresos, capacitación para grupos y voluntarios locales en comunicación interpersonal; capacitación para el personal de salud	Parcialmente Este año se realizaron campañas mediáticas sobre la administración de vitamina A y las vacunas. La capacitación en AIEPI incluye la comunicación en algunas áreas de la salud de la niñez. No se han realizado actividades de salud del recién nacido.	Las actividades tienden a depender del financiamiento de los donantes. No se han invertido recursos equivalentes en la salud del recién nacido o en otras áreas de la salud de la niñez.	Se han realizado algunas actividades de comunicación para la de la niñez.	Las actividades de comunicación han sido financiadas por donantes y se han efectuado solo en algunas zonas. Poca atención para mejorar la comunicación interpersonal a nivel de la comunidad.
Mensajes y materiales elaborados y distribuidos	Parcialmente Se elaboraron mensajes y materiales para la mayoría de las áreas clave de la salud de la niñez. La salud del recién nacido no fue incluida.	Escasa conciencia de la importancia de los comportamientos relacionados con la salud del recién nacido.	Se cuenta con mensajes y materiales sobre varios comportamientos relacionados con la salud de la niñez.	Todavía no se han elaborado mensajes y materiales concernientes a la salud del recién nacido.
Calidad: Se emplean mensajes clave; mensajes y materiales validados y adaptados	Parcialmente No existe un juego único y nacional de mensajes - cada donante tiene sus propios materiales. La calidad es variable.	No existen mensajes recomendados por el nivel nacional ni un método para elaborarlos. Cada donante hace cosas diferentes en diferentes áreas.	Algunos mensajes y materiales sobre la salud de la niñez son de alta calidad	No existe un juego de mensajes ni materiales recomendados por el nivel nacional, que puedan ser ampliamente empleados

EJEMPLO DE LA HOJA DE TRABAJO 5: Revisar cómo se implementan las actividades del programa

___ Embarazo ___X___ Nacimiento y período post-natal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

Área de actividad	Estado de la implementación (totalmente, parcialmente, nada)	Motivos para el desempeño observado de la implementación	Fortalezas	Debilidades
Apoyo de la comunidad				
Disponibilidad de un plan de implementación para actividades a nivel de la comunidad	Parcialmente Se cuenta con un plan para llegar a las comunidades, pero rara vez es implementado en los planes de trabajo distritales	Escaso conocimiento del personal del primer nivel sobre cómo ejecutar las actividades en la comunidad. También el tiempo y el presupuesto son limitados	A nivel nacional existe un plan de implementación de actividades en las comunidades	Las actividades en la comunidad no han sido incluidas sistemáticamente en los planes de trabajo de los primeros niveles
Agentes comunitarios de salud capacitados y disponibles	Parcialmente % de distritos o comunidades con parteras tradicionales que promueven prácticas clave en la familia y la comunidad = 100% % de nacimientos atendidos por parteras tradicionales en los 12 últimos meses = 40%	Existen parteras tradicionales, pero a menudo no proporcionan orientación sobre prácticas para el cuidado de los recién nacidos, debido a que carecen de materiales de orientación y no reciben supervisión o capacitación de manera regular	Existen parteras tradicionales en todas las comunidades, que pueden proporcionar orientación sobre prácticas clave de cuidado del recién nacido	A menudo, la calidad de los servicios o la educación proporcionada por las parteras tradicionales es limitada
Grupos de la comunidad o voluntarios capacitados y disponibles	Parcialmente % de distritos o comunidades con voluntarios capacitados para promover prácticas clave en la familia y la comunidad = 30% La mayoría de las comunidades cuenta con un comité de salud, pero a menudo este no es muy activo. Los voluntarios no son utilizados de manera regular. La salud del recién nacido no ha recibido atención en el pasado.	Se ha prestado poco apoyo para fortalecer la capacidad de los comités de salud de la comunidad y a establecer con claridad sus funciones y responsabilidades. El empleo de los voluntarios en la difusión de mensajes ha sido limitado. Existe poca concientización en relación a la salud del recién nacido.	Generalmente existen comités de salud comunitarios	Los comités comunitarios de salud a menudo están inactivos. Rara vez se usa a los voluntarios para la educación en salud. A nivel de la comunidad, hay poca conciencia de los problemas de salud del recién nacido.
Calidad: plan elaborado de manera colaborativa; empleo del personal local y de los voluntarios; se incluyó un plan de supervisión o vigilancia	Nada Los planes para los primeros niveles generalmente no incluyen actividades en la comunidad. Por lo común no se realiza la supervisión a los agentes comunitarios de salud.	El personal de salud de los primeros niveles carece de conocimientos acerca de la comunidad y de lo que pueden hacer. En el pasado, el presupuesto ha sido reducido. El personal de salud enfrenta restricciones de tiempo; para ellos, es difícil ir personalmente a las comunidades		La planificación de actividades en la comunidad es limitada. Rara vez participan las comunidades.

EJEMPLO DE LA HOJA DE TRABAJO 5: Revisar cómo se implementan las actividades del programa

___ Embarazo ___X___ Nacimiento y período post-natal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

Nota: todas las intervenciones clave de salud de la niñez están incluidas en el paquete de AIEPI (para establecimientos de salud), y en el paquete de comportamientos clave para la salud del recién nacido y del niño menor de 5 años (para la familia y la comunidad).

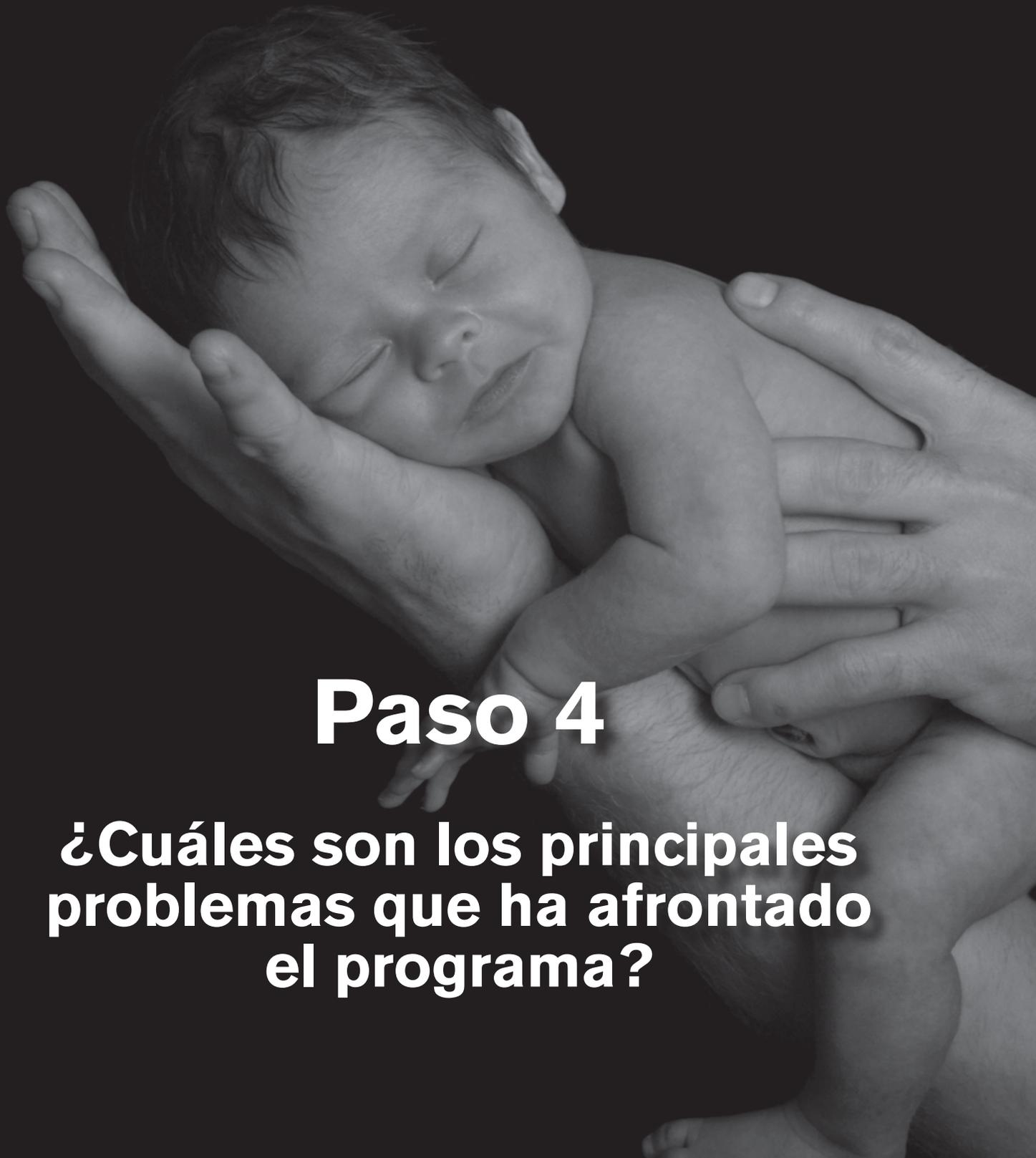
Área de actividad	Estado de la implementación (totalmente, parcialmente, nada)	Motivos para el desempeño observado de la implementación	Fortalezas	Debilidades
Fortalecimiento de los sistemas de salud				
Disponibilidad de servicios	<p>Parcialmente</p> <p>% de establecimientos de salud con servicios de inmunización disponibles diariamente = 30%</p> <p>% de establecimientos que proporcionan servicios de AIEPI = 45%</p> <p>Actualización de la política del PAI aplicada en 10/10 distritos el año pasado.</p> <p>La puesta en marcha de AIEPI fue realizada en 1/3 distritos planificados</p>	<p>El personal de salud tiende a administrar las vacunas solo en algunos días para ahorrar vacunas; se resisten a abrir viales diariamente</p> <p>La implementación de AIEPI se ha retrasado debido a la falta de suministro de medicamentos y a la falta de fondos para la capacitación y el seguimiento</p>	En una elevada proporción de establecimientos de salud, existen servicios de salud de la niñez	La disponibilidad de AIEPI y de servicio de vacunación diaria, se encuentra en menos del 50% de los establecimientos de salud
Disponibilidad de medicamentos esenciales y de equipamiento básicos en el primer nivel de atención y en el nivel de referencia	<p>Parcialmente</p> <p>% de establecimientos de salud que cuenta con todos los medicamentos esenciales de AIEPI, incluyendo a los de pre-referencia = 55% (establecimientos son AIEPI), 75% (establecimientos con AIEPI).</p> <p>El año pasado, 10/10 directores de distritos recibieron capacitación en gestión de medicamentos.</p> <p>% de establecimientos que trata niños gravemente enfermos empleando oxígeno, que cuenta con sistemas de provisión de oxígeno en funcionamiento en la sala de pediatría = 30%</p> <p>El año pasado se dotó de concentradores y tubos de oxígeno a todos los establecimientos de referencia</p>	<p>La introducción de AIEPI mejora el suministro de medicamentos al mejorar sugerencias, reducir las prescripciones inapropiadas y aumentar el uso de las listas de verificación para examinar las reservas. Sin embargo, esto debe ser fortalecido.</p> <p>Los establecimientos de referencia tienen concentradores y tubos, pero a menudo carecen de oxígeno y de cánulas nasales, debido a los costos elevados del transporte de oxígeno y a la falta de una reserva central de cánulas.</p>	Generalmente, se dispone de vacunas. Se cuenta con medicamentos esenciales en la mayoría de los establecimientos, sobre todo en las zonas con AIEPI	<p>Una alta proporción alta establecimientos de salud, para pacientes ambulatorios, todavía no cuenta con medicamentos esenciales.</p> <p>Una alta proporción de centros de referencia no puede usar oxígeno para el tratamiento habitual de los casos pediátricos referidos</p>

EJEMPLO DE LA HOJA DE TRABAJO 5: (Continuación)

Área de actividad	Estado de la implementación (totalmente, parcialmente, nada)	Motivos para el desempeño observado de la implementación	Fortalezas	Debilidades
Fortalecimiento de los sistemas de salud				
Supervisión de rutina empleando listas de verificación y observación de la atención	<p>Parcialmente % de establecimientos de salud que recibieron al menos una visita de supervisión con observación del manejo de casos en los 6 meses anteriores = 50% (zonas con AIEPI), 10% (zonas que no tienen AIEPI)</p> <p>La lista de verificación para la supervisión de AIEPI fue revisada. Se aplicó en las zonas con AIEPI. 5/5 supervisores fueron capacitados en el uso de la lista de verificación</p>	<p>La calidad de la supervisión en las zonas con AIEPI es alta cuando esta es realizada. Sin embargo, los supervisores capacitados no están haciendo las visitas debido a las limitaciones de tiempo y la escasa disponibilidad de transporte. En los distritos donde no se aplica AIEPI se efectúa igual número de visitas de supervisión, pero no se emplea la lista de verificación recomendada y no se incluye la observación de la atención .</p>	Se han ejecutado actividades para mejorar la calidad de la supervisión en las zonas con AIEPI	Todavía no se efectúan visitas de supervisión debido a problemas logísticos.
Existen sistemas para la referencia oportuna de recién nacidos y niños enfermos	<p>Parcialmente El estudio finalizado el año pasado revela que los cuidadores no aceptan la referencia por razones socioculturales, otras responsabilidades, la presión de miembros de la familia, otros niños que tienen que atender.</p> <p>Se ha implementado un sistema de 'tarjetas verdes' en las zonas con AIEPI: a los niños gravemente enfermos se les da una tarjeta verde para que los lleven a los centros de referencia y se facilite que sean atendidos; los cuidadores informan que el personal de los centros de referencia todavía no reconocen la tarjeta</p> <p>Se adaptó, imprimió y distribuyó un manual de atención a pacientes referidos para el personal de salud de los centros de referencia, pero todavía no ha sido ampliamente usado</p>	<p>Las mejores prácticas de referencia de pacientes requieren un cambio de actitud, en cuanto a dejar el hogar, que influye más que los costos del transporte; este cambio de actitud no se menciona como barrera importante.</p> <p>El personal de los centros de referencia no conoce el sistema de la 'tarjeta verde' para referir a los niños gravemente enfermos. Estos niños deberían ser priorizados.</p> <p>Las escuelas de capacitación todavía no han adoptado las normas del manual para la referencia (por lo tanto existe falta de homogeneidad en las recomendaciones); a menudo no se cuenta con los medicamentos necesarios en los hospitales.</p>	<p>Los nuevos datos sobre las barreras para la referencia serán útiles para la planificación</p> <p>Se han distribuido ampliamente las normas de atención a pacientes referidos al personal de los centros de referencia</p>	<p>La referencia todavía no se realiza eficazmente en muchas zonas, debido a las barreras existentes.</p> <p>Todavía no se aplican ampliamente las normas de atención a pacientes referidos.</p>

EJEMPLO DE LA HOJA DE TRABAJO 5: (Continuación)

Área de actividad	Estado de la implementación (totalmente, parcialmente, nada)	Motivos para el desempeño observado de la implementación	Fortalezas	Debilidades
Monitoreo y evaluación				
El plan para el monitoreo de rutina y la evaluación periódica del programa de la niñez está incluido en el plan estratégico y en los planes de trabajo	Parcialmente El plan estratégico incluye un plan de monitoreo y evaluación. Los planes de trabajo habituales a menudo no controlan los resultados a corto o largo plazo del programa; tienden a usar mediciones de impacto (morbilidad y mortalidad).	En los primeros niveles existe debilidad para el monitoreo simple de los programas	El monitoreo y la evaluación están incluidos en el plan estratégico.	Los planes de trabajo habituales no incluyen indicadores para el monitoreo del avance.
Empleo de indicadores internacionales estándar	Totalmente Los indicadores basados en la población y basados en los establecimientos, incluidos en el plan estratégico, son compatibles con los indicadores internacionales	Se realizan encuestas empleando metodologías internacionalmente reconocidas	En los niveles superiores, se emplean indicadores internacionales	Ninguno.
Definición de metas a corto y a largo plazo	Parcialmente Se han establecido metas a nivel nacional. Los planes de trabajo de los distritos a menudo no especifican las metas	El personal de salud de los distritos, tiene habilidades limitadas para el empleo de metas.	Se establecen metas a nivel nacional	Los planes de trabajo habituales, a nivel de distrito, no incluyen metas.
Disponibilidad de de datos basados en la población y en los establecimientos de salud para el monitoreo y la evaluación	Parcialmente Se cuenta con datos basados en la población a nivel nacional. Estos datos no pueden aplicarse a unidades más pequeñas (provincias, distritos, comunidades) Se ha realizado una encuesta en los establecimientos de salud de la niñez en zonas con AIEPI	Las encuestas nacionales con muestras grandes (ENDESA y MICS), no permiten el desglose en unidades más pequeñas. Solo se dispone de datos de establecimientos en los distritos con AIEPI	Se dispone de datos basados en la población a nivel nacional. Se cuenta con datos basados en los establecimientos en las zonas con AIEPI	No se cuenta con datos basados en la población para la planificación de los primeros niveles.
Los datos del monitoreo son empleados para la planificación de rutina en todos los niveles	Nada Los datos del monitoreo, en general no son incluidos en los planes de trabajo de primer nivel	Falta de conocimientos sobre qué datos pueden ser usados para el monitoreo rutinario del avance		En general, no se usan los datos del monitoreo para el seguimiento del avance en los primeros niveles
Funcionamiento de los sistemas de registro de estadísticas vitales	Parcialmente % de nacimientos registrados al nacer = 80% % de defunciones infantiles registradas = 65%	La promoción del registro de los nacimientos, realizada por las gerencias de los distritos ha mejorado la cobertura. A menudo no se registran las defunciones de los niños muy pequeños	Ha mejorado el registro de los nacimientos	Todavía no se registra una proporción elevada de las defunciones de los niños



Paso 4

¿Cuáles son los principales problemas que ha afrontado el programa?

Preparativos para el paso 4

- Sacar copias de la Hoja de Trabajo 6, *Identificar los principales problemas*, para cada participante.
- Revisar y preparar diapositivas para la exposición (se proporcionan ejemplos de diapositivas en el CD de la EBP).
- Revisar y preparar las plantillas de la computadora para que los grupos resuman los resultados de las discusiones en grupo (se proporcionan plantillas en el CD de la EBP).
- Procurar contar con cuatro rotafolios, uno para cada grupo y uno para resumir los resultados en la sesión plenaria.
- Designar a un facilitador para que registre el resumen de los problemas durante la discusión plenaria.

Introducción al paso 4

Al finalizar los tres primeros pasos de la EBP, los participantes han identificado los indicadores de cobertura que requieren más atención; cómo se vienen implementando las actividades y las principales fortalezas y debilidades del programa.

En el paso 4, los participantes analizan la lista fortalezas y debilidades e identifican un número limitado de principales problemas, los que serán examinados con mayor detalle, en la EBP.

Tareas para el paso 4

El paso 4 abarca dos tareas, descritas a continuación.

Tarea 4.1 En los grupos pequeños, emplear los resultados de los pasos anteriores para identificar los principales problemas que el programa ha afrontado, en cada etapa del proceso de continuo de cuidado.

Tarea 4.2 Resumir los problemas detectados por cada grupo en la sesión plenaria y elaborar una lista única y común de los principales problemas.

Tarea 4.1

Identificar los principales problemas que el programa ha afrontado en cada etapa del proceso de continuo de cuidado

En los pasos anteriores se han identificado las debilidades del programa. En la tarea actual, los participantes resumen estas debilidades, considerándolas como los problemas más importantes. Posiblemente, se hayan identificado varios problemas. Algunos estarán vinculados entre sí y otros no estarán relacionados. Para identificar los problemas principales, los participantes agruparán los problemas relacionados. También tendrán en cuenta los problemas que querían ser abordados por el personal del programa y definirán si estos problemas han resultado ser importantes.

Cómo facilitar

1. Trabajo en grupos pequeños —un facilitador por grupo

- Entregue a los participantes la Hoja de Trabajo 6, *Identificar los principales problemas*. Pídales que completen sus propias Hojas de Trabajo, de manera que tengan un registro de las discusiones.
- Designe a un participante como relator. El relator resumirá los resultados en una hoja de rotafolio.
- Escriba en el rotafolio las ‘preguntas para determinar cuáles son los problemas importantes’ y asegúrese de que los participantes las comprendan.

Preguntas para determinar cuáles son los problemas importantes

- ¿La solución del problema mejorará la cobertura de las intervenciones en las áreas que necesitan ser mejoradas?
- ¿Las soluciones factibles, están disponibles?
- ¿Se presenta el problema en todo el programa o se limita a unas cuantas áreas?
- ¿Los problemas pueden ser resueltos con los recursos disponibles o se requieren recursos adicionales?
- ¿Se requieren cambios en las políticas, a corto o a mediano plazo?

- Pida a los participantes que empiecen por anotar en la parte superior de la Hoja de Trabajo 6 las intervenciones que en el paso 2 se determinó que requerían atención. Asegúrese de que sean tomadas en cuenta cuando se discuta sobre los problemas. Enumere también los paquetes en los cuales las intervenciones serán suministradas. Las actividades del programa se orientarán a una mejor entrega de los paquetes de intervención.
- Revisar las debilidades del programa, identificadas en la Hoja de Trabajo 5. Resumir estos puntos como los problemas principales en las categorías que se usaron anteriormente en la Hoja de Trabajo 5. Asegúrese de que los participantes se concentren en los problemas y no comiencen a hablar de soluciones o recomendaciones.
 - Se debe decidir qué problemas están relacionados entre sí y cruzan las distintas áreas de actividad. Trate de agrupar los problemas relacionados bajo una sola definición del problema. Por ejemplo, tal vez se presenten reiteradamente problemas relacionados con la planificación; todos esos

casos pueden ser incluidos en la categoría de planificación. Recuerde buscar áreas que están duplicadas —pregunte si algunas actividades que se realizaron por separado podrían haberse efectuado juntas. Recuerde a los participantes que pueden agregar problemas que todavía no han sido planteados, en cualquier momento. Esos problemas pueden provenir de su propia experiencia sobre el terreno o de conversaciones con otros integrantes del personal.

- Como este paso se basa en la discusión del paso anterior, no tomará mucho tiempo identificar los principales problemas; muchos de ellos serán similares a las debilidades identificadas en el paso 3. No asigne más de 2 horas a esta tarea.
- Resuma una lista de los problemas principales de cada área en una hoja del rotafolio. Utilice una

hoja por separado para cada área. Se usarán para resumir los problemas al grupo.

2. Presentar los hallazgos del trabajo de los grupos pequeños en sesión plenaria —facilitador principal

- Designe a un participante de cada grupo pequeño para que resuma los resultados de su grupo.
- Presentar los resultados usando las hojas de rotafolio; una página por cada área de actividad.
- Dedicar unos minutos para resumir los resultados más importantes. Deje unos minutos para que se puedan formular preguntas en la sesión plenaria, después de la presentación de cada grupo.
- Realizar cambios o correcciones a los problemas principales según las discusiones en grupo.

Tarea 4.2

Elaborar una única lista única y común de los problemas

Una vez que se han resumido los problemas que han sido afrontados en cada etapa del proceso del continuo de cuidado, se los analiza en el grupo grande. Los problemas de cada grupo son sintetizados en una lista única y común para todos. Algunos problemas serán comunes. Otros serán específicos para un área programática en particular, como los de la salud del recién nacido o del niño menor de 5 años. Lo ideal es que no haya más de 3 o 4 problemas principales en cada área de actividad. Si el número de problemas sigue siendo grande, los participantes quizás tengan que seleccionar aquellos que son fundamentales para el avance del programa.

Cómo facilitar

Trabajo en la sesión plenaria —facilitador principal

- Emplear las hojas de rotafolio de los tres grupos pequeños, para revisar los problemas en cada área de actividad. Resumir los problemas comunes en la plantilla de computadora, proyectada para que el grupo pueda ver los resultados. Se debe designar a un facilitador como relator.
- Revise en la sesión plenaria los problemas identificados en los grupos pequeños. Haga esto para cada una de las principales áreas de actividad, refiriéndose a los resúmenes del rotafolio de cada grupo. En la plantilla de computadora, escriba una lista de problemas que sintetice los resultados de los grupos. En algunos casos, los problemas serán comunes y pueden ser consolidados bajo un solo problema principal.

Ejemplo

La EBP encontró que la salud del recién nacido no había sido antes considerada como parte de las actividades de salud de la niñez, a pesar de que la mortalidad en el período neonatal es un componente importante de la mortalidad total de la niñez. Se necesita ampliar la cobertura de las intervenciones para los recién nacidos. Los conocimientos y las prácticas de los cuidadores, en ciertas áreas clave, deben ser mejorados. Los problemas relacionados con el aumento de la concientización de la comunidad, pueden ser agrupados bajo el título: *mejorar el apoyo o compromiso de la comunidad*.

La EBP también encontró que los planes relacionados con varias áreas técnicas (diarrea, infecciones respiratorias agudas, nutrición) no detallaban quién debía participar en las actividades, cómo se vinculaban entre ellas, ni los requerimientos de financiamiento. El programa no tenía ningún sistema claro enfocado hacia los grupos con mayor necesidad de servicios de salud pública. Se pueden agrupar todos estos problemas bajo el título: *planificación inadecuada*.

En el área de la *capacitación*, la EBP encontró que el programa enfrentó dificultades para asegurar la calidad de la capacitación a nivel periférico. No existía seguimiento adecuado al personal de salud que recibió capacitación en el manejo de casos y la calidad de la capacitación para el personal del primer nivel fue deficiente. La capacitación de los facilitadores del nivel central no siempre fue seguida de cursos en los distritos. Los participantes pueden agrupar estos diversos problemas bajo el título: *carencia de una estrategia de capacitación*.

- En condiciones ideales, no deberían existir más de 3 o 4 problemas principales, en cada área de actividad. Si hay más problemas que la EBP pueda razonablemente manejar, se seleccionarán los más importantes. Hay que evaluar cuánto afecta cada problema al desempeño del programa. Considerar la factibilidad de abordar el problema; si es relativamente difícil de abordar, tal vez no valga la pena incluirlo en el corto plazo.
- Recuerde los temas que el personal del programa consideró importantes para ser abordados en la evaluación. Si los hallazgos posteriores han confirmado que estos temas son problemas principales, abórdelos. Discutir si existen otros problemas no incluidos en la lista que deben ser agregados.
- Procure llegar a un acuerdo sobre los problemas principales que ha el programa afrontado. Resúmalos por área de actividad.

Ejemplo: principales problemas identificados en el paso 4

Política, planificación y gestión

- El programa no siempre coopera efectivamente con las organizaciones aliadas
- La planificación centralizada no toma en cuenta a los equipos de salud regionales y de distrito para la toma de decisiones

Recursos humanos/capacitación

- El año pasado no se realizó ninguna capacitación sobre AIEPI, a pesar de que fue planificada

Comunicación

- El programa no ha realizado un seguimiento adecuado después de las actividades de comunicación para la salud
- Se han distribuido materiales de orientación solo al 50% de los agentes comunitarios de salud
- No se está haciendo lo suficiente para promover la terapia de rehidratación oral y la administración de zinc, o la búsqueda de atención para neumonía

Desarrollo del apoyo de la comunidad

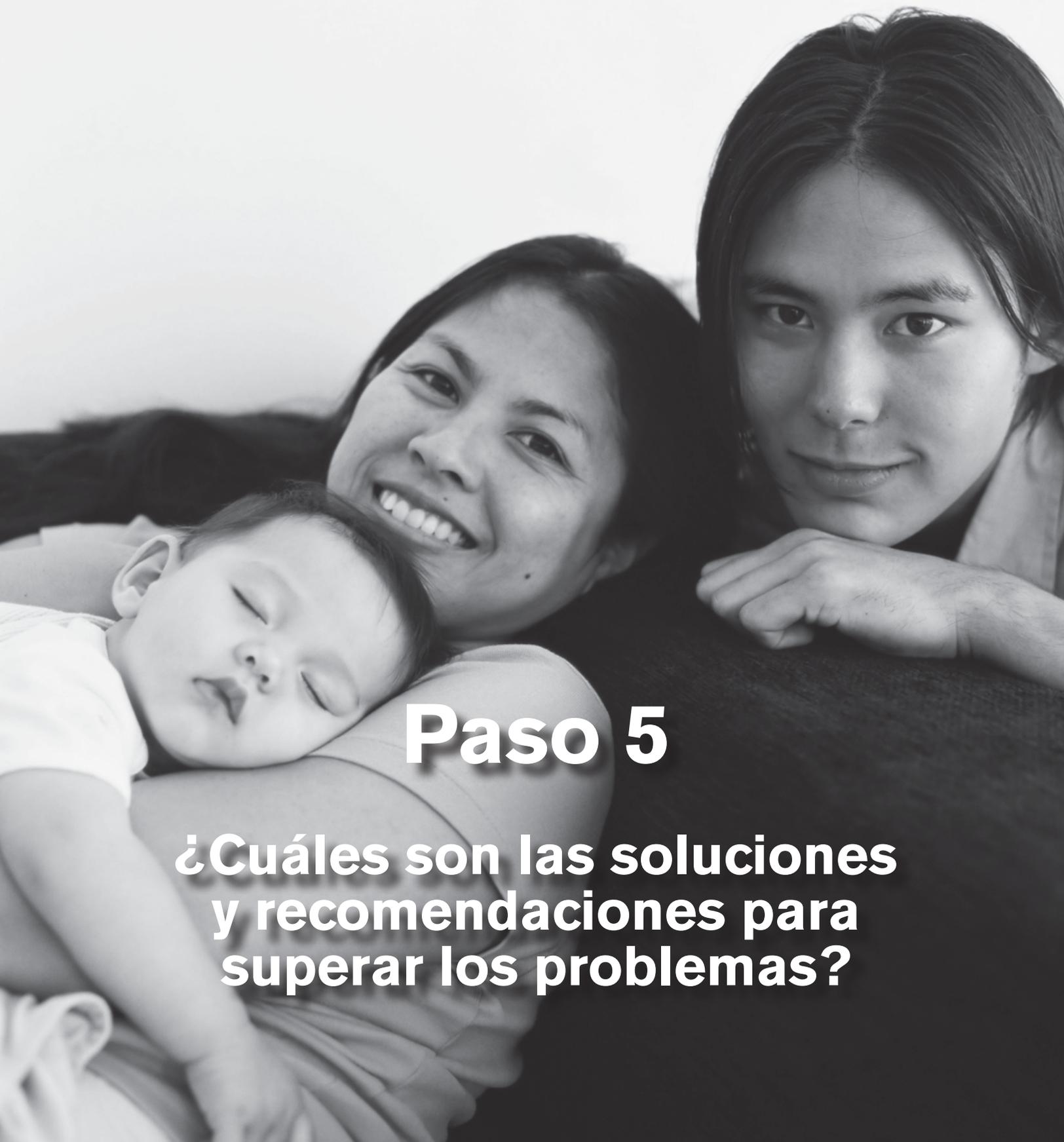
- Los planes locales no incluyen actividades en la comunidad
- Los voluntarios no son utilizados eficazmente;

Fortalecimiento de los sistemas de salud

- La supervisión a nivel regional y local es inadecuada
- Algunos tratamientos esenciales para los niños no están disponibles en los establecimientos de salud todo el tiempo.

Responsabilidades del facilitador principal al final del paso 4

- Copiar la Hoja de Trabajo 6 de cada grupo pequeño en archivos de computadora y guardarlos para consulta posterior.
- Corregir el resumen de los principales problemas. Imprimir una copia de los principales problemas para que cada participante pueda usarla en el paso siguiente.



Paso 5

¿Cuáles son las soluciones y recomendaciones para superar los problemas?

Introducción al paso 5

Preparativos para el paso 5

- Revisar y preparar las diapositivas para la presentación paso por paso (se proporcionan ejemplos de diapositivas en el CD de la EBP).
- Revisar y preparar plantillas de computadora para que los grupos resuman los resultados de las discusiones en grupo (se proporcionan plantillas en el CD de la EBP).
- Editar los problemas principales identificados en el paso 4 y sacar una copia para todos los participantes.
- Si es necesario, reorganizar la composición de los grupos pequeños. En el paso 5, los grupos trabajan en las soluciones y las recomendaciones por área de actividad:
 - Grupo 1: Política, planificación, financiamiento y gestión; monitoreo y evaluación
 - Grupo 2: Comunicación/cambio de comportamiento para la salud ; comunidad
 - Grupo 3: Capacitación; sistemas

Puede ser necesario trasladar a integrantes de los grupos a grupos diferentes, si son especialistas en un área particular.

En el paso 5, los participantes revisan los principales problemas que identificaron en el paso 4 y tratan de formular soluciones y recomendaciones razonables para cada problema. Una solución factible es aquella que el programa podrá ejecutar usando el personal, fondos y los recursos disponibles.

Como facilitador, usted puede ayudar a los participantes a analizar los problemas de varias maneras. A continuación se describen métodos que usted puede usar para completar este paso. Estos métodos no abarcan todos los problemas, de manera que usted puede decidir usar otros métodos. Cualesquiera que sea el método que elija, las discusiones deberán realizarse de manera estructurada.

Tarea para el paso 5

La única tarea para el Paso 5 es:

- Tarea 5.1 Analizar los problemas principales que el programa ha afrontado y tratar de identificar soluciones y recomendaciones razonables.

Tarea 5.1

Discutir sobre los problemas principales que el programa ha afrontado y tratar de identificar las soluciones y recomendaciones factibles

Esta tarea tiene el propósito de encontrar soluciones y recomendaciones factibles para cada uno de los principales problemas identificados por los participantes.

Encontrar soluciones

Las soluciones deben estar orientadas a buscar que el programa avance hacia sus metas y objetivos. Deben ser específicas y podrán ser ejecutadas por el personal del programa. Lo que es más importante, deben ser factibles con los recursos disponibles en el programa.

Cuando se examinan las soluciones para cada problema principal, hay que determinar también si este problema se presenta en cada paquete de intervenciones. A veces, las soluciones pueden ser específicas para un paquete particular de intervenciones. Otras soluciones se pueden aplicar a varios paquetes de intervenciones.

Recuerde que quizás no siempre sea posible identificar soluciones factibles a un problema durante la EBP. Con el fin de analizar un problema plenamente, los participantes pueden requerir antecedentes o datos adicionales. Para encontrar soluciones, puede ser necesario lo siguiente:

- Recopilar datos adicionales, que podrían incluir:
 - ✓ Datos cuantitativos de encuestas domiciliarias o en establecimientos.
 - ✓ Datos cualitativos sobre percepciones, creencias, las actitudes y términos locales, generalmente recogidos mediante grupos focales, en entrevistas individuales o metodologías participativas.
 - ✓ Datos de la investigación operativa y de estudios diseñados para responder a preguntas particulares. A veces, la información de la investigación operativa puede ayudar a escoger el mejor enfoque para la solución de un problema de implementación. También pueden ayudar a investigar las disparidades en materia de salud entre diferentes regiones o grupos de población.
 - ✓ Evaluaciones al sistema para investigar más profundamente la distribución de medicamentos, la logística, etc.

- Realizar un análisis de la situación.

El análisis de la situación revisa el programa con mayor profundidad y detalle y puede incluir cierta recopilación de datos primarios. Generalmente, se realiza para la planificación estratégica periódica y puede ser útil para definir mejor las intervenciones seleccionadas para la implementación y las modalidades de entrega.

Si los problemas no pueden ser resueltos de inmediato, el grupo debe asignar la responsabilidad de trabajar en estos problemas a más largo plazo.

Formular recomendaciones

En esta tarea, los participantes se concentran en la formulación de recomendaciones detalladas sobre lo que el programa debe hacer en el futuro, en cada área de actividad. Las recomendaciones deben reforzar lo que el programa está haciendo bien y sugerir cambios que podrían mejorarlo..

Las soluciones identificadas anteriormente son una base importante para la formulación de las recomendaciones. No obstante, los participantes deben tener en cuenta la información más amplia acerca de los planes, las intenciones, el desempeño y los logros del programa que han recogido durante los pasos anteriores.

También es importante recordar que, en algunos casos, las actividades relacionadas con la salud de la niñez pueden ser ejecutadas por otros programas. Por ejemplo, en algunos países se distribuye vitamina A durante las actividades de vacunación fuera de servicios. Otras tareas clave también pueden llevarse a cabo durante las actividades vacunación fuera de servicio, siempre que no sean técnicamente complejas y su realización no requiera demasiado tiempo. En este caso, el director del PAI puede acordar que las actividades recomendadas se efectúen con los recursos disponibles y no se necesitará ningún otro recurso del programa de salud de la niñez.

Encontrar conexiones entre diferentes áreas programáticas es un aspecto importante al planificar las recomendaciones.

Cómo facilitar

1. Trabajo en grupos pequeños - un facilitador por grupo

- Grupo 1: Política, planificación, financiamiento y gestión y; monitoreo y evaluación
- Grupo 2: Comunicación para la salud/cambio del comportamiento; comunidad
- Grupo 3: Capacitación; sistemas

- Entregue a los participantes la Hoja de Trabajo 7: *Proponer soluciones y recomendaciones*. Retire las dos secciones que han sido asignadas al grupo. Pida a los participantes que completen sus propias Hojas de Trabajo, de manera que tengan un registro de las discusiones.
- Entregue a los participantes una copia del resumen de los problemas principales por área de actividad, elaborado en el paso 4.
- Designe a un participante como relator. El relator resumirá los resultados directamente en la plantilla de computadora. Puede ser útil hacer el trabajo en grupo, para cada problema, empleando una hoja de rotafolio.
- Trabajar en cada problema uno por uno. Escribir los problemas en el recuadro superior de la Hoja de Trabajo 7.
 - Revisar brevemente las actividades y las fortalezas existentes en el programa en relación con el problema o problemas. Anotarlos debajo de la definición del problema.
 - Solicitar a los participantes que identifiquen las causas posibles del problema. Anotar estas causas debajo del problema.
 - Solicitar a los participantes que estudien la lista de las categorías principales de actividades del programa e identifiquen cómo podría el programa fortalecerlas para superar las causas del problema. Anotar estas posibles soluciones debajo de los problemas y las causas.
 - Luego, trabajar en las recomendaciones. Estas deben abarcar un período de alrededor de un año (o un poco más si es necesario). Explique que las recomendaciones deben reforzar lo que el programa está haciendo bien y sugerir cambios para lo que podría mejorar, sobre la base de las soluciones identificadas antes. Use un ejemplo propio del país para ilustrar este punto.

Ayude a los participantes a formular recomendaciones concisas y claras, orientadas a la acción. Ínstelos a comenzar cada recomendación con un verbo.

Ejemplos

El problema: Falta de adecuada supervisión

Actividades existentes

El programa:

- Ha desarrollado una lista de verificación para la supervisión y la ha distribuido a los supervisores
- Ha realizado cursos de capacitación en habilidades para la supervisión
- Ha empleado al personal del programa para capacitar en el lugar de trabajo, a los supervisores de distrito, durante visitas efectuadas dos veces al año
- Ha discutido la supervisión durante reuniones trimestrales con los coordinadores de distrito

Causas del problema

- El programa realiza visitas de supervisión, pero son de deficiente calidad
- La atención prenatal no está incluida en la lista de verificación actual para la supervisión
- Los supervisores no usan apropiadamente la lista de verificación de habilidades . No realizan observación del manejo de casos
- Los supervisores no tienen aptitudes adecuadas de comunicación para aportar sugerencias al personal de los establecimientos acerca de sus resultados
- Los supervisores no reconocen su función en cuanto a impartir capacitación en los establecimientos
- El equipo de gestión del distrito no presta apoyo suficiente a la supervisión
- En ocasiones, se carece de medios de transporte

Soluciones posibles

- Agregar la atención prenatal a la lista de verificación de habilidades, empleada en las supervisión
- Adaptar los materiales de enseñanza sobre supervisión para incluir la lista de verificación de habilidades y la práctica del uso de esta lista
- Expandir el sistema de capacitación en servicio, para el desarrollo de habilidades de supervisión, incluyendo a facilitadores del nivel central, para la capacitación en supervisión al nivel nacional y distrital. Aumentar la frecuencia de estas visitas
- Continuar promoviendo el apoyo político hacia la supervisión, abordando este tema en reuniones con directores de salud a nivel nacional y de distrito

Recomendaciones

En el área de la supervisión, el programa debe:

- Integrar las tareas de supervisión de la atención prenatal en la lista de verificación existente para la supervisión;
- Enfatizar la importancia del manejo supervisado de casos durante la capacitación y la supervisión. Para lograr esto, el programa debe adaptar la capacitación en habilidades para la supervisión, con el fin de incluir práctica en el uso de la lista de verificación de habilidades en la supervisión; en particular, poner mayor énfasis en la observación y en reforzamiento de las habilidades del manejo de casos por parte del personal de salud observado;
- Continuar con las visitas realizadas dos veces al año, por el personal central, para reunirse con el equipo de gestión del nivel distrital y para vigilar las actividades del programa en los distritos y los establecimientos de salud.

Nota

Las recomendaciones para reforzar lo que el programa está haciendo bien a menudo comienzan con:
“El programa debe continuar con ...”

Otros métodos que podrían usarse en grupos pequeños

Aplicar las conclusiones respecto a un problema en otros problemas relacionados

Este método puede ayudar a facilitar las discusiones sobre las causas y las posibles soluciones a los problemas.

- Decidir si cualquier problema pasado o actual puede requerir un enfoque similar.
- Para comenzar, analizar el problema con el que el programa tenga más experiencia o haya tenido éxito y examinar las soluciones y recomendaciones para este problema.
- Discutir el problema o problemas relacionados, teniendo presente esas conclusiones.

Ejemplo

Durante e la EBP, la lista de problemas incluyó los siguientes enunciados del problema:

- ✓ Los avances en el fortalecimiento de la capacitación de AIEPI en pre-grado, para el personal del primer nivel de atención, fueron insuficientes.
- ✓ Las parteras profesionales deben actualizar sus habilidades para la atención y reanimación del recién nacido.

El curso de capacitación de pre-grado, en partería, ya ha experimentado algunos cambios encaminados a mejorar la capacitación en la atención del parto – de manera que ya existe experiencia en este tema. Por consiguiente, comience con una exposición de las soluciones al problema en la capacitación de las parteras profesionales, usando la experiencia anterior.

Luego, analice la posibilidad de usar este método para mejorar la capacitación en AIEPI en pre-grado, con la cual hay menos experiencia.

Elaborar una lista de problemas que se relacionan con el problema principal- grupos grandes o pequeños

Los problemas que ha afrontado el programa tal vez sean amplios; por ejemplo, la falta de una estrategia de capacitación. Se puede usar este método en los grupos pequeños o en el grupo grande para ayudar a enfocar la discusión. Puede ser de utilidad para los participantes el elaborar una lista de preguntas orientadoras, que les facilitará la recopilación de datos fundamentales que pueden conducir a las soluciones.

- Prepare una lista de preguntas orientadoras antes de la sesión.
- Escriba las preguntas en el rotafolio y dirija una discusión que aborde cada una de las preguntas.
- Saque conclusiones basadas en la información que obtenga.

Ejemplo

Las preguntas orientadoras, en relación con la estrategia de capacitación del programa incluyen:

- ¿Cuáles son las funciones y las responsabilidades del personal de salud? ¿Qué tipos de habilidades necesitan?
- ¿Cómo es la cobertura de la capacitación? ¿Qué zonas tienen menos personal capacitado? ¿Cuáles tienen más personal capacitado?
- ¿Cuál es la calidad de la atención que proporciona el personal de salud? ¿Cuáles son las razones de la pobre calidad de la atención?
- ¿Son los métodos actuales de enseñanza adecuados para mejorar las competencias del personal de salud?
- ¿Dónde debe el programa poner mayor énfasis para aumentar el número de personal capacitado y mejorar la calidad de la atención que prestan?

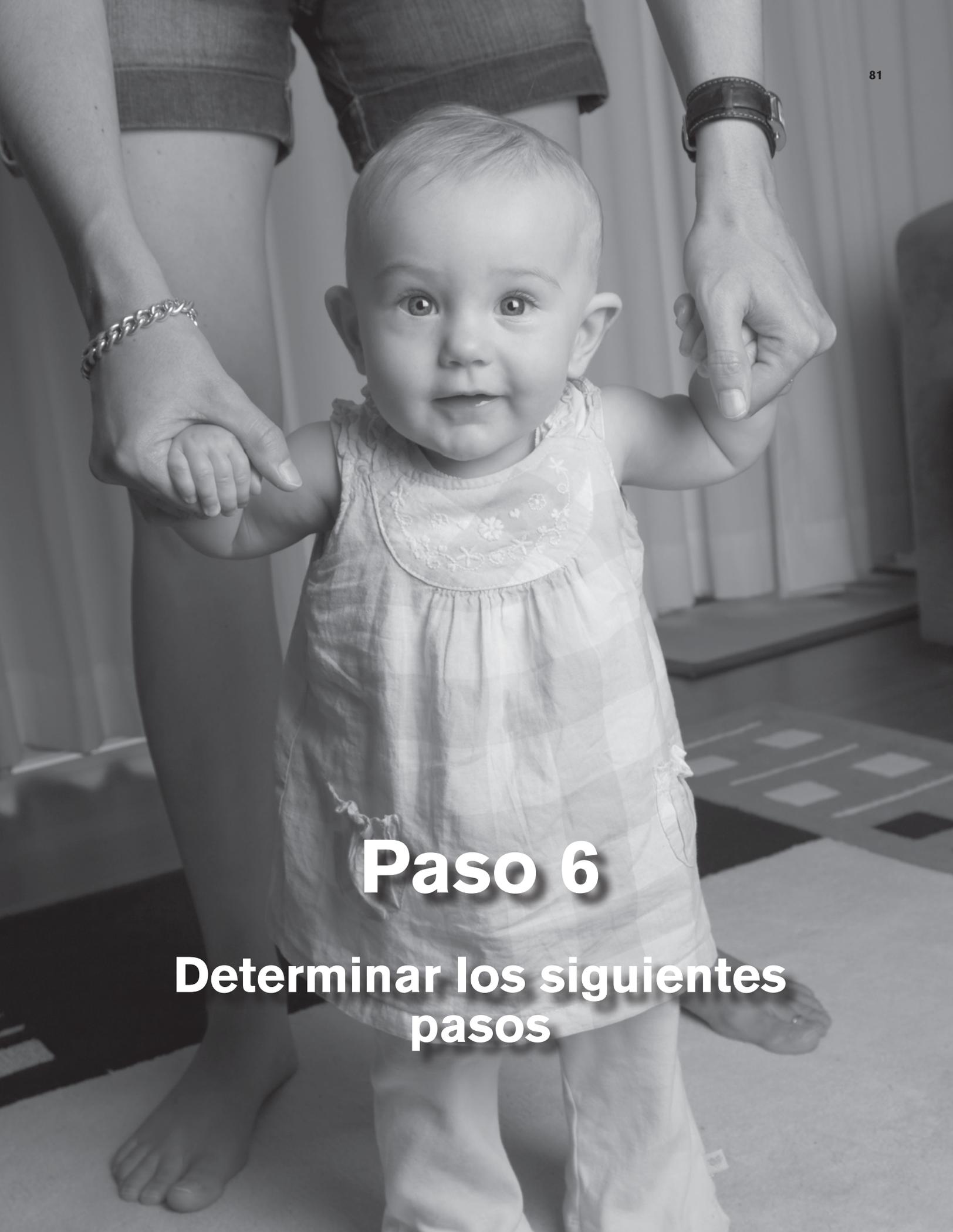
2. Presentar los resultados del trabajo en grupos pequeños en la sesión plenaria - facilitador principal

- Designe a un participante de cada grupo pequeño para que resuma los resultados de su grupo.
- Presente los resultados usando las plantillas de computadora completadas, proyectadas ante el grupo grande.
- Dé tiempo a los participantes para que revisen todas las recomendaciones, en la sesión plenaria. Comience con una discusión en el grupo grande leyendo en voz alta, una por una, cada solución y recomendación. Pregunte a los participantes si están plenamente de acuerdo con las soluciones y recomendaciones o si debe usted hacer alguna enmienda.

- En cada área de actividad, pregunte a los participantes si piensan que las soluciones y recomendaciones están completas o se deben agregar otros puntos. Procure que las soluciones y recomendaciones, para las diferentes áreas de actividad, sean consistentes y tengan una secuencia lógica.
- Haga cualquier revisión necesaria a las propuestas de soluciones y recomendaciones durante la reunión y deje que los participantes las revisen.
- Guarde las recomendaciones en un archivo de la computadora. De a los participantes tiempo para revisar todas las recomendaciones en la sesión plenaria.

Responsabilidades del facilitador principal al final del paso 5

- Compilar los archivos corregidos de computadora de la Hoja de Trabajo 7, de cada grupo pequeño y editarlas si es necesario. Se usarán las soluciones y recomendaciones en los pasos siguientes.



Paso 6

**Determinar los siguientes
pasos**

Preparativos para el paso 6

- Formar un grupo pequeño después del paso 5, para determinar los siguientes pasos. Incluir al equipo coordinador de la EBP y a los facilitadores. Invitar con antelación a los tomadores de decisiones clave a esta discusión. Los tomadores de decisiones clave deben ser seleccionados por el equipo coordinador de la EBP.
- Si hay tiempo, este grupo puede reunirse inmediatamente después del paso 5; de no ser así, tendrán que reunirse al día siguiente;
- Se deben exhibir las recomendaciones de manera que puedan ser vistas por los participantes

Introducción al paso 6

En el paso anterior, los participantes redactaron recomendaciones para el programa de salud de la niñez. Ahora usted, ayudará a determinar los siguientes pasos, para conseguir que estas recomendaciones se incorporen en un plan de acción.

La tarea para el paso 6

La única tarea para el paso 6 es:

- Tarea 6.1: Determinar los siguientes pasos, que permitan lograr que las recomendaciones de la EBP sean incorporadas en un plan (o en planes) de acción

Tarea 6.1

Determinar los siguientes pasos, que permitan lograr que las recomendaciones de la EBP sean incorporadas en un plan (o en planes) de acción

Es importante que las recomendaciones se traduzcan en planes de trabajo que sean implementados. Para esto, los participantes tienen que tomar decisiones clave acerca de las medidas que es preciso tomar. Lo ideal es que la formulación de un plan de trabajo sea un proceso participativo, donde colaboren diferentes dependencias de salud y otros tomadores de decisión.

Las decisiones acerca de los pasos siguientes se toman con un grupo más pequeño de participantes, que tienen la responsabilidad de la planificación o la ejecución de las actividades. Es importante asignar con claridad la responsabilidad de las acciones de seguimiento. La decisión sobre cómo actuar conforme a las recomendaciones no es necesariamente una actividad que requiera mucho tiempo. La mayoría de los participantes tienen experiencia en esta área. Sin embargo, la aplicación de las recomendaciones de la EBP puede significar que las actividades deberán ser planificadas de una forma no empleada en el pasado.

En este paso, es preciso tomar decisiones en relación a lo siguiente:

- **Decidir quién será responsable de las acciones conforme a las recomendaciones**

Los directores del programa son responsables de conseguir que se incluyan las recomendaciones en los planes de trabajo. También, pueden desempeñar una función en procurar que se distribuyan los planes en los primeros niveles del sistema de salud y que sean usados para la planificación local. Como las recomendaciones, a menudo, se referirán a diferentes departamentos, se debe asignar a los directores del

programa en cada uno de estos departamentos la adopción de medidas en sus propias áreas.

- **Decidir sobre el cronograma**

Es necesario decidir cuándo se tomarán las medidas indicadas en las recomendaciones. En la determinación del momento influirán varios factores, como ser la disponibilidad de personal y los recursos económicos.

Idealmente, se pueden incorporar nuevas recomendaciones en los planes de trabajo del personal técnico, donantes, ONG y otros tomadores de decisiones cuando:

- ✓ Los gobiernos asignan presupuestos anuales o personal a áreas de trabajo particulares;
- ✓ Los organismos donantes están buscando propuestas para ser financiadas;
- ✓ Los donantes tienen actividades en curso en un área relacionada o similar;
- ✓ Las ONG locales o internacionales están iniciando su labor en un determinado distrito o grupo de distritos, o tienen actividades en curso en un área técnica similar;
- ✓ Se toman decisiones sobre la capacitación de recursos humanos en salud, el tipo de habilidades y la cantidad de personal necesario;
- ✓ Grupos u organizaciones que no pertenecen al campo de la salud (organizaciones comunitarias, grupos religiosos, profesores, etc.) están buscando formas de participar en proyectos de salud locales.

- **Decidir sobre las funciones y responsabilidades de los tomadores de decisión**

La apropiación y el compromiso de los tomadores de decisión son fundamentales para asegurar la implementación de los planes. Por consiguiente, es importante prestar suficiente atención al proceso

de consulta cuando se definen los siguientes pasos. Es importante que los tomadores de decisión se involucren en la discusión sobre los siguientes pasos, para cada recomendación. De manera que puedan identificar cuáles son las áreas donde pueden prestar apoyo financiero o técnico. Algunos tomadores de decisión quizás puedan participar en las discusiones en grupos pequeños. Otros deberán ser invitados a la reunión de consenso sobre la EBP (véase más adelante).

¿Por qué incluir a los tomadores de decisión?

Las cuatro razones principales para incluir a los tomadores de decisión en la planificación, son:

- Lograr una amplia apropiación del plan;
- Determinar los recursos necesarios para apoyar el plan;
- Motivar la acción colectiva, basada en las fortalezas de los diversos aliados;
- Diseñar intervenciones que reflejen las necesidades locales (que tengan en cuenta la cultura local y los sistemas y enfoques) para reforzar la sostenibilidad.

Los tomadores de decisiones deben tener conocimientos, competencias y pericia requeridos para contribuir al proceso de planificación. No deben ser nombrados exclusivamente debido al puesto que ocupan en una comunidad u organización.

¿Quiénes son los tomadores de decisión clave?

Los tomadores de decisión formales comprenden: el Ministerio de Salud y otros departamentos del gobierno, las ONG, los donantes y los proyectos bilaterales y multilaterales. La decisión sobre quién debe ser consultado refleja la naturaleza y el alcance de las recomendaciones propuestas. Si, por ejemplo, se usará un enfoque sectorial amplio, los donantes internacionales aliados serán un grupo clave que habrá que consultar. Otros grupos probables podrían incluir ministerios clave, profesionales de salud y prestadores de servicios de salud del sector privado.

En la planificación de la ejecución, generalmente se tiene que incluir al personal y los planificadores regionales y de los distritos.

• **Planificar una reunión de consenso sobre la EBP**

Los resultados de la EBP deben ser compartidos con un grupo más amplio de tomadores de decisiones, que incluya al Ministerio de Salud y al personal del gobierno. Esto brinda una oportunidad para que estos grupos conozcan los resultados de la EBP y las medidas futuras que se requieren. También les da la oportunidad para hacer aportes a las soluciones, a las recomendaciones y a los pasos siguientes. La reunión de consenso debe realizarse tan pronto como sea posible, después de la EBP, de manera que la determinación de los siguientes pasos pueda ser concluida pronto. Generalmente es organizada por el equipo coordinador de la EBP.

Las decisiones que deben ser adoptadas :

- ✓ Cuándo, a reunión de consenso sobre la EBP, será realizada;
- ✓ Quiénes serán invitados;
- ✓ Una agenda preliminar;
- ✓ Quién será responsable de organizar la reunión

• **Decidir cómo se efectuará el seguimiento al avance de la aplicación de las recomendaciones de la EBP**

Es preciso establecer un mecanismo que permita realizar seguimiento al avance de la aplicación de las recomendaciones de la EBP. En algunos casos, esto será posible a través de un comité coordinador de actividades de salud de la niñez, que ya exista. Tal vez se considere necesario incluir a los directores de dependencias que tradicionalmente no son consideradas en las actividades de salud de la niñez. También puede ser útil que el equipo coordinador de la EBP defina un plan para vigilar este proceso. Cualquiera que sea el mecanismo que se decida adoptar, es importante que este grupo se reúna periódicamente para evaluar el avance y tomar medidas si el avance es lento.

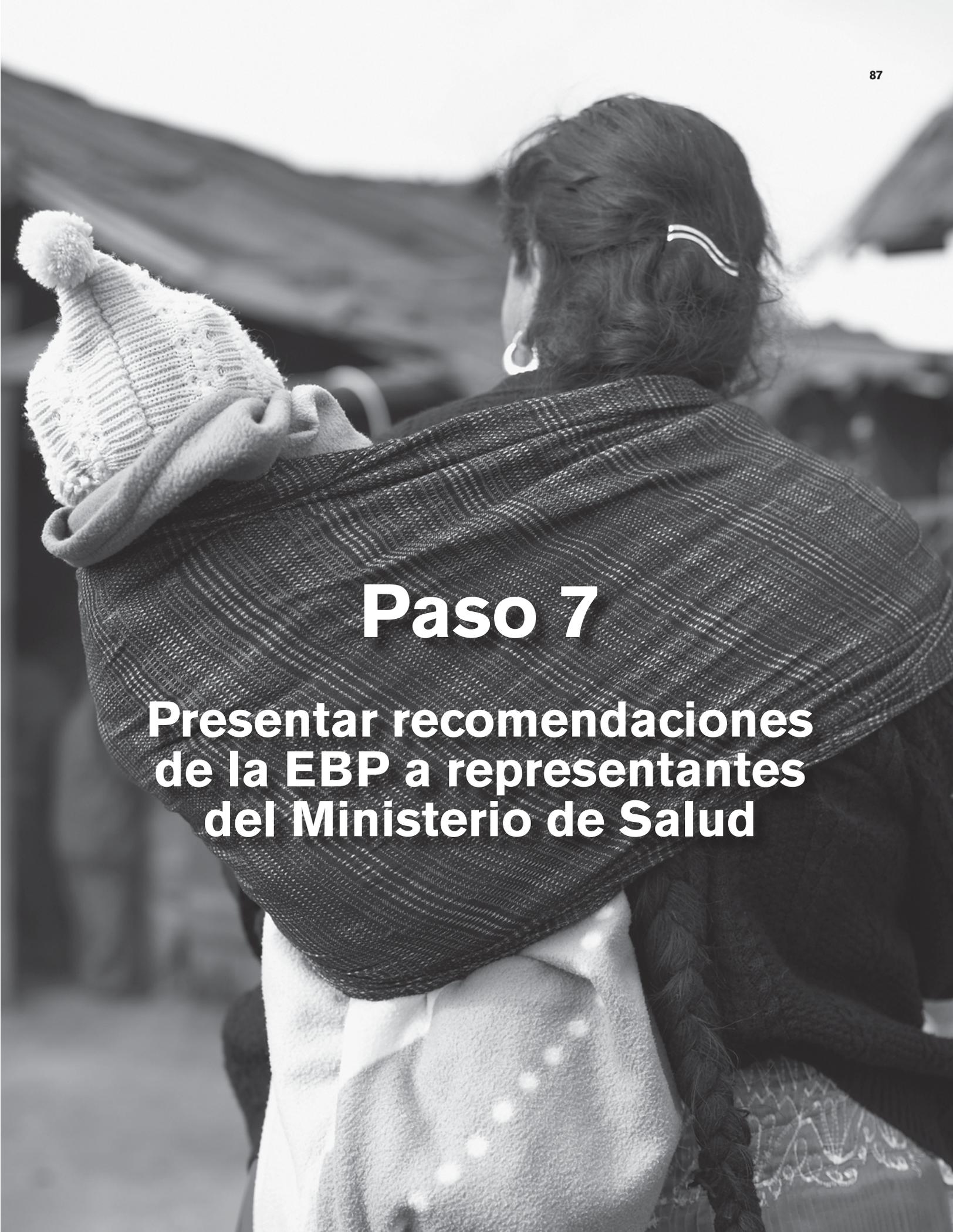
Cómo facilitar

Trabajo en un grupo pequeño de participantes clave —facilitador principal

- Explique a los participantes que ahora decidirán sobre lo que debe hacerse para transformar las recomendaciones de la EBP en un plan de ejecución concreto.
 - Explique los aspectos en los que se requiere tomar decisiones:
 - Quién coordinará y supervisará las acciones a ser tomadas
 - El cronograma de las acciones a ser tomadas;
 - Qué tomadores de decisión estarán involucrados y cómo;
 - Cuándo se realizará la reunión de consenso sobre la EBP, quiénes serán invitados, cuál será la agenda de la reunión y quién será responsable de organizarla;
 - Cómo se encaminará el avance de la implementación de las recomendaciones de la EBP.
 - Proyecte las recomendaciones usando la plantilla de computadora, para que puedan ser vistas por todos los participantes;
 - Revise una por una cada recomendación. En cada recomendación, revise quién será responsable de las acciones, el momento en que serán implementadas y el grado y tipo de participación de los tomadores de decisión que se espera.
- Recomienda a los participantes que sean realistas y concretos. No deben prometer nada que no sea posible cumplir. Estimule la participación del personal de los primeros niveles, cuando sea posible.
 - Los tomadores de decisión deben estar preparados para definir dónde pueden comprometer recursos humanos, materiales o económicos. Se debe identificar a tomadores de decisión, como ser donantes u ONGs, que están interesados en contribuir a la implementación de las recomendaciones, pero que no estuvieron presentes en la evaluación. Se les puede informar posteriormente e invitarlos a la reunión de consenso sobre la EBP.
 - Presente los hallazgos. Escriba los siguientes en la plantilla de computadora. Lea los siguientes pasos uno por uno. Pregunte a los participantes si están plenamente de acuerdo con el plan o si usted debe hacer alguna enmienda.
 - Cuando se hayan examinado todas las recomendaciones, es preciso tomar las decisiones finales acerca de la reunión de consenso y el seguimiento a la implementación de las recomendaciones.

Responsabilidades del facilitador principal al final del paso 6

Editar los pasos siguientes a cada recomendación, que serán usados en la presentación de hallazgos y en el informe final.



Paso 7

**Presentar recomendaciones
de la EBP a representantes
del Ministerio de Salud**

Preparativos para el paso 7

- Decidir con el equipo coordinador de la EBP a quiénes se invitará. Invitar a todos los aliados que estén interesados en el programa y ayudan a implementar sus actividades.
- Programar la reunión.
- Preparar una agenda para la reunión, que incluya:
 - una breve exposición que resuma los hallazgos de la EBP;
 - una sesión de trabajo para revisar las recomendaciones y los siguientes pasos.

Además, la agenda puede incluir presentaciones del director o directores del programa y los representantes de los principales organismos aliados, según sea conveniente.

- Ayude al coordinador de la EBP a preparar diapositivas para la presentación en las siguientes áreas: 1) Antecedentes de la evaluación; 2) Objetivos y métodos de la EBP (se pueden usar las diapositivas estándar con información sobre antecedentes y la metodología de la EBP y las instrucciones paso por paso); 3) Los datos clave de las Hojas de Trabajo 2 y 4 y los resúmenes de los hallazgos; 4) Las principales fortalezas y debilidades identificados en cada área de actividad ; 5) Las recomendaciones y siguientes pasos para cada área de actividad.
- Para cada persona que asistirá a la reunión, prepare una copia de:
 - La agenda;
 - Las recomendaciones;
 - Los siguientes pasos.

Introducción al paso 7

Ahora, usted ha llegado al último paso de la EBP. En este paso, el equipo coordinador de la EBP expone los hallazgos ante los representantes de Ministerio de Salud y otros interesados. El objetivo es lograr un amplio apoyo hacia el programa y

conseguir aliados involucrados que ayuden a que el programa ponga en práctica recomendaciones formuladas durante la EBP.

Use estas instrucciones para ayudar al personal del programa a prepararse para la reunión final.

Tarea 7.1

Las tareas que hay que completar en el paso 7 son:

- Tarea 7.1 Exponer los hallazgos de la EBP, las recomendaciones y los siguientes pasos a las personas que participaron en la EBP y a otros aliados interesados
- Tarea 7.2 Emplear la información de retroalimentación, recogida durante la reunión de cierre, para revisar y concluir las recomendaciones y los siguientes pasos
- Tarea 7.3 Presentar a todos los aliados relevantes —que no estuvieron en la reunión de cierre— los hallazgos de la EBP, las recomendaciones y los siguientes pasos
- Tarea 7.4 Decidir qué tomadores de decisión deberían recibir una copia del resumen del informe final de la EBP

Tarea 7.1

1. Preparar la exposición de los resultados de la EBP

Cómo facilitar

Grupo pequeño —facilitador principal

- Decida quién expondrá los resultados. En algunos casos, tal vez el coordinador de la EBP quiera presentar todos los resultados. En otros, los facilitadores o los directores del programa pueden presentar diferentes secciones de la presentación.
- Ayude al coordinador y a los facilitadores de la EBP a preparar y organizar la exposición. Use las copias de computadora de las Hojas de Trabajo. Asegúrese que los medios visuales estén preparados (presentación en PowerPoint, rotafolios etc.). Se proporciona un ejemplo de exposición en el CD de la EBP.

Estructure la reunión de cierre de la siguiente manera:

- palabras de bienvenida y breve introducción;
 - breve descripción del proceso de la EBP;
 - exposición de los hallazgos a partir de los datos (positivos y negativos); principales fortalezas y debilidades, problemas y soluciones;
 - presentación de las recomendaciones y los siguientes pasos, seguida de preguntas y respuestas;
 - palabras de clausura.
- Ensaye la presentación por lo menos una vez, con las personas que la realizarán, y asegúrese de que estén familiarizados con el contenido.

2. Presentar las recomendaciones y los siguientes pasos a las personas que participaron en la EBP y a otros aliados interesados

El coordinador y los facilitadores de la EBP presentan los hallazgos de la EBP durante la reunión de cierre. La función del facilitador principal puede ser limitada, si el personal del programa dirige las exposiciones. A veces, puede ser necesario desempeñar una parte más activa, para dar peso a las recomendaciones y propiciar el apoyo.

Cómo facilitar

Exposición en el grupo grande —coordinador de la EBP

- Resuma el proceso, la metodología de la EBP y los resultados de los pasos 1 a 4. No especifique aún las recomendaciones. Muestre los logros del programa; mencione luego las dificultades y los problemas que se analizaron con más detalle. Recalque que la elaboración de planes de trabajo para abordar los problemas y obstáculos debe ser un proceso participativo.

- Entregue a cada participante una copia de las recomendaciones y los siguientes pasos. Lea las recomendaciones o pida a los participantes que las lean. Luego, promueva la discusión de las recomendaciones, considerando cada una de las áreas de actividad.
- Promueva una discusión acerca de cada área de actividad. Suministre información adicional sobre cómo se definieron las recomendaciones y los siguientes pasos.
- Revise las recomendaciones y los siguientes pasos tanto como sea necesario y procure que los participantes lleguen a un acuerdo sobre las recomendaciones finales y los siguientes pasos. Solicite a los participantes que propongan quiénes deberían recibir los hallazgos de la EBP.
- Después de revisar las recomendaciones y los siguientes pasos, presente a las otras personas que realizarán presentaciones.
- Dirija una unas palabras finales, al concluir la reunión, resumiendo y agradeciendo a todos sus aportes.

Nota

Puede ser apropiado analizar las posibles funciones de los aliados durante esta reunión. Las funciones podrían incluir el apoyo con asistencia técnica y recursos materiales, humanos o económicos. En algunos casos, tal vez el director del programa o los funcionarios de alto nivel del Ministerio de Salud pueden preparar el terreno para posibles contribuciones futuras. Como primer paso, los aliados podrían comprometerse a participar en la elaboración o en la revisión del plan de implementación. Pueden existir áreas específicas a las cuales los aliados quieran contribuir. Si fuera necesario, trate de organizar reuniones más pequeñas, que incluyan solamente a aliados y directores del programa, para analizar cómo se puede organizar la coordinación y el apoyo.

Quizás los facilitadores externos no estén disponibles para la reunión de consenso. Esta reunión generalmente será organizada y dirigida por el coordinador de la EBP y el equipo de coordinación. Si usted está disponible, puede hacer aportes en las tareas siguientes.

Tarea 7.2

Emplear la información de retroalimentación, recogida durante la reunión de cierre, para revisar y concluir las recomendaciones y los siguientes pasos

- El facilitador principal y el coordinador de la EBP revisan las recomendaciones y los pasos siguientes conforme a las discusiones sostenidas durante la reunión de cierre.

Tarea 7.3

Presentar a todos los aliados relevantes –que no estuvieron en la reunión de cierre– los hallazgos de la EBP, las recomendaciones y los siguientes pasos

Cómo facilitar

Colaborar con el coordinador y el equipo de la EBP en:

- Realizar citas por separado, para reunirse con cualquier aliado importante que no pudo asistir a la reunión de cierre. Asegurarse de que reciban una copia de las presentaciones, de las

recomendaciones y de los siguientes pasos. Se les debe informar los hallazgos de la EBP y promover su compromiso y participación en las actividades del plan de implementación.

- Elaborar una agenda para las reuniones, que incluya:
 - una breve descripción del proceso de la EBP;
 - la presentación de los hallazgos, las recomendaciones y los siguientes pasos;
 - los puntos que se tratarán específicamente con cada aliado; por ejemplo, cómo pueden participar en la elaboración del plan de implementación y las posibles áreas en las que quisieran prestar apoyo

Tarea 7.3

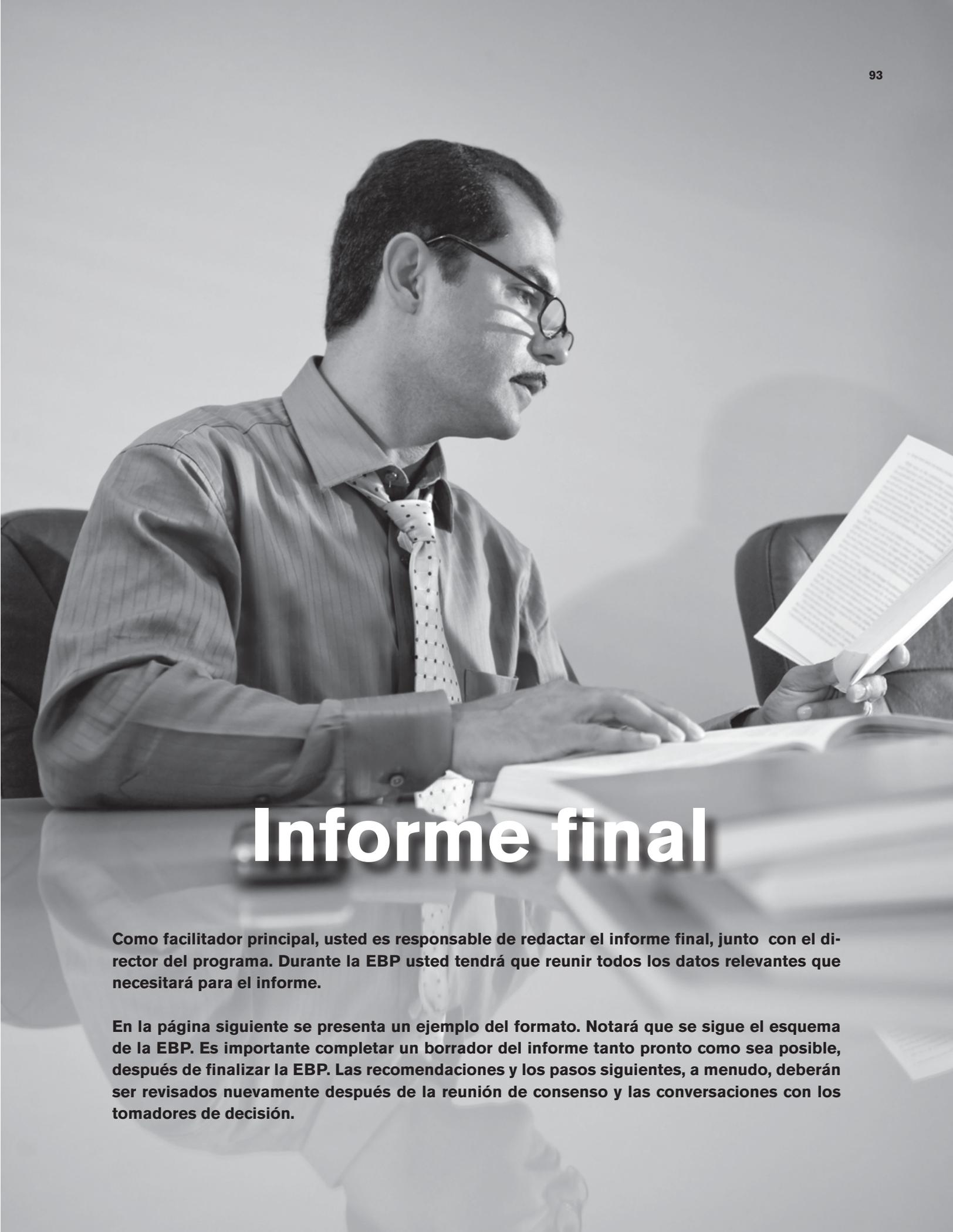
Decidir qué tomadores de decisión deberían recibir una copia del resumen del informe final de la EBP

Cómo facilitar

Colaborar con el coordinador y el equipo de la EBP para:

- Usar las discusiones sostenidas en la presentación final, con el fin de decidir quién debe recibir una copia del resumen del informe final de la EBP. Además de las dependencias del Ministerio de Salud involucradas en la EBP, puede ser importante incluir a otros tomadores de decisión, como ser:

- Instituciones nacionales de derechos humanos, incluyendo a la Comisión de los Derechos de los Niños.
- Representantes de grupos de la comunidad, grupos que representen a padres de familia y de ONGs que trabajan con subgrupos de niños vulnerables.
- Ministerios que no son de salud, como ser los que se ocupan de grupos minoritarios donde existen disparidades sanitarias étnicas; los ministerios responsables de las estadísticas vitales y registro civil; oficinas de estadísticas o unidades similares.
- Dependencias del Ministerio de Salud que son relevantes para la salud de la niñez, como ser las relacionadas con nutrición, malaria, promoción de la salud y el Sistema de Información en Salud.



Informe final

Como facilitador principal, usted es responsable de redactar el informe final, junto con el director del programa. Durante la EBP usted tendrá que reunir todos los datos relevantes que necesitará para el informe.

En la página siguiente se presenta un ejemplo del formato. Notará que se sigue el esquema de la EBP. Es importante completar un borrador del informe tanto pronto como sea posible, después de finalizar la EBP. Las recomendaciones y los pasos siguientes, a menudo, deberán ser revisados nuevamente después de la reunión de consenso y las conversaciones con los tomadores de decisión.

Ejemplo de formato para el informe final

Resumen ejecutivo

1. Antecedentes

Incluya una visión general del programa de salud de la niñez, las estrategias clave disponibles, cómo se organiza la salud de la niñez en el Ministerio de Salud, cómo se prestan los servicios a nivel de los establecimientos de salud y en la comunidad.

2. La Evaluación Rápida del Programa

1.1 Objetivos

1.2 Participantes

1.3 Metodologías

1.4 Pasos completados

3. Metas y objetivos del programa de salud de la niñez. Metas y objetivos finales. Problemas clave analizados.

4. El estado de la salud neonatal y del niño menor de 5 años. Resumen de los principales hallazgos, en base a los datos; indicadores positivos y otros donde se requiere mayor atención. Vacíos de datos y cómo serán abordados.

5. Cobertura de las intervenciones: Madres, recién nacidos y niños menores de 5 años. Resumen de los principales hallazgos, en base a los datos; indicadores positivos y otros donde se requiere mayor. Vacíos de datos y cómo serán abordados.

6. Resumen de la situación del programa de salud de la niñez.

6.1. Resumen de las áreas técnicas a lo largo del proceso de continuo de cuidado: embarazo, parto; período neonatal; lactantes y niños menores de 5 años: 1) tabla de intervenciones y cómo se realizan; 2) resultados positivos; 3) problemas identificados.

6.2 Resumen de fortalezas y debilidades de las distintas áreas de actividad: 1) política, planificación, gestión y financiamiento; 2) recursos humanos y capacitación; 3) comunicación para la salud y cambio del comportamiento; 4) comunidad; 5) sistemas de salud; 6) vigilancia y evaluación.

7. Problemas centrales, soluciones y recomendaciones. En cada área de actividad.

8. Resumen de los siguientes pasos para cada recomendación.

9. Anexos

- Lista de participantes
- Lista de documentos revisados
- Cronograma

Hojas de trabajo

**Uso de datos para el examen
de programas de salud infantil
(Examen Breve de Programas)**

Hojas de trabajo en cada paso

Paso 1 ¿Adónde vamos?

Hoja de trabajo 1: Metas y objetivos del programa de salud infantil

Hoja de trabajo 2: Indicadores del estado de salud de la madre, el recién nacido y el niño menor de 5 años

Paso 2 ¿Llegan las intervenciones a las mujeres y los niños?

Hoja de trabajo 3: Intervenciones de salud infantil y cómo se llevan a cabo;

Hoja de trabajo 4: Indicadores de la cobertura de salud infantil.

Paso 3 ¿En qué medida se ejecutan adecuadamente las actividades del programa?

Hoja de trabajo 5: *Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades.* Evaluar si el programa ejecutó las actividades en cada área de actividad plenamente, en parte o para nada; determinar por qué el programa no logró ejecutar las actividades o las ejecutó de manera insatisfactoria; resumir los puntos fuertes y los puntos débiles del programa.

Paso 4 ¿Cuáles son los principales problemas que ha afrontado el programa?

Hoja de trabajo 6: *Identificar los principales problemas.* Los problemas han limitado la capacidad de suministrar las intervenciones.

Paso 5 ¿Cuáles son las soluciones y las recomendaciones para los problemas?

Hoja de trabajo 7: *Proponer soluciones y recomendaciones* para cada área problemática principal. Deben ser viables y realistas. Se incorporarán en el próximo plan de trabajo.

Paso 1

¿Adónde vamos?

***Hoja de trabajo 1:
Metas y objetivos del programa de salud infantil***

***Hoja de trabajo 2:
Indicadores del estado de salud de la madre,
el recién nacido y el niño menor de 5 años***

1.1. Examinar las metas y objetivos del programa de salud infantil

Las metas y los objetivos establecen la orientación general del programa de salud infantil.

Metas

Las metas son mejoras a largo plazo de la salud y la supervivencia infantiles, que se espera lograr con el programa.

Las metas se miden como cambios en el estado de nutrición, la morbilidad o la mortalidad en la niñez (repercusiones en la salud). Las metas establecen la orientación de todas las actividades del programa. Como requieren cambios en la morbilidad o la mortalidad, el logro de las metas puede tomar de 5 a 10 años o más.

Ejemplos de metas

- Para el 2015, reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años a 65/1000 nacidos vivos
- Para el 2015, reducir la mortalidad de lactantes a 50/1000 nacidos vivos
- Para el 2015, disminuir la prevalencia del retraso del crecimiento (talla para la edad)

Objetivos

Los objetivos son los cambios a mediano plazo en la cobertura de las intervenciones, que se espera lograr con el programa.

Se prevé que, a medida que se aplique el programa, los objetivos se modificarán en el corto o mediano plazo (cada uno o dos años). Si no se alcanzan los objetivos, es improbable que a largo plazo se produzcan reducciones de la morbilidad y la mortalidad infantiles y no se lograrán las metas del programa.

Ejemplos de objetivos

Generales

- Aumentar la cobertura de las intervenciones para prevenir y controlar la neumonía, la diarrea, las malaria, los problemas de los recién nacidos y la desnutrición, mediante el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud prestados en la comunidad y en los establecimientos de salud y mediante la educación sanitaria
- Fortalecer la capacidad del sistema de salud de gestión y prestación sostenidas de servicios de salud de gran calidad

Específicos

- Aumentar la proporción de menores de seis meses que son amamantados exclusivamente
- Aumentar la proporción de embarazadas que recibieron 2 o más inmunizaciones contra el tétanos durante su embarazo
- Aumentar la proporción de niños con diarrea en las 2 semanas anteriores que recibieron el tratamiento de rehidratación oral

Leer la hoja de trabajo 1: *Metas y objetivos del programa de salud infantil*

Estas metas y objetivos serán examinados y analizados en la sesión plenaria.

HOJA DE TRABAJO 1:
Metas y objetivos del programa de salud infantil

Meta del programa	Objetivos del programa

1.2. Examinar el estado de salud de la madre, el recién nacido y el niño menor de 5 años

Examinar y analizar los datos de la morbilidad y la mortalidad en la hoja de trabajo 2, *Indicadores del estado de salud de la madre, el recién nacido y el niño menor de 5 años*.

Estos datos serán examinados y analizados en el grupo grande.

En cada medición, se harán las siguientes preguntas:

- ¿Se dispone de datos?
- ¿Se ha alcanzado la meta? (si se ha establecido anteriormente una meta)
- ¿Se ha modificado el indicador con el transcurso del tiempo? ¿Aumenta o disminuye?
- ¿Difiere según las diferentes regiones o grupos?
- ¿Hay problemas en relación con la validez o la fiabilidad de los datos? ¿Son necesarios métodos nuevos o diferentes?

Resume los resultados en la hoja de trabajo 2:

Ponga una marca en las casillas correspondientes a los indicadores con resultados positivos

Las tendencias son descendentes
Se han alcanzado las metas

Haga una cruz en las casillas correspondientes a los indicadores con resultados negativos

Las tendencias son ascendentes o estáticas
No se han alcanzado las metas
Hay diferencias entre subgrupos

Sombree las casillas correspondientes a los indicadores cuando se necesitan datos

Describa cómo se recopilarán datos en el futuro

HOJA DE TRABAJO 2: Indicadores del estado de salud de la madre, el recién nacido y el niño menor de 5 años

Datos requeridos	Mediciones	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/ más bajo)
Defunciones de recién nacidos	Tasa de mortalidad neonatal				
	Mortalidad neonatal como proporción de la tasa de mortalidad de lactantes y la tasa de mortalidad de menores de 5 años				
	Causas de muerte				
Defunciones maternas	Tasa de mortalidad materna				
	Causas de muerte				
Peso bajo al nacer	Prevalencia del peso bajo al nacer				
Defunciones de lactantes	Tasa de mortalidad de lactantes				
	Mortalidad de lactantes como proporción de la mortalidad total de niños menores de 5 años				
	Causas de muerte				

continúa

Continuación

Datos requeridos	Mediciones	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/ más bajo)
Defunciones de niños menores de 5 años	Tasa de mortalidad de menores de 5 años				
	Causas de muerte				
Morbilidad de niños menores de 5 años	Prevalencia de las enfermedades de la infancia: neumonía, diarrea, malaria (fiebre), sarampión (medida como prevalencia en 2 semanas)				
	Prevalencia de la infección por el VIH entre los niños sometidos a pruebas				
Desnutrición	Prevalencia del peso bajo para talla (puntuación zeta-2 o menos)				
	Prevalencia de la talla baja para la edad (puntuación zeta-2 o menos)				
	Prevalencia del peso bajo para la edad (puntuación zeta-2 o menos)				
Carencias de micronutrientes	Prevalencia de xeroftalmía				
	Prevalencia de retinol sérico bajo				
	Prevalencia de anemia (<10g/dl de Hg)				



Foto: Michael Bisceglie

Paso 2

¿Llegan las intervenciones a las mujeres y los niños?

***Hoja de trabajo 3:
Intervenciones de salud infantil y cómo se llevan a cabo***

***Hoja de trabajo 4:
Indicadores de la cobertura de salud infantil***

1.3. Describir las intervenciones de salud infantil actuales y cómo se llevan a cabo

Examinar y analizar la hoja de trabajo 3, *Intervenciones de salud infantil y cómo se llevan a cabo*. Cada grupo pequeño examina una etapa diferente del proceso continuo de la atención (el embarazo, el nacimiento y el periodo posnatal inmediato, el período neonatal, los lactantes y los niños de 1 a 59 meses de edad).

Examinar y analizar

- Las intervenciones que actualmente se realizan.
- Los niveles en los cuales se realizan actualmente las intervenciones
- Si el personal sanitario ha sido capacitado para efectuar 2 o más intervenciones al mismo tiempo (paquete de intervenciones). Describir los cursos de capacitación y los paquetes actuales.
- Si las intervenciones se cumplen en todas las zonas geográficas o si su disponibilidad es limitada.

Resumir los resultados en la hoja de trabajo 3

Ponga una marca en las casillas correspondientes a las intervenciones que están actualmente incluidas en el programa

Sombree las casillas correspondientes a las intervenciones que actualmente no se ejecutan en todos los niveles del sistema de salud y que deben ser realizadas en otros niveles

Ponga un asterisco en las casillas correspondientes a las intervenciones que tienen un alcance geográfico limitado

HOJA DE TRABAJO 3: Intervenciones de salud infantil y cómo se llevan a cabo

EMBARAZO

Intervenciones	¿Incluida en el programa? Marcar la casilla correspondiente en caso afirmativo	Nivel en el cual se realiza la intervención Marcar los niveles			¿Se ejecuta en un paquete junto con una o varias otras intervenciones? Especifique el paquete o paquetes	Se ejecuta en todas las zonas o solo en algunas; especifique
		Hogar y comunidad	Establecimiento de primer nivel	Establecimiento de referencia		
Inmunización con toxoide tetánico						
Planificación para el parto o urgencias						
Detección y tratamiento de problemas que complican el embarazo (por ejemplo, trastornos hipertensivos, hemorragia, presentaciones anormales, embarazo múltiple, anemia)						
Detección y tratamiento de la sífilis						
Tratamiento profiláctico intermitente de la malaria						
Información y orientación sobre autocuidado, nutrición, actividad sexual de menor riesgo, lactancia materna, planificación de la familia						
Mosquiteros tratados con insecticida						
Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH						
Otra: (especifique) _____						
Otra: (especifique) _____						
Otra: (especifique) _____						

HOJA DE TRABAJO 3: Intervenciones de salud infantil y cómo se llevan a cabo

NACIMIENTO Y PERÍODO POSNATAL INMEDIATO

Intervenciones	¿Incluida en el programa? Marcar la casilla correspondiente en caso afirmativo	Nivel en el cual se realiza la intervención Marcar los niveles			¿Se ejecuta en un paquete junto con una o varias otras intervenciones? Especifique el paquete o paquetes	Se ejecuta en todas las zonas o solo en algunas; especifique
		Hogar y comunidad	Establecimiento de primer nivel	Establecimiento de referencia		
Vigilancia del progreso del trabajo de parto, el bienestar materno y fetal con un cartógrafo						
Manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto						
Apoyo social (del compañero) durante el parto						
Atención inmediata al recién nacido (reanimación en caso de necesidad, protección térmica, cuidados e higiene del cordón, iniciación temprana de la lactancia materna)						
Atención obstétrica y neonatal de urgencia para las complicaciones						
Antibióticos para la rotura prematura de la membrana en partos de pretérmino						
Administración prenatal de corticosteroides para el trabajo de parto de pretérmino						
Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH						
Otra: (especifique) _____						
Otra: (especifique) _____						
Otra: (especifique) _____						

HOJA DE TRABAJO 3: Intervenciones de salud infantil y cómo se llevan a cabo

PERÍODO NEONATAL

Intervenciones	¿Incluida en el programa? Marcar la casilla correspondiente en caso afirmativo	Nivel en el cual se realiza la intervención Marcar los niveles			¿Se ejecuta en un paquete junto con una o varias otras intervenciones? Especifique el paquete o paquetes	Se ejecuta en todas las zonas o solo en algunas; especifique
		Hogar y comunidad	Establecimiento de primer nivel	Establecimiento de referencia		
Lactancia materna exclusiva						
Protección térmica						
Cuidado e higiene del cordón						
Búsqueda pronta de atención de las enfermedades						
Atención adicional a lactantes de bajo peso al nacer						
Tratamiento de las enfermedades del recién nacido						
Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH						
Otra: (especifique) _____						
Otra: (especifique) _____						
Otra: (especifique) _____						

HOJA DE TRABAJO 3: Intervenciones de salud infantil y cómo se llevan a cabo

LACTANTES Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Intervenciones	¿Incluida en el programa?	Nivel en el cual se realiza la intervención			¿Se ejecuta en el paquete junto con una o varias otras intervenciones? Especifique el paquete o paquetes	Se ejecuta en todas las zonas o solo en algunas; especifique
	Marcar la casilla correspondiente en caso afirmativo	Marcar los niveles				
		Hogar y comunidad	Establecimiento de primer nivel	Establecimiento de referencia		
Intervenciones preventivas						
Lactancia materna exclusiva (< 6 meses)						
Alimentación complementaria segura y apropiada con lactancia materna continua (al menos hasta los 2 años de edad)						
Mosquiteros tratados con insecticida						
Inmunización (BCG, contra la hepatitis B, DPT, vacuna antipoliomielítica oral, antisarampionosa, contra Hib)						
Administración de suplementos de vitamina A						
Agua, saneamiento, higiene						
Espaciamiento de los nacimientos \geq 24 meses						
Otra: (especifique) _____						
Otra: (especifique) _____						
Otra: (especifique) _____						

HOJA DE TRABAJO 3: Intervenciones de salud infantil y cómo se llevan a cabo

LACTANTES Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Intervenciones	¿Incluida en el programa? Marcar la casilla correspondiente en caso afirmativo	Nivel en el cual se realiza la intervención Marcar los niveles			¿Se ejecuta en un paquete junto con una o varias otras intervenciones? Especifique el paquete o paquetes)	Se ejecuta en todas las zonas o solo en algunas; especifique
		Hogar y comunidad	Establecimiento de primer nivel	Establecimiento de referencia		
Intervenciones de tratamiento						
Terapia de rehidratación oral para la diarrea						
Administración de cinc para tratar la diarrea						
Administración de antibióticos para tratar la disentería						
Administración de antibióticos para tratar la neumonía						
Administración de antimaláricos						
Tratamiento de la desnutrición grave						
Tratamiento de niños expuestos al VIH o infectados por el virus						
Otra: (especifique) _____						
Otra: (especifique) _____						
Otra: (especifique) _____						

1.4. Examinar los indicadores de la cobertura de salud infantil

Examinar y analizar la hoja de trabajo 4: *Indicadores de la cobertura de salud infantil*. Cada grupo pequeño examina una etapa diferente del proceso continuo de la atención (el embarazo, el nacimiento y el período posnatal inmediato, el período neonatal, los lactantes y los niños de 1 a 59 meses de edad).

Para cada medición, haga las siguientes preguntas:

- ¿Se dispone de datos?
- ¿Se ha alcanzado la meta? (si se ha establecido anteriormente una meta)
- ¿Se ha modificado el indicador con el transcurso del tiempo? ¿Aumenta o disminuye?
- ¿Difiere según las diferentes regiones o grupos?
- ¿Hay problemas en relación con la validez o la fiabilidad de los datos? ¿Son necesarios métodos nuevos o diferentes?

Resuma los resultados en la hoja de trabajo 4

Ponga una marca en las casillas correspondientes a los indicadores con resultados positivos

Las tendencias son ascendentes
Se han alcanzado las metas

Haga una cruz en las casillas correspondientes a los indicadores con resultados negativos

Las tendencias son descendentes o estáticas
No se han alcanzado las metas
Existen diferencias significativas entre subgrupos

Sombree las casillas correspondientes a los indicadores cuando se necesitan datos

Describa cómo se recopilarán datos en el futuro

HOJA DE TRABAJO 4: Indicadores de la cobertura de salud infantil

Período	Intervención	Medición de la cobertura	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/más bajo)
Embarazo	Atención prenatal adecuada	Proporción de madres que recibieron al menos 4 visitas de atención prenatal				
	Aplicación de toxoide tetánico (TT) a todas las embarazadas	Proporción de madres que recibieron dos o más dosis de TT durante el embarazo				
		Proporción de recién nacidos protegidos contra el tétanos al nacer				
	Administración de suplementos de hierro	Proporción de madres que recibieron suplementos de hierro durante el embarazo				
	Prevención de la malaria	Proporción de embarazadas que la noche anterior durmieron bajo un mosquitero tratado con insecticida				
	Orientación y pruebas voluntarias para detectar la infección por el VIH y para prevenir la transmisión maternoinfantil	Proporción de madres VIH positivas que recibieron tratamiento profiláctico con antirretrovíricos				

HOJA DE TRABAJO 4: Indicadores de la cobertura de salud infantil (Continuación)

Período	Intervención	Medición de la cobertura	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/más bajo)
Trabajo de parto y parto	Todos los partos fueron asistidos por una partera capacitada	Proporción de partos asistidos por parteras capacitadas				
		Proporción de partos en el hogar/ proporción de partos en instituciones				
	Identificación y tratamiento de urgencias maternas, como la eclampsia y el parto obstruido	Proporción de embarazos rurales que culminaron con una cesárea				
Inmediatamente después del nacimiento	Prevención de la hipotermia	Proporción de bebés que fueron secados y envueltos (y no bañados) inmediatamente después del nacimiento				
	Cuidado e higiene apropiados del cordón	Proporción de bebés a quienes se les cortó el cordón con un instrumento limpio				
	Inicio inmediato de la lactancia materna	Proporción de madres que iniciaron el amamantamiento en la primera hora después del nacimiento				
		Proporción de bebés que recibieron un alimento previo a la lactancia				

HOJA DE TRABAJO 4: Indicadores de la cobertura de salud infantil

Período	Intervención	Medición de la cobertura	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/ más bajo)
Período posnatal/ neonatal	Visita de atención posnatal	Proporción de madres y recién nacidos que tuvieron contacto con un prestador de atención en los 2 primeros días posteriores al parto				
	Lactancia materna exclusiva	Proporción de madres que dieron solo leche materna a sus hijos en los 3 primeros días posteriores al nacimiento				
		Proporción de lactantes de 0 a 28 días de edad que son amamantados exclusivamente				
Lactantes y niños menores de 5 años	Lactancia materna exclusiva	Proporción de menores de seis meses amamantados exclusivamente				
	Alimentación complementaria apropiada	Proporción de lactantes de 6 a 9 meses de edad que reciben lactancia materna y alimentación complementaria apropiadas				

HOJA DE TRABAJO 4: Indicadores de la cobertura de salud infantil

Período	Intervención	Medición de la cobertura	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/más bajo)
Lactantes y niños menores de 5 años (Continuación)	Administración de suplementos de micronutrientes	Proporción de niños que recibieron una dosis de vitamina A en los 6 meses anteriores				
		Proporción de niños que viven en hogares donde se usa sal yodada (15+ ppm)				
	Inmunizaciones contra enfermedades prevenibles por vacunación	Proporción de niños de 12 a 23 meses de edad vacunados contra el sarampión antes de cumplir los 12 meses				
	Prevención de la malaria	Proporción de niños que durmieron la noche anterior bajo un mosquitero impregnado con insecticida				
	Tratamiento antimalárico	Proporción de niños con fiebre que recibieron medicamentos antimaláricos apropiados				
	Búsqueda de atención para la neumonía	Proporción de niños con presunta neumonía llevados al prestador de servicios apropiado				
	Tratamiento con antibióticos para presunta neumonía	Proporción de niños con presunta neumonía que recibieron antibióticos apropiados				
	Rehidratación oral para la diarrea	Proporción de niños con diarrea que recibieron TRO				
	Uso de cinc para el tratamiento de la diarrea	Proporción de niños con diarrea que recibieron TRO y un tratamiento apropiado con cinc				



Paso 3

**¿En qué medida se ejecutan
adecuadamente las actividades
del programa?**

**HOJA DE TRABAJO 5:
Examen de la medida en que el programa
ejecutó adecuadamente las actividades**

1.5. Examinar la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

Examinar y analizar la hoja de trabajo 5: *Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades*.

Cada grupo pequeño completa una hoja de trabajo para una etapa diferente del proceso continuo de la atención (el embarazo, el nacimiento y el período posnatal inmediato, el período neonatal, los lactantes y los niños de 1 a 59 meses de edad). El examen se concentra en las actividades que se han planificado o realizado después del último examen.

Para cada área de actividad examine:

Áreas de actividad (primera columna a la izquierda): Examine las áreas de actividad. Decida si se han ejecutado o no las actividades en esta área. Considere las actividades que suministran los paquetes clave de intervenciones. Use los planes de trabajo e informes administrativos así como las experiencias sobre el terreno en todos los niveles. No es necesario anotar en el cuadro toda la actividad planificadas o realizadas. Para cada actividad o grupo de actividades, se debe determinar la medida en que se han ejecutado adecuadamente las actividades (tarea 2) tan pronto como se hayan identificado las actividades.

Medida en que se han ejecutado adecuadamente las actividades (segunda columna): Sobre la base de los informes del programa, como los datos ordinarios de la vigilancia, los informes de supervisión, las conversaciones con el personal o los propios conocimientos, describa si las actividades se han ejecutado plenamente (por ejemplo, se han completado 10 de las 10 planificadas), en parte (por ejemplo, se han completado 2 de las 5 planificadas), o para nada (no se ha cumplido ninguna de las actividades planificadas).

- Examine los datos sobre los resultados, que permiten conocer la medida en que se ha llevado a cabo adecuadamente la ejecución (se han sintetizado los datos disponibles para cada área de actividad como datos de apoyo).
- La ejecución puede ser distinta en el nivel nacional y en los niveles subnacionales. Además, también pueden diferir los niveles subnacionales (regiones o distritos, por ejemplo). Es importante tomar nota de estas variaciones en esta sección.

Razones del desempeño observado en la ejecución (tercera columna): Enumere las razones que han contribuido al grado de ejecución de la actividad (realizada plenamente, en parte, para nada). Los documentos del programa pueden exponer las razones, o tal vez usted conozca algunas.

Puntos fuertes y puntos débiles del programa (cuarta y quinta columnas): Sobre la base de los resultados de las columnas anteriores, señale los principales puntos fuertes y puntos débiles en cada área de actividad.

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Políticas, planificación y gestión				
Se han actualizado y se aplican normas y pautas para las prácticas				
Se dispone de una lista de medicamentos esenciales				
Se desarrollaron anualmente los planes presupuestados a nivel nacional y subnacional				
Planificación en colaboración con otras dependencias y con los donantes				
Presupuesto anual adecuado para completar todas las actividades del último plan				

Datos de apoyo: política y planificación

Indicador	Estado actual	
Existen y se aplican políticas para eximir a las embarazadas, los recién nacidos y los niños de pagos por la atención de salud	Sí	No
Se ha establecido y se aplica el mecanismo de notificación de la Convención sobre los Derechos del Niño	Sí	No
Se cuenta con un plan nacional ya presupuestado, encaminado a garantizar el acceso universal a intervenciones de supervivencia infantil para los recién nacidos y los niños	Sí	No
Mecanismo para la vigilancia de la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna	Sí	No
Se han adoptado leyes y políticas sobre el registro de estadísticas demográficas	Sí	No
Se ha aprobado y presupuestado una estrategia nacional de salud infantil	Sí	No
% de distritos que ejecutan paquetes de intervención		
% del presupuesto propuesto para la salud infantil que se recibió a tiempo en el año anterior		

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Recursos humanos/capacitación en el servicio				
Plan para garantizar la dotación de personal suficiente en cada nivel, que incluye incentivos				
Hay una estrategia de capacitación en el servicio				
Capacitación en el servicio del personal sanitario				
Capacitación en el servicio de los facilitadores				
Seguimiento después de realizada la capacitación en el servicio				
Calidad de la capacitación: ¿son adecuados los tipos de personal capacitados, los materiales usados, el tiempo asignado, la cantidad de práctica clínica?				

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Recursos humanos/capacitación previa al servicio				
Existe una estrategia de capacitación previa al servicio				
La capacitación previa al servicio ha sido incorporada en los programas de estudio de las facultades de medicina y de otras escuelas				
Se adiestra a los instructores para la capacitación previa al servicio				
Calidad de la capacitación previa al servicio: ¿son adecuados los materiales usados (incluidos los libros de texto), el tiempo asignado, la cantidad de práctica clínica?				

Datos de apoyo: recursos humanos/capacitación

Indicador	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/más bajo)
% del personal sanitario que ha recibido capacitación en el paquete de intervenciones =				
% de capacitaciones planificadas completadas en el año anterior =				
% de establecimientos de salud donde al menos 60% del personal sanitario que cuida a niños, recién nacidos o embarazadas, fue capacitado en un paquete de intervenciones =				
% de personal capacitado que recibe una visita de seguimiento dentro de los 3 meses posteriores a la capacitación =				
% de escuelas de capacitación en medicina/enfermería/partería que han incorporado intervenciones esenciales o paquetes de ellas =				
% de madres que reciben atención prenatal y posnatal de un prestador de servicios capacitado =				

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Comunicación para la salud/comunicación, educación e información				
Hay una estrategia o plan de comunicación para la salud infantil				
Énfasis en llegar a las poblaciones en el primer nivel				
Se efectuaron actividades de comunicación: medios de difusión, materiales impresos, capacitación para grupos y voluntarios locales en la comunicación interpersonal; capacitación para el personal sanitario				
Se prepararon y distribuyeron mensajes y materiales				
Calidad: se usan mensajes clave de salud infantil; los mensajes y materiales son previamente ensayados y adaptados para el contexto local				

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Establecimiento de apoyos comunitarios				
Existe un plan de ejecución de actividades a nivel de la comunidad				
Se cuenta con agentes sanitarios de la comunidad capacitados				
Existen en la comunidad grupos o voluntarios capacitados				
Calidad: plan elaborado en colaboración; empleo del personal y los voluntarios locales; se incluyó un plan de supervisión o fiscalización				

Datos de apoyo: comunicación para la salud/la comunidad

Indicador	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/más bajo)
% de madres que, en los 3 últimos meses, recibieron al menos una actividad de comunicación por conducto de los medios de difusión (radio, televisión, grupos, etc.) que incluía intervenciones clave =				
% de prestadores de asistencia que conocen 2 signos de peligro que indican que hay que buscar atención durante el embarazo o para el niño enfermo =				
% de pueblos con trabajadores sanitarios de la comunidad (TSC) capacitados para promover la adopción de prácticas clave en la familia y la comunidad =				
% de TCS capacitados en paquetes de intervenciones =				
% de cuidadores de niños 0 a 59 meses de edad que, en los 3 meses anteriores, recibieron una visita domiciliar y orientación de un proveedor de servicios de salud de la comunidad =				
% de pueblos con voluntarios capacitados para promover prácticas clave en la familia y la comunidad =				

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Fortalecimiento de los sistemas de salud				
Calidad del tratamiento de los casos				
Servicios disponibles				
Se dispone de medicamentos esenciales y equipo en los primeros niveles y los niveles de referencia				
Se realiza la supervisión ordinaria usando listas de verificación y la observación de la práctica				
Se han instaurado sistemas para la referencia oportuna de recién nacidos y niños enfermos				

Datos de apoyo de los datos: sistemas

Indicador	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/más bajo)
Calidad del tratamiento de los casos				
% de niños a los que se efectuó una evaluación integrada (10 tareas de evaluación)–AIEPI				
% de niños que asistieron a los establecimientos que necesitaban un antibiótico o un antimalárico a los que se recetó el medicamento correctamente–AIEPI				
Datos sobre la calidad de la atención prenatal, del parto o del recién nacido				
Servicios disponibles				
% de hospitales que proporcionan atención integral a urgencias obstétricas y al recién nacido (24 horas al día, los 7 días de la semana) =				
% de hospitales o establecimientos de maternidad acreditados como amigos del lactante en los 2 años anteriores =				
% de establecimientos con servicios de inmunización disponibles diariamente =				
% de establecimientos que proporcionan cuidado antenatal, del parto y servicios de AIEPI =				
% de cuidadores que recibieron orientación sobre atención prenatal y posnatal de un prestador capacitado				
Medicamentos esenciales, equipo y suministros				
% de establecimientos de salud que cuentan con todos los medicamentos esenciales para tratar las enfermedades comunes del recién nacido o las urgencias obstétricas =				
% de establecimientos de salud que cuentan con todo el equipo y suministros para la vacunación =				
% de establecimientos que cuentan con todo el equipo y suministros para tratar a recién nacidos y niños enfermos =				
% de establecimientos que tratan a los niños gravemente enfermos con sistemas de administración de oxígeno y para el parto disponibles en la sala de pediatría =				
Supervisión y referencia				
% de establecimientos de salud que recibieron al menos una visita de supervisión con observación del tratamiento de casos en los 6 meses anteriores =				

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Vigilancia y evaluación				
Plan para la vigilancia ordinaria y la evaluación periódica del programa de salud infantil, incluido en el plan estratégico y los planes de trabajo				
Se usan indicadores internacionales normalizados				
Se han fijado metas a corto y a largo plazo				
Se dispone de datos basados en la población y en los establecimientos de salud disponibles para la vigilancia y la evaluación				
En todos los niveles se usan los datos de la vigilancia para la planificación ordinaria				
Funcionan bien los sistemas de registro de estadísticas demográficas				

Datos de apoyo: vigilancia y evaluación

Indicador	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/más bajo)
% de nacimientos registrados al nacer =				
% de defunciones de niños registradas =				
% de informes ordinarios de los distritos recibidos a tiempo =				

Paso 4

¿Cuáles son los principales problemas que ha afrontado el programa?

**HOJA DE TRABAJO 6:
Identificar los problemas principales**

1.5. Identificar los principales problemas

Cada grupo pequeño completa una hoja de trabajo 6, *Identificar los principales problema*, para una etapa diferente del proceso continuo de la atención (el embarazo, el nacimiento y el período posnatal inmediato, el período neonatal, los lactantes y los niños de 1 a 59 meses de edad).

En cada área de actividad, examine y resuma los puntos débiles identificados en la hoja de trabajo 5.

Resuma estos puntos como los problemas más importantes, no más de 3 o 4 en cada área principal de actividad. Estos problemas se expondrán y se tratarán en el grupo grande.

En el grupo grande, se elaborará una lista final de los problemas más importantes en cada área de actividad; se agruparán juntos los problemas que sean comunes.

HOJA DE TRABAJO 6: Identificar los problemas principales

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

Intervenciones donde se necesitan más medidas (según los datos de la cobertura): _____

Paquetes usados para realizar las intervenciones: _____

Área de actividad	Problemas
Política, planificación y gestión	
Recursos humanos y capacitación	
Comunicación	
Establecimiento de apoyos comunitarios	
Fortalecimiento de los sistemas de salud	
Vigilancia y evaluación	



Paso 5

**¿Cuáles son las soluciones
y las recomendaciones
para los problemas?**

**HOJA DE TRABAJO 7:
Proponer soluciones y recomendaciones**

1.5. Proponer soluciones y recomendaciones

Se completa la hoja de trabajo, *Proponer soluciones y recomendaciones*, conforme a la lista final de problemas identificados después del paso 4.

En cada área de actividad, se analizan las posibles causas y las soluciones de los problemas. Se formulan recomendaciones acerca de lo que puede hacer el programa en el próximo plan de trabajo.

Las soluciones deben:

- Abordar las causas de los problemas
- Ser viables con los recursos humanos, materiales y económicos disponibles
- Aprovechar actividades existentes en el programa cuando sea posible

Las recomendaciones deben:

- Ser tan específicas como sea posible
- Concentrarse en medidas concretas

HOJA DE TRABAJO 7: Proponer soluciones y recomendaciones

ÁREA DE ACTIVIDAD: POLÍTICA, PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN

Los problemas son:

Causas:

Soluciones:

Recomendaciones:

ÁREA DE ACTIVIDAD: RECURSOS HUMANOS/CAPACITACIÓN

<p>Los problemas son:</p>
<p>Causas:</p>
<p>Soluciones:</p>
<p>Recomendaciones:</p>

ÁREA DE ACTIVIDAD: COMUNICACIÓN/COMUNICACIÓN, EDUCACIÓN E INFORMACIÓN

<p>Los problemas son:</p>
<p>Causas:</p>
<p>Soluciones:</p>
<p>Recomendaciones:</p>

ÁREA DE ACTIVIDAD: ESTABLECIMIENTO DE APOYOS COMUNITARIOS

Los problemas son:
Causas:
Soluciones:
Recomendaciones:

ÁREA DE ACTIVIDAD: FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

<p>Los problemas son:</p>
<p>Causas:</p>
<p>Soluciones:</p>
<p>Recomendaciones:</p>

ÁREA DE ACTIVIDAD: VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

Los problemas son:
Causas:
Soluciones:
Recomendaciones:

Folletos





Folleto 1

Examen breve de programas

Resumen

OMS/CAH

¿Qué es un examen breve de programas de salud infantil (EBP)?

El examen breve de programas es un proceso encaminado a determinar el progreso de los programas de salud infantil.

Los objetivos del EBP son:

- evaluar el progreso hacia las metas y los objetivos del programas cuando se dispone de datos;
- determinar en qué medida el programa puso en práctica sus planes de intervenciones para promover la salud infantil;
- definir los problemas que ha afrontado el programa y proponer soluciones;
- formular recomendaciones acerca de lo que debe hacer el programa;
- decidir sobre los pasos siguientes para incorporar las recomendaciones en el plan de trabajo.

El EBP ayuda a identificar qué áreas del programa es necesario fortalecer —conforme a experiencias anteriores— y a establecer nuevas prioridades si es necesario.

Los programas de salud infantil se concentran en todos los niños desde su nacimiento hasta los 59 meses de edad, incluidos los recién nacidos (desde el nacimiento a los 28 días de edad) y los lactantes (desde el nacimiento a los 11 meses de edad). Los programas de salud infantil pueden depender de un único departamento del ministerio de salud (como el de salud maternoinfantil); o pueden pertenecer a diferentes departamentos, como los relacionados con la nutrición, la malaria, la atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), la evaluación y los sistemas de información de la administración de salud y la salud de la madre. Además, los ministerios de salud pueden realizar actividades de programas de salud infantil en colaboración con diversos aliados, incluidos ministerios que no son de salud, ONG y organismos bilaterales y multilaterales. La organización de los programas de salud infantil dentro del ministerio de salud y los aliados responsables de llevar a cabo las actividades de salud infantil determinarán quiénes serán los participantes elegidos para el examen.

Las intervenciones de salud infantil pueden realizarse en cualquier etapa del proceso continuo de la atención prestada a la madre y el niño: el embarazo, el nacimiento, el período posnatal, la lactancia y la niñez hasta los 5 años de edad. Se pueden efectuar las intervenciones en establecimientos de salud (de primer nivel o establecimientos de referencia) o en el hogar y la comunidad. La forma en que se realicen las intervenciones variará considerablemente según el contexto local. La ejecución requiere actividades en varias áreas: política, planificación y financiamiento, recursos humanos y capacitación, apoyo al sistema (suministro de medicamentos, supervisión, referencia etc.), comunicación, apoyos de la comunidad y vigilancia y evaluación. Todos estos elementos deberán ser en potencia evaluados como parte del examen del programa.

¿Quién realiza el EBP?

El EBP es realizado por un equipo integrado por personal del programa del ministerio de salud (podrían estar incluidos los niveles central, regional, de distrito y de los establecimientos), personal de organizaciones aliadas que participan en la programación de la salud infantil y expertos locales con conocimiento del programa. Tres facilitadores locales y un facilitador externo supervisan el proceso. Se recomienda que el tamaño del equipo de examen se limite a entre 20 y 30 participantes para que el trabajo sea más eficiente.

Es importante que el equipo de examen incluya a representantes del personal responsable de la aplicación del programa en diferentes niveles del sistema de salud. Por ejemplo, si el examen se realiza a nivel nacional,

en el equipo debe participar personal de una región, provincia o distrito. En el equipo de examen se incluirá preferiblemente a personal con conocimiento y responsabilidad de las actividades comunitarias, posiblemente agentes sanitarios de la comunidad o líderes comunales clave.

¿Cuáles son los pasos en el EBP?

El EBP incluye 7 pasos que el equipo de EBP completa de manera sucesiva en aproximadamente una semana. Los participantes comienzan analizando el estado de la salud maternoinfantil usando los datos disponibles. Luego determinan en qué medida el programa ha ejecutado adecuadamente las intervenciones de salud infantil examinando las actividades en cada una de las principales áreas programáticas del plan de trabajo de salud infantil.

Sobre la base de estos resultados, los participantes definen los problemas principales que se someterán a un análisis adicional. Luego abordan estos problemas e identifican las soluciones viables. Estas soluciones sirven de base para formular recomendaciones detalladas acerca de lo que el programa debe hacer en las principales áreas de actividad y luego se decide sobre los pasos siguientes para procurar que estas recomendaciones sean incorporadas en los planes de trabajo.

A continuación se resume el proceso del EBP.

Resumen del proceso del EBP

Sesión inicial

El personal del programa presenta los datos básicos para el EBP. El facilitador describe el proceso del EBP. En las áreas donde las actividades del programa de salud infantil se distribuyen entre diferentes dependencias del Ministerio de Salud, se reúne al personal de las distintas dependencias para el examen con el fin de tener un panorama completo de las actividades de salud infantil.

Paso 1: ¿Adónde vamos?

Participantes:

- Examinar las metas y los objetivos del programa.
- Analizar el estado de la salud maternoinfantil. Identificar cuáles mediciones dan resultados altos o bajos. Buscar tendencias con el transcurso del tiempo y diferencias entre subgrupos de población.

Paso 2: ¿Llegan las intervenciones a las mujeres y los niños?

Participantes:

- Examinar las intervenciones de salud infantil actuales, los paquetes de intervenciones y cómo se ejecutan.
- Identificar intervenciones que todavía no están incluidos en el programa y problemas en la ejecución de las intervenciones que limitarán la cobertura.
- Examinar los indicadores de la cobertura de salud infantil.
- Identificar las intervenciones con una cobertura inferior o con tendencias decrecientes.
- Seleccionar las intervenciones que requerirán más atención en el próximo ciclo de planificación.

Paso 3: ¿En qué medida se ejecutan adecuadamente las actividades del programa?

Participantes:

- Examinar las actividades realizadas en cada área principal de actividad de los planes de trabajo.
- Evaluar si en cada área de actividad el programa ejecutó las actividades plenamente, en parte, o no se hizo nada (examen de documentos administrativos, datos de la vigilancia o conversaciones con el personal).
- Determinar por qué el programa no llevo a cabo ciertas actividades o las realizó de manera poco satisfactoria.
- Resumir los puntos fuertes y los puntos débiles de cada área de actividad (conversaciones con personal).

Paso 4: ¿Cuáles son los principales problemas que ha afrontado el programa?

Los participantes resumen los principales problemas que han limitado la capacidad de realizar las intervenciones identificadas como de baja cobertura (en los pasos 1, 2 y 3).

Paso 5: ¿Cuáles son las soluciones y las recomendaciones para los problemas?

Los participantes analizan los principales problemas y proponen soluciones y recomendaciones viables.

Paso 6: ¿Cuáles son los pasos siguientes para adoptar medidas conforme a las recomendaciones?

El equipo del EBP y un grupo más pequeño de participantes deciden sobre las medidas más importantes para el próximo plan de trabajo aplicando las recomendaciones del examen.

Paso 7: Exponer los resultados del EBP, las recomendaciones y los pasos siguientes a representantes del Ministerio de Salud, aliados e interesados directos

El equipo del EBP expone los resultados del EBP, las recomendaciones y los pasos siguientes a todos los aliados pertinentes para obtener el apoyo y el compromiso necesarios para las actividades del programa

Informe final: El facilitador y el equipo del EBP preparan un informe que resume los resultados del EBP.

¿Cómo se realiza el EBP?

Para completar las tareas en cada paso, los participantes trabajan en un solo grupo o en subgrupos más pequeños. Usan los siguientes métodos:

- examen de los documentos;
- discusiones en grupo para compartir puntos de vista y experiencias;
- conversaciones individuales con ciertas personas que tienen conocimiento del programa, pero que no forman parte del equipo del examen.

Se llevan a cabo las conversaciones individuales antes del examen. Estas conversaciones le permiten al equipo del examen recopilar información adicional. Pueden incluir, por ejemplo, a representantes de otras dependencias del Ministerio de Salud, universidades y organizaciones aliadas.

El facilitador externo y tres facilitadores locales guían el proceso. Los facilitadores presentan las tareas, propician el trabajo en grupo y ayudan a lograr consenso sobre los resultados de cada paso. Los facilitadores también coordinan la elaboración del informe final del EBP mediante la compilación de los resúmenes de los resultados de cada paso.

El examen breve del programa generalmente no incluye visitas sobre el terreno a establecimientos de salud o equipos de salud distritales. Es por consiguiente importante que representantes del personal que trabaja en los primeros niveles del sistema de salud sean incluidos en el equipo. También se debe integrar en el equipo a agentes sanitarios o personas familiarizadas con las actividades comunitarias. El personal de los primeros niveles suministra datos valiosos acerca de la realidad sobre el terreno, que no están disponible en los documentos y que tal vez no conozca el personal de alto nivel.

Si se dispone de recursos y tiempo, se pueden agregar las visitas en el terreno. Las visitas sobre el terreno requieren generalmente la asignación de uno o más días en el paso 2. Esto aumenta en el mismo número de días el tiempo requerido para el examen. Se pueden agregar visitas sobre el terreno cuando no es posible incluir a personal con experiencia reciente sobre el terreno en ciertas áreas técnicas. Las visitas sobre el terreno también pueden ser útiles si se piensa que en ciertas zonas geográficas o grupos de población el programa está funcionando en forma diferente.

¿Cuáles son los requisitos previos para realizar un EBP?

No hay ningún requisito previo para realizar un EBP, salvo que se hayan llevado a cabo actividades del programa. El examen puede abarcar un período flexible, que comprende de uno a varios años. Si se examinó anteriormente el programa, el EBP puede abarcar el período transcurrido desde el último examen.

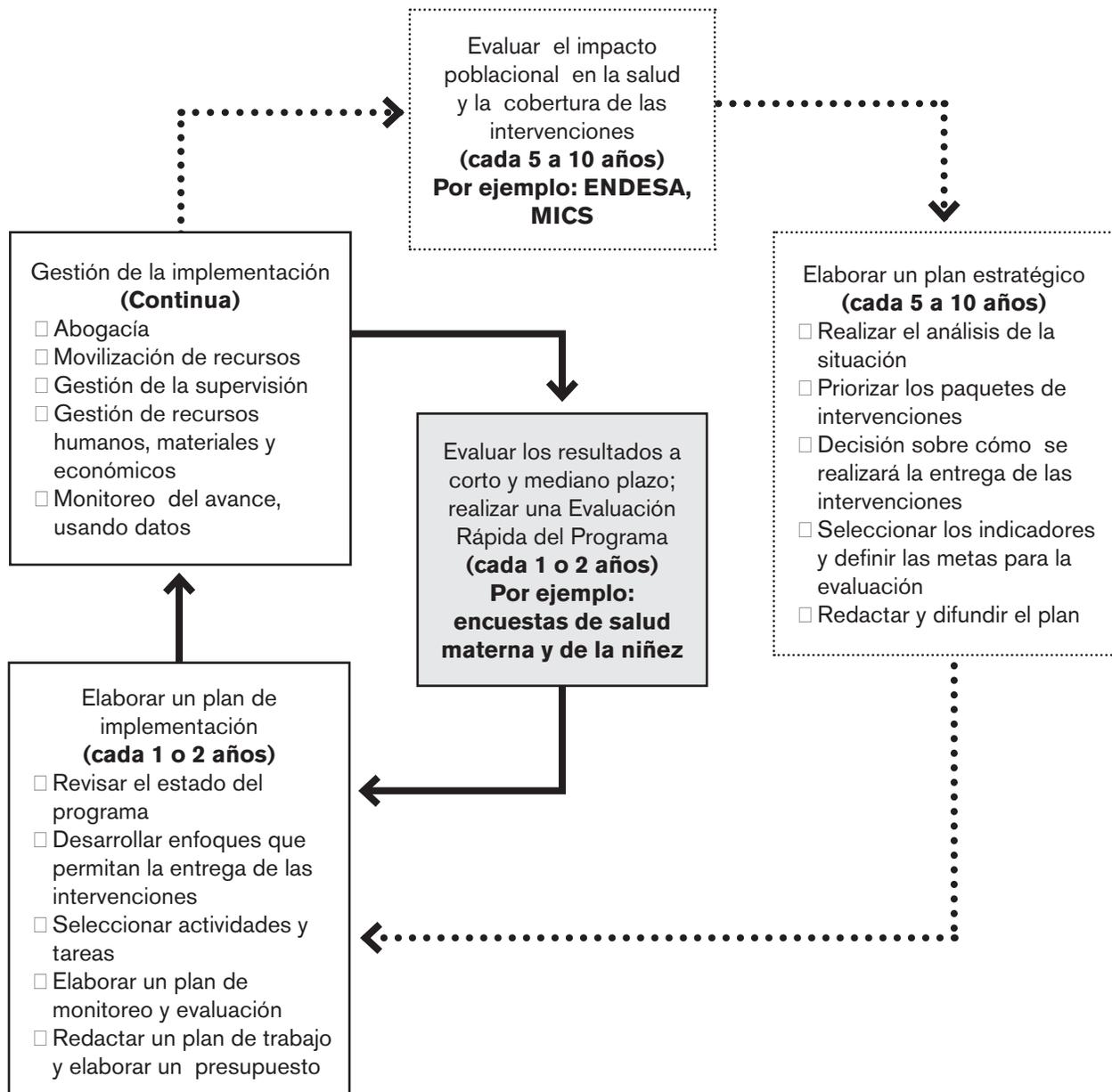
Es muy útil para el EBP contar con datos fiables sobre las repercusiones o resultados para determinar si el programa se está acercando o no al logro de las metas. Sin embargo, si no se dispone de esa información, todavía es posible efectuar un examen del programa usando otros datos.

¿Cómo encaja el EBP en el ciclo de planificación de un programa?

El EBP sirve de base para un plan de acción detallado. Por consiguiente, se debe efectuar el EBP en un momento en el que el programa esté preparado para incorporar el plan de ejecución propuesto en un plan de acción. Se puede llevar a cabo el EBP en cualquier nivel; los programas descentralizados pueden decidir realizar el EBP a nivel regional o de distrito.

En algunos países, tal vez haya un coordinador de planificación de la salud infantil y un equipo de planificación; este equipo debe participar en el EBP y decidir sobre la mejor forma de incorporar las recomendaciones en planes continuos. El EBP debe establecer una conexión entre la ejecución y la planificación para procurar que las actividades apropiadas se realicen eficientemente y con gran calidad. En la figura presentada a continuación se resume el ciclo de planificación y ejecución de los programas de salud infantil.

Ciclo de planificación y ejecución de los programas



Resumen del EBP

Alcance	<p>Examen de todas las actividades del plan de ejecución existente, seguido de la solución de los problemas</p> <p>Puede concentrarse en el nivel nacional o subnacional</p>
Estructura	<p>Proceso realizado en una sola semana por un grupo de aproximadamente 20 a 30 personas</p>
Prerrequisitos	<p>Se deben haber llevado a cabo actividades del programa</p> <p>Es aconsejable, pero no imprescindible, contar con datos de encuestas sobre indicadores clave</p>
Métodos	<p>Examen de documentos, conversaciones individuales y discusiones en grupo</p> <p>Generalmente no incluye trabajo sobre el terreno</p>
Recursos	<p>Los recursos necesarios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sitio de reunión para una semana de actividades • Pago de gastos de alrededor de 20 a 30 participantes • Pago de gastos de un especialista externo: el facilitador
Resultados	<p>Recomendaciones para una revisión del plan de ejecución del programa de salud infantil, que cubra todas las áreas de actividad</p>
Lugar en la planificación	<p>Apropiado como base para la revisión o la elaboración de un plan a corto plazo que abarque 1 o 2 años</p>





Folleto 2

Examen breve de programas

Datos básicos para la planificación del programa

1. Datos básicos sobre la salud infantil

Los directores de programas de salud infantil realizados a nivel subnacional, por ejemplo, en una región (o provincia), una subregión o un distrito, deben conocer la situación de los niños en sus zonas y las estrategias para aplicar los programas. Tienen que planificar la ejecución de las intervenciones seleccionadas para promover la salud infantil de una manera que sea eficaz en sus zonas.

1.1 ¿Cuál es el grupo destinatario de los programas de salud infantil?

Los programas de salud infantil se concentran en los niños desde el nacimiento hasta los 5 años de edad. Este grupo incluye:

- los recién nacidos (desde el nacimiento a los 28 días de edad),
- los lactantes (desde el nacimiento a 1 año de edad) y
- los niños de 1 a 5 años de edad (de 12 a 60 meses de edad).

Las tasas relativas de mortalidad y morbilidad de los recién nacidos, los lactantes y los niños menores de 5 años diferirán de un país a otro y a veces dentro de un mismo país. Por ejemplo la contribución de la mortalidad de recién nacidos a la mortalidad total de menores de 5 años varía de 16% a más de 50%. En los países donde la mortalidad de recién nacidos representa 30% o más de la mortalidad total de menores de 5 años, los programas deben poner un énfasis sustancial en la salud del recién nacido. En los países donde la mortalidad de recién nacidos constituye menos de 20% de la mortalidad total de menores de 5 años, el énfasis en la salud del recién nacido puede ser menos intenso, mientras que se hará hincapié en reducir las defunciones de lactantes y niños de más edad.

Figura 1

Puntos clave: Grupo destinatario para programas de salud infantil

- ✓ Los programas de salud infantil se concentran en todos los niños, desde el nacimiento hasta los 5 años de edad
- ✓ Se clasifica a un niño como recién nacido desde el nacimiento a los 28 días de edad
- ✓ Se clasifica a un niño como lactante desde el nacimiento hasta la edad de 1 año
- ✓ Las tasas relativas de mortalidad de recién nacidos, mortalidad de lactantes y mortalidad total de menores de 5 años determinan cuáles intervenciones se seleccionan y cómo se ejecutan.

1.2 ¿Cuál es el problema?

La mortalidad en la niñez sigue siendo inadmisiblemente alta en muchos países en desarrollo. La Cumbre Mundial en favor de la Infancia efectuada en 1990 estableció una meta para los años noventa: reducir la mortalidad en la niñez en un tercio o a menos de 70 defunciones por 1.000, cualquiera de estas tasas que fuera más baja. Sin embargo, esta meta seguía estando muy lejos de ser alcanzada. Entre principios de los años noventa y el 2000, la mortalidad mundial de menores de 5 años descendió en solo 10%, de 93 a 83 defunciones por 1.000, sin alcanzar la meta de una reducción de 33%. En el 2000, las tasas regionales medias de mortalidad de menores de 5 años fueron de 175 por 1.000 en África subsahariana y de 100 por 1.000 en Asia Meridional.

Objetivos de Desarrollo del Milenio

En el 2002, las Naciones Unidas convocaron a una Reunión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre los Niños para volver a centrar las iniciativas mundiales sobre salud del niño. La UNGASS hizo una declaración titulada “*Un Mundo Conveniente para los Niños*” (*WFFC*), en la cual se formularon objetivos específicos de supervivencia infantil como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Estos representaron la visión de la organización durante el próximo milenio en las áreas de la pobreza, el hambre, la educación, la igualdad de género y la salud. **El cuarto de los ocho ODM es reducir en dos terceras partes, entre 1990 y el 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.**

Subsiste la brecha entre nuestro conocimiento de lo que se debe hacer y la acción en la situación real. Un mejor manejo de los sistemas de salud y los recursos existentes es un elemento esencial para aplicar las intervenciones más eficazmente con el fin de alcanzar los ODM.

Figura 2

- Los Objetivos de Desarrollo del Milenio**

 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre
 2. Lograr la enseñanza primaria universal
 3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer
 4. Reducir la mortalidad infantil
 5. Mejorar la salud materna
 6. Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades
 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

La Convención sobre los Derechos del Niño (CRC)

La Convención sobre los Derechos del Niño (CRC) es el principal tratado internacional sobre derechos humanos, que describe los derechos de los niños y los adolescentes hasta la edad de 18 años. Los principios de la CRC deben guiar todas las actividades dirigidas a los niños, incluidas las relacionadas con la salud y el desarrollo del niño y del adolescente.

Los cuatro principios clave de la Convención sobre los Derechos del Niño son:

La no discriminación (Artículo 2): garantizar que todos los derechos, incluido el derecho a la salud, se apliquen a todos los niños independientemente de la raza, el sexo, el idioma, la religión, el grupo étnico, las opiniones o cualquier otra condición del niño, sus padres o sus tutores.

La adhesión al interés superior del niño (Artículo 3): en todas las medidas concernientes al niño, incluidas las políticas y programas de salud, se tendrá muy en cuenta el interés superior del niño. El Estado proporcionará al niño la protección y atención adecuadas cuando no lo hagan sus padres u otras personas a quienes se haya asignado esa responsabilidad.

El derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo (Artículo 6): cada niño tiene el derecho intrínseco a la vida y el Estado tiene la obligación de garantizar la supervivencia y el desarrollo del niño.

El respeto a las opiniones del niño (Artículo 12): el niño tiene el derecho a expresar sus opiniones libremente y esas opiniones serán debidamente tomadas en cuenta en todos los asuntos o procedimientos que afectan al niño, teniendo presente la edad y madurez del niño.

La CRC puede fortalecer los programas de salud y supervivencia infantil en varias formas, por ejemplo:

Apoyando las leyes, las políticas, las normas y las pautas que proporcionan un ambiente propicio para el éxito y la eficacia de los programas de salud infantil. Por ejemplo, las políticas que permiten a los agentes sanitarios de la comunidad administrar medicamentos de segunda línea a los niños enfermos pueden fortalecer la AIEPI en algunos entornos.

Haciendo hincapié en la salud de subgrupos de niños vulnerables para promover la equidad en la programación de la salud infantil.

Promoviendo programas que sean responsables ante los niños y sus cuidadores por medio de un mecanismo internacional de información y vigilancia. De hecho, la CRC es el tratado más ampliamente aceptado de nuestro tiempo. Son más numerosos los países que han firmado y ratificado la CRC, en comparación con otros tratados internacionales importantes.

1.3 ¿Cuáles son las causas principales de morbilidad y mortalidad en los niños?

En la mayoría de los países en desarrollo, un número relativamente limitado de trastornos causa al menos 70% de la mortalidad total en la niñez y deben ser el principal objetivo de los programas de salud infantil (véase la figura 8). Estos trastornos son: las causas neonatales, la neumonía, la diarrea, la malaria, el sarampión y la infección por el VIH/sida. La importancia relativa de estos trastornos variará según los países y las regiones y a veces dentro de un mismo país. La desnutrición, incluidas las carencias de micronutrientes, es una causa básica de muerte en al menos 50% de esas defunciones en la mayoría de los entornos. Por consiguiente, las intervenciones encaminadas a tratar la desnutrición son fundamentales para todos los programas de salud del niño, independientemente de las causas primarias de mortalidad. Además, la comorbilidad (la presencia de dos o más enfermedades infecciosas

al mismo tiempo) puede dar lugar a defunciones adicionales, más numerosas que las previsiblemente provocadas por cada causa por sí sola.

La epidemiología de la mortalidad infantil es importante para hacer planes ya que ayudará a determinar a cuáles intervenciones se les debe dar más importancia. Por ejemplo, en África subsahariana, la malaria y la infección por el VIH contribuyen más a la mortalidad total en la niñez que las causas neonatales. Por el contrario, en Asia Sudoriental, la malaria y la infección por el VIH contribuyen mucho menos a la mortalidad total en la niñez y las causas neonatales, mucho más. Véanse en las figuras 9 y 10 las diferencias regionales de la mortalidad.

Figura 3

Puntos clave: Grupo destinatario para programas de salud infantil

- ✓ Los datos epidemiológicos sólidos son esenciales para la planificación.
- ✓ La mayor parte de la mortalidad de menores de 5 años es causada por problemas en el período neonatal y por 5 enfermedades: la neumonía, la diarrea, la malaria, el sarampión y la infección por el VIH/sida.
- ✓ La desnutrición o las carencias de micronutrientes son causas subyacentes en al menos 50% del total de defunciones.
- ✓ Las causas primarias de mortalidad varían según los países y dentro de un mismo país.

Figura 4
Distribución de las principales causas de defunción de recién nacidos y niños menores de 5 años



Fuentes: Distribution of causes of death among children under-five-CHERG/CAH/WHO (en The World Health Statistics 2007); Distribution of neonatal causes of death-CHERG Neonatal Working Group (en Lawn et al, 2005); Proportion of children underweight-CHERG/CAH/WHO (en Caulfield et al, 2003).

Principales causas de defunción de neonatos y niños de 28 días a 5 años de edad, con una contribución específica de la desnutrición a la enfermedad

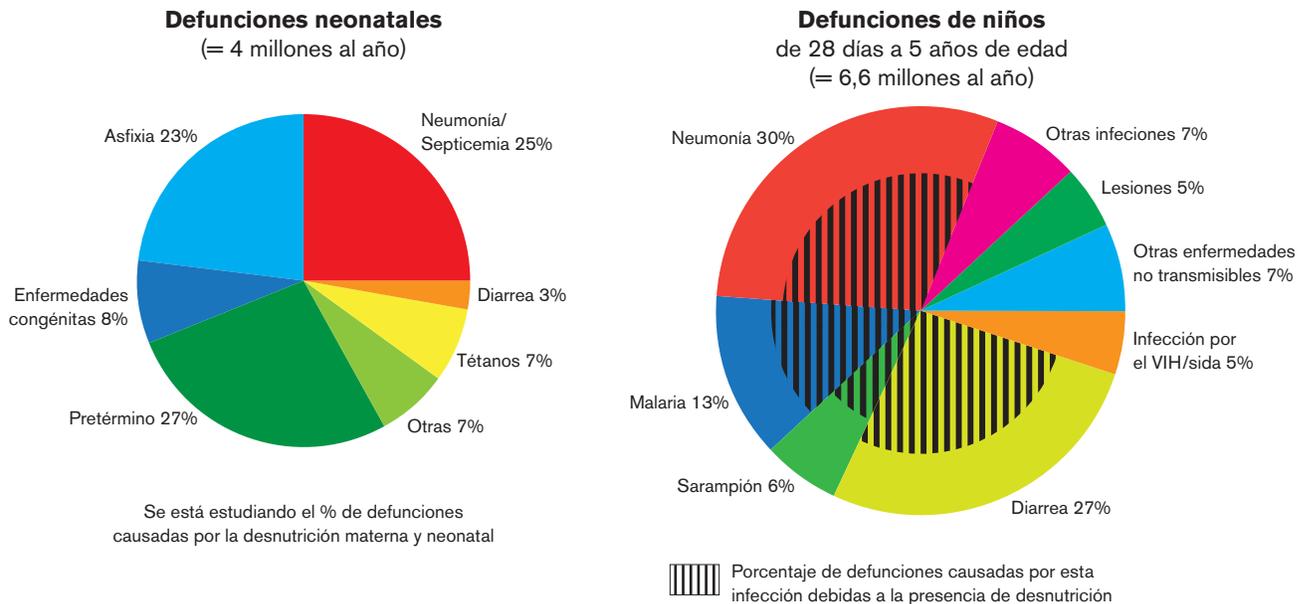
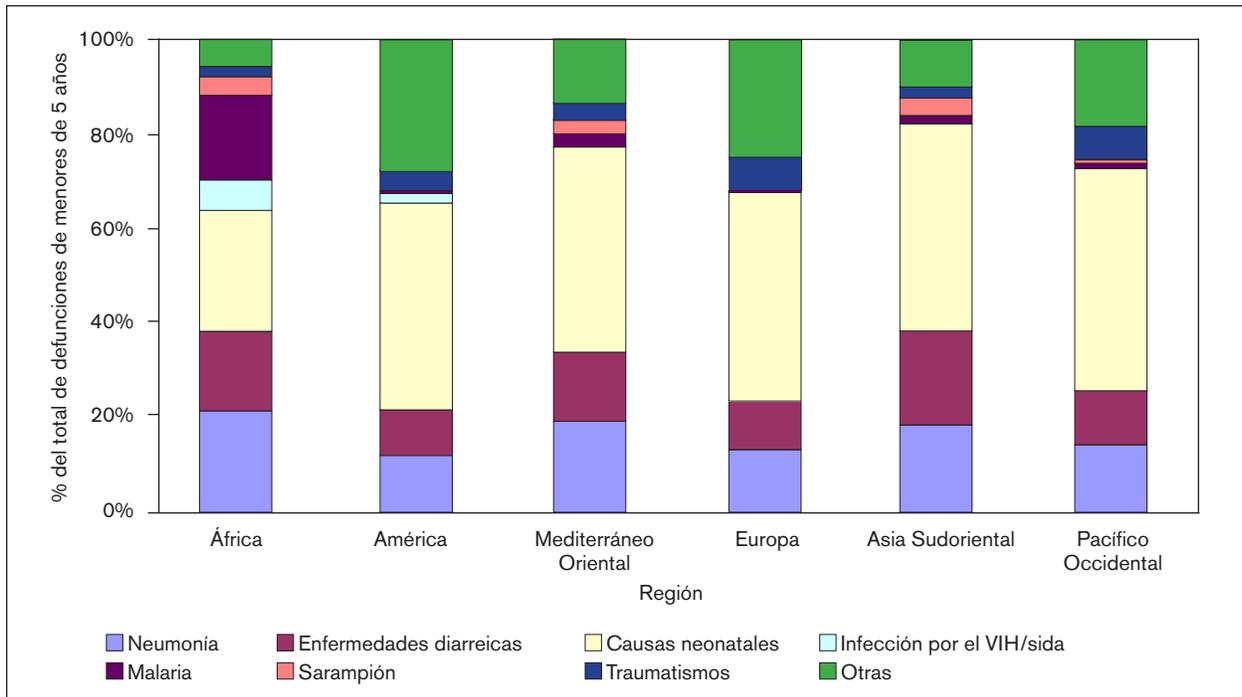
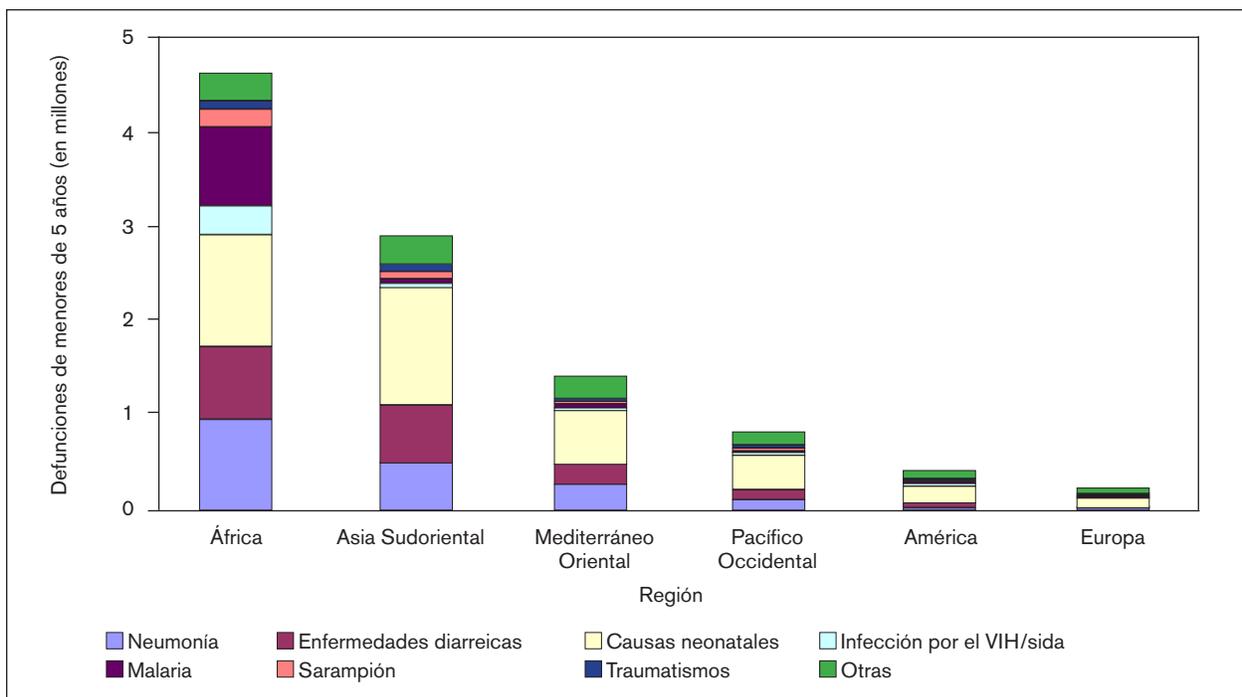


Figura 5
Distribución de las causas de muerte por Región de la OMS



Fuente: CHERG/CAH/OMS (en The World Health Statistics 2007)

Figura 6
Número de defunciones de menores de 5 años según la causa, en cada región de la OMS



Fuente: CHERG/CAH/OMS

1.4 ¿Cómo se pueden evitar las defunciones infantiles?

Existen intervenciones sencillas de bajo costo para la prevención y el tratamiento de todas las causas más comunes de mortalidad de recién nacidos, lactantes y niños menores de 5 años. Si estas intervenciones se aplicaran adecuadamente, podrían evitarse al menos dos terceras partes de las defunciones de menores de 5 años. Las intervenciones eficaces para mejorar la supervivencia infantil deben constituir la base de todos los programas de supervivencia infantil. Sin embargo, la cobertura mundial con la mayoría de estas intervenciones eficaces es todavía menor a 50%, a veces sustancialmente inferior. En la mayoría de las regiones del mundo con elevada mortalidad infantil, las intervenciones eficaces no están llegando a un número suficiente de las madres y los niños que las necesitan.

En el cuadro 1 se resumen las intervenciones eficaces para la prevención o el tratamiento de todas las causas importantes de muerte de los niños. En la figura 8 se sintetizan 10 intervenciones que, según se prevé, podrían cada una prevenir alrededor de 5% de la mortalidad infantil.

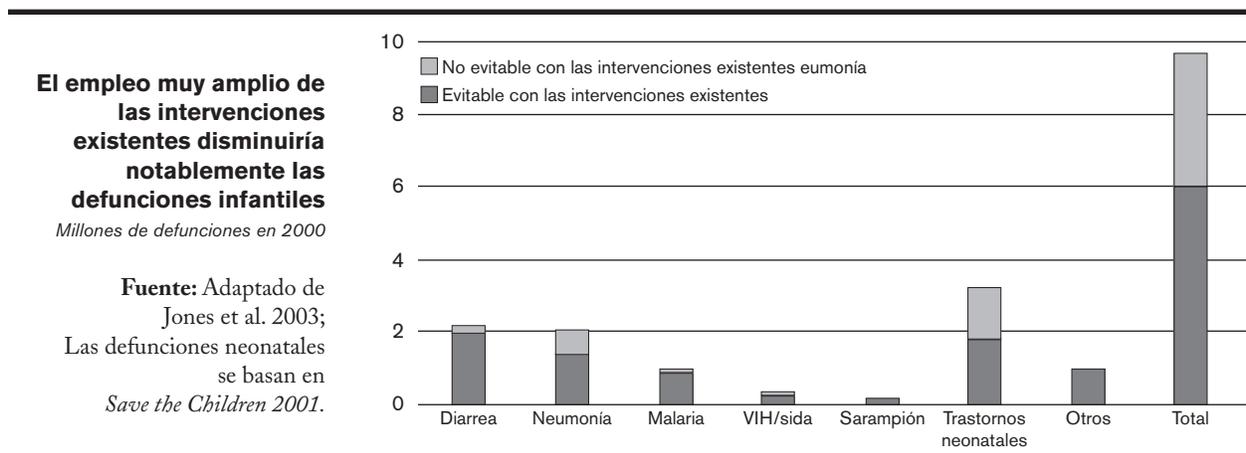
Los criterios para decidir sobre la eficacia de las intervenciones incluyen;

- Se cuenta con suficientes datos probatorios de la eficacia de la intervención. Se ha establecido una relación causal entre la intervención y reducciones en la mortalidad específica por la causa en niños menores de 5 años en países en desarrollo.
- Es viable la ejecución muy amplia de la intervención en los países de bajos ingresos.

Se agregarán más intervenciones a medida que se cuente con datos adicionales sobre la eficacia y que mejore la capacidad del sistema de salud en los países en desarrollo.

Se ha calculado que una cobertura de 99% con las intervenciones para combatir las causas más importantes de mortalidad infantil (según se describe en la sección anterior), prevendría al menos 63% del total de defunciones infantiles anuales en los 42 países con las tasas de mortalidad más elevadas. Se muestra esto en la figura 7.

Figura 7
Prevención de las defunciones por causas específicas de menores de 5 años en los 42 países con 90% del total de defunciones infantiles mundiales, usando las intervenciones existentes



Intervenciones de salud infantil

Las intervenciones de salud infantil son tratamientos, tecnologías y comportamientos clave relacionados con la salud, que previenen o tratan las enfermedades infantiles y reducen las defunciones de niños menores de 5 años. Son ejemplos de tratamientos curativos los medicamentos antimicrobianos para las enfermedades infecciosas y las sales de rehidratación oral (SRO) para la diarrea. Los ejemplos de tratamientos preventivos incluyen la administración de micronutrientes y de antimaláricos profilácticos. Entre las tecnologías que promueven la salud se cuentan las vacunaciones y el empleo de mosquiteros. Son ejemplos de comportamientos clave relacionados con la salud la alimentación apropiada, el lavado de las manos y la búsqueda de atención para las enfermedades. Generalmente se realizan las intervenciones usando una combinación de: a) servicios (para proporcionar intervenciones preventivas y de tratamientos); b) educación sanitaria (para mejorar los conocimientos y los comportamientos); c) distribución de productos básicos esenciales (como los mosquiteros); y d) infraestructura (como agua potable y letrinas).

Una intervención es eficaz si se ha demostrado que reduce las defunciones infantiles en condiciones controladas (en investigaciones).

Una intervención es efectiva si se ha comprobado que reduce las defunciones infantiles en las condiciones de la vida real (en programas)

La cobertura de la intervención equivale a la proporción de niños menores de 5 años (o de sus madres embarazadas) que han recibido la intervención apropiadamente.

Para determinar si las intervenciones son eficaces y efectivas, se ensayan individualmente con el fin de medir sus repercusiones sobre la mortalidad general. Sin embargo, en la realidad, no es práctico ejecutar intervenciones en forma aislada. En cambio, generalmente se combinan las intervenciones en “paquetes” de varias intervenciones juntas. Por ejemplo, la vacuna contra Hib puede ser agregada a los programas de vacunación existentes, que proporcionan todas las vacunas esenciales al mismo tiempo. Las intervenciones para prevenir o tratar los problemas en el período neonatal son todas efectuadas por el mismo trabajador de salud, en lugar de ser realizadas por separado. Al personal sanitario que trata a los niños enfermos se le enseña a usar el enfoque de la AIEPI, en lugar de administrar por separado los tratamientos para la diarrea, la neumonía, la malaria y la desnutrición.

Ejecución de las intervenciones

La ejecución de una intervención implica el empleo de todos los elementos del programa que se necesitan para suministrar la intervención a los niños que lo necesitan. La ejecución puede incluir:

- Implantar políticas y directrices para permitir y apoyar las intervenciones de salud infantil.
- Mejorar la capacidad de los recursos humanos, por ejemplo, capacitando al personal sanitario y aumentando su número.
- Mejorar las prácticas de la familia y de la comunidad al ofrecer un mayor acceso a la educación sanitaria, la orientación y el personal sanitario comunitario.
- Crear los apoyos comunitarios necesarios para mejorar la prevención y el tratamiento de las enfermedades infantiles.
- Fortalecer los sistemas de salud para ampliar la prestación de servicios clínicos, el suministro de medicamentos, vacunas y otros materiales, la supervisión periódica y la referencia.

Cuadro 1

Intervenciones eficaces para mejorar la supervivencia del recién nacido y de los niños menores de 5 años

(Adaptado por la OMS/CAH de las series de Lancet sobre supervivencia de los recién nacidos y de los niños menores de 5 años, y de la lista de intervenciones de la OMS/MPS)

Embarazo
Inmunización con toxoide tetánico
Planificación para el parto y para urgencias obstétricas
Detección y tratamiento de los problemas que complican el embarazo (por ejemplo, trastornos hipertensivos, hemorragia, presentaciones anormales, embarazo múltiple, anemia)
Detección y tratamiento de la sífilis
Tratamiento profiláctico intermitente de la malaria#
Información y orientación sobre autocuidado, nutrición, actividad sexual de menor riesgo, lactancia materna, planificación de la familia
Mosquiteros tratados con insecticida #
Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH+ ##

Trabajo de parto, parto y las primeras dos horas posteriores al parto
Vigilancia de progreso del trabajo de parto, el bienestar materno y fetal con el partógrafo
Apoyo social (compañero) durante el parto
Atención inmediata del recién nacido (reanimación en caso de necesidad, protección térmica, cuidado e higiene del cordón, iniciación temprana de la lactancia materna)
Atención de urgencias obstétricas y del recién nacido en caso de complicaciones
Antibióticos para la rotura prematura de la membrana en el parto de pretérmino*
Corticosteroides prenatales para el trabajo de parto de pretérmino *
Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH+ ##

* Se requiere un sistema de salud más fuerte; considerar la posibilidad de introducir esta intervención cuando intervenciones más sencillas tengan una cobertura amplia.

Intervención coyuntural, solo necesaria en un entorno donde la malaria sea endémica.

Intervención coyuntural, solo necesaria en un entorno donde sea alta la prevalencia de la infección por el VIH.

* Los cuatro pilares de la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH (PTMI) son:

- (i) prevenir la infección por el VIH en las mujeres,
- (ii) evitar el embarazo no intencional en las mujeres infectadas por el VIH,
- (iii) impedir la transmisión desde una mujer infectada por el VIH a su bebé mediante una cesárea, la administración de antirretroviricos y opciones más seguras de alimentación del lactante,
- (iv) dispensar atención, apoyo y tratamiento a las mujeres infectadas por el VIH y a sus hijos.

Cuadro 1

Intervenciones eficaces para mejorar la supervivencia del recién nacido y de los niños menores de 5 años (Continuación)

Período neonatal (después de las primeras una a dos horas posteriores al nacimiento)	
Lactancia materna exclusiva	
Protección térmica	
Cuidado e higiene del cordón	
Búsqueda de atención inmediata para las enfermedades	
Atención adicional para los lactantes de bajo peso al nacer	
Tratamiento de las enfermedades del recién nacido	
Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH* ##	
Lactantes y niños mayores (de 1 mes a 5 años de edad)	
Procedimientos preventivos	
Lactancia materna exclusiva (hasta la edad de 6 meses)	
Alimentación complementaria segura y apropiada, con lactancia materna continua (hasta la edad de 2 años y más)	
Mosquiteros tratados con insecticida #	
Inmunización (BCG, contra la hepatitis B, DPT, vacuna antipoliomielítica oral, antisarampionosa, contra Hib)	
Administración de suplementos de vitamina A	
Agua, saneamiento, higiene	
Espaciamiento de los nacimientos \geq 24 meses	
Intervenciones de tratamiento	
Terapia de rehidratación oral para la diarrea	
Administración de cinc para la diarrea	
Administración de antibióticos para la disentería	
Administración de antibióticos para la neumonía	
Antimaláricos	
Atención de la desnutrición grave	
Tratamiento de niños expuestos al VIH o infectados por el virus##	

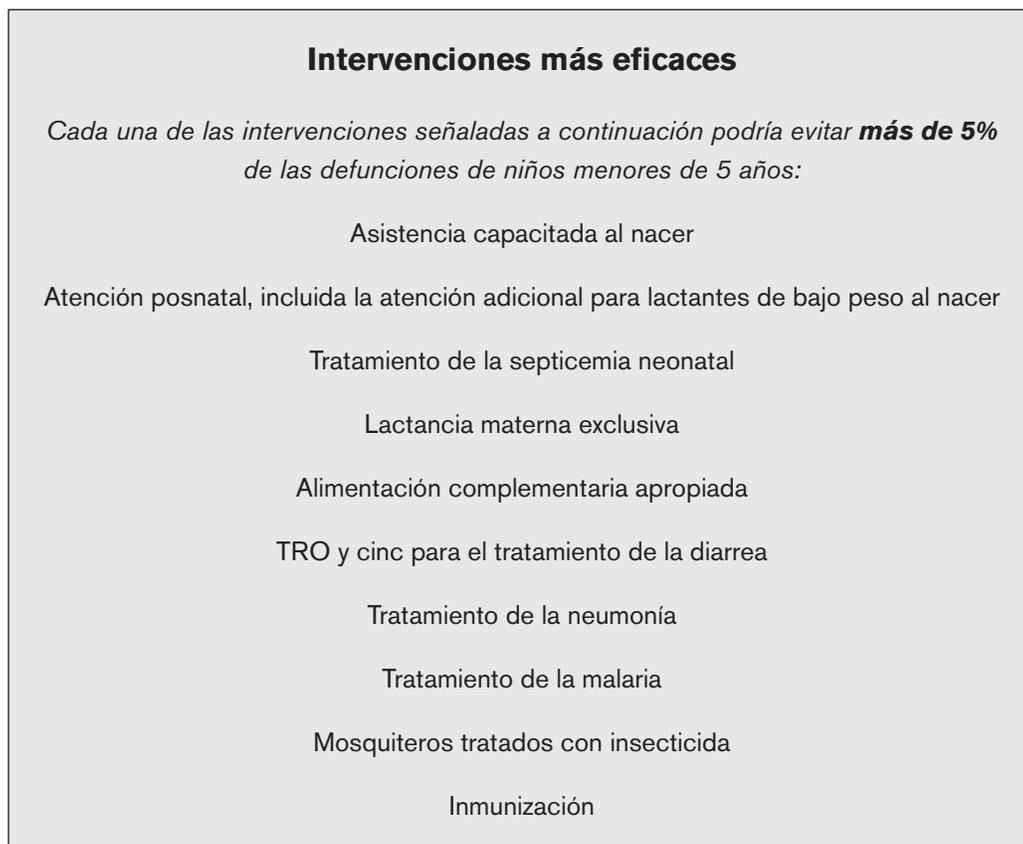
Intervención coyuntural, solo necesaria en un entorno donde la malaria sea endémica.

Intervención coyuntural, solo necesaria en un entorno donde sea alta la prevalencia de la infección por el VIH.

* Los cuatro pilares de la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH (PTMI) son:

- (i) prevenir la infección por el VIH en las mujeres,
- (ii) evitar el embarazo no intencional en las mujeres infectadas por el VIH,
- (iii) impedir la transmisión desde una mujer infectada por el VIH a su bebé mediante una cesárea, la administración de antirretrovíricos y opciones más seguras de alimentación del lactante,
- (iv) dispensar atención, apoyo y tratamiento a las mujeres infectadas por el VIH y a sus hijos.

Figura 8



1.5 ¿En qué medida las intervenciones eficaces llegan a los niños?

La cobertura de la intervención es la proporción de niños menores de 5 años (o de quienes los cuidan o de mujeres embarazadas) que han recibido la intervención apropiadamente.

Si bien la cobertura mundial con la vacuna antisarampionosa y con la lactancia materna es relativamente alta, la cobertura de la mayoría de las intervenciones preventivas y terapéuticas eficaces sigue siendo baja o muy baja. En la figura 9 se presentan los cálculos actuales de la cobertura con las intervenciones clave, en los casos en que se realizan esas intervenciones. Es evidente que las intervenciones eficaces no están llegando a los niños que las necesitan. En comparación con los niños que viven en países, comunidades y familias con mejores recursos, es mucho menos probable que los niños pobres, en particular, reciban estas intervenciones. Hay varias razones que explican por qué la cobertura ha seguido siendo baja, como la aceptabilidad, la rentabilidad y la complejidad de la intervención.

Figura 9
Cálculos de la cobertura mundial de intervenciones clave

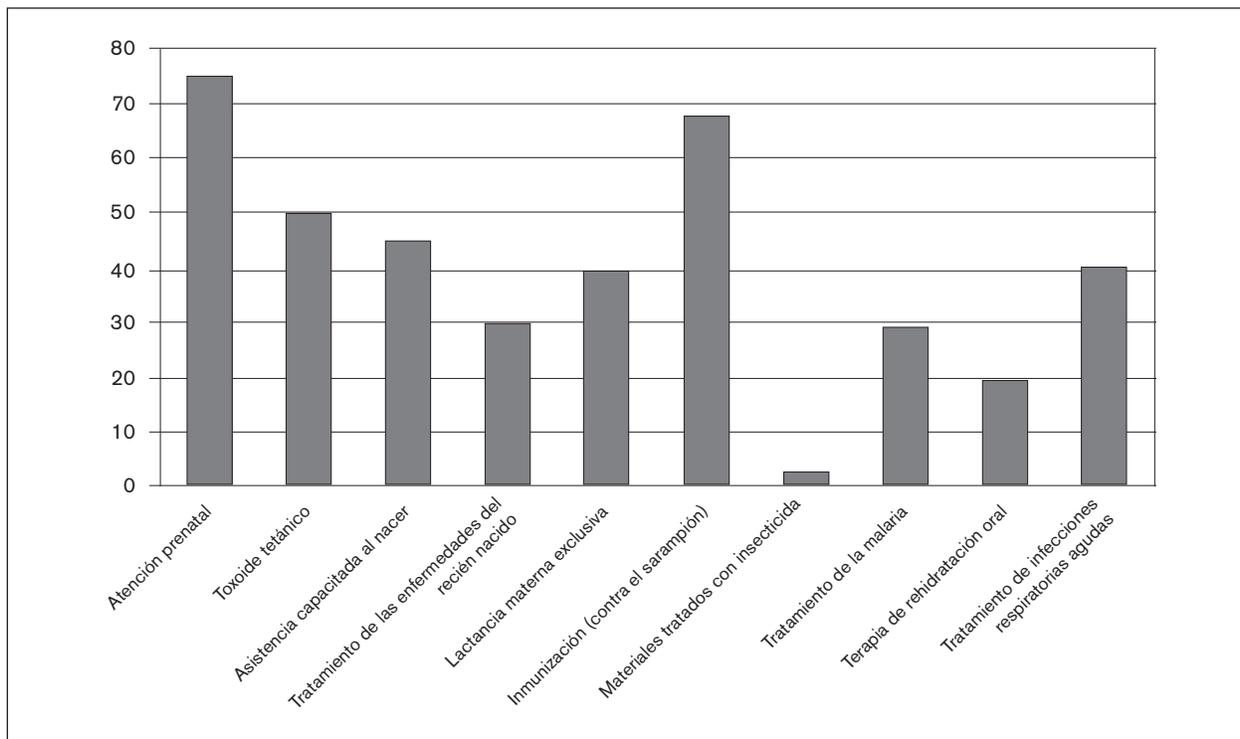


Figura 10

Puntos clave: Intervenciones para evitar las defunciones de niños menores de 5 años

- ✓ Existen intervenciones eficaces cuya ejecución es viable en los países en desarrollo. Esas intervenciones incluyen estrategias para prevenir las enfermedades y tratarlas cuando se presentan.
- ✓ Las intervenciones que han resultado eficaces para la salud infantil deben constituir la base de todos los programas de salud infantil.
- ✓ La cobertura con la mayoría de las intervenciones eficaces es todavía baja a nivel mundial.
- ✓ Más intervenciones estarán disponible como datos sobre eficacia se recogen.

2. Principios de la ejecución de intervenciones

2.1 El proceso continuo de atención de salud infantil

El proceso continuo de la atención es un principio orientador para planificar los programas de salud infantil.

El proceso continuo de la atención prestada a la madre y el niño abarca las etapas de la vida del niño desde el embarazo, el nacimiento, el período neonatal, la lactancia y la niñez hasta los 5 años de edad. Se deben dirigir las intervenciones a todas estas etapas para potenciar al máximo las repercusiones.

Para el sistema de salud, el proceso continuo de la atención incluye los niveles en los cuales se suministran las intervenciones: el hogar y la comunidad, los establecimientos de primer nivel y los establecimientos de referencia. Se tiene que cumplir la ejecución en cada uno de estos niveles para que las intervenciones sean más eficaces. Debe existir un equilibrio entre las intervenciones basadas en los establecimientos y las que se realizan en el hogar y la comunidad, ya que la prevención y el tratamiento de las enfermedades infantiles y la prevención de la mortalidad de los niños empiezan en el hogar.

Pensar en el proceso continuo de la atención puede ser una manera útil de organizar la planificación y la ejecución de los programas. Permite tomar más fácilmente decisiones acerca de:

- qué intervenciones realizar y
- dónde se deben llevar a cabo las intervenciones.

Proceso continuo de atención de la madre y el niño (desde el embarazo, el nacimiento, el período neonatal, la lactancia y la niñez hasta los 5 años de edad): decidir qué intervenciones se realizarán

Es importante que se consideren todas las etapas a lo largo del proceso continuo de la atención a fin de potenciar al máximo las repercusiones. Hay varios factores que se deben tener en cuenta al decidir qué intervenciones se realizarán para evitar defunciones, incluidas las causas y la distribución de la mortalidad en la niñez, la eficacia comprobada de las intervenciones y la viabilidad, el costo, la aceptabilidad y los requisitos para el sistema de salud que implica la ejecución.

Por ejemplo, cuando el objetivo esencial del programa es reducir la mortalidad de los recién nacidos, es preciso considerar intervenciones en las siguientes etapas:

- Embarazo. Las intervenciones en esta etapa podrían incluir: la inmunización con toxoide tetánico; el tratamiento profiláctico intermitente para la malaria (en zonas donde es alto el riesgo de malaria); la detección y el tratamiento de la sífilis.
- El nacimiento y las primeras una o dos horas posteriores al nacimiento. En esta etapa, las intervenciones podrían incluir: la asistencia capacitada al nacer; el inicio temprano de la lactancia materna; la atención inmediata al recién nacido, que incluye la reanimación si es necesario y la protección térmica del recién nacido. (En zonas de alto riesgo de infección por el VIH, se agregan la administración de antirretrovíricos y opciones más seguras de alimentación del lactante para prevenir la transmisión del VIH de la madre al hijo).
- Período neonatal. Las intervenciones en esta etapa podrían incluir: la lactancia exclusiva, la protección

térmica del recién nacido, el cuidado y la higiene del cordón, la búsqueda de atención inmediata para las enfermedades, el tratamiento de las enfermedades del recién nacido (antibióticos para la septicemia y para la neumonía).

El proceso continuo de atención en el sistema de salud: decidir dónde ejecutar las intervenciones

La selección de las intervenciones y dónde se realizarán depende de varios factores, incluida la complejidad técnica, la disponibilidad de personal capacitado, la aceptabilidad para los miembros de la comunidad, el acceso a establecimientos de salud, la demanda de servicios y la equidad. Los niveles clave incluyen:

- **El hogar y la comunidad.** Muchas intervenciones deben dirigirse a este nivel porque a menudo es limitado el acceso a los establecimientos de salud. El personal sanitario comunitario puede prestar algunos servicios en el hogar. Las personas que cuidan a los niños pueden ser capacitadas para reconocer las enfermedades, tratarlas en el hogar si fuera apropiado y comprender cuándo necesitan llevar al niño al próximo nivel del sistema de salud. Varios temas son importantes al elaborar programas para este nivel, por ejemplo, cómo transmitir mensajes clave, cómo apoyar cambios sostenidos en el comportamiento y cómo apoyar a los trabajadores de la comunidad.
- **Establecimientos de salud del primer nivel.** En la mayoría de los entornos, se necesita este nivel para prestar servicios preventivos y de tratamiento adicionales, como el tratamiento estándar de los casos y la inmunización, así como la orientación y la referencia a otros servicios. Los aspectos clave de la ejecución incluyen cómo capacitar y supervisar al personal sanitario, cómo manejar el movimiento de personal, cómo proporcionar medicamentos y suministros y cómo vincular mejor a los establecimientos con las comunidades.
- **Establecimientos de referencia.** Estos establecimientos son necesarios en la mayoría de los entornos para prestar servicios de alto nivel, como el tratamiento de las complicaciones obstétricas o de los niños gravemente enfermos. Un aspecto clave de la ejecución es la disponibilidad de servicios de referencia, que a menudo son limitados.

Todos los niveles desempeñan un papel en la ejecución, pero este equilibrio debe ser apropiado para las condiciones locales. Por ejemplo, en las zonas donde es limitado el acceso a los establecimientos de salud, la mayoría de las intervenciones tienen lugar en el hogar. En este entorno, las intervenciones para mejorar la atención posnatal al recién nacido —lactancia materna exclusiva y temprana, protección térmica, cuidado e higiene del cordón, la atención adicional para lactantes de bajo peso al nacer y la búsqueda inmediata de atención para las enfermedades— deben realizarse en el hogar y en la comunidad, además de los establecimientos de salud. Al mismo tiempo, es preciso fortalecer los establecimientos de salud para prestar la asistencia apropiada para las enfermedades del recién nacido.

En el cuadro 2 se muestran ejemplos de intervenciones que se realizan a lo largo de los dos procesos continuos de la atención.

Cuadro 2
Ejemplo de intervenciones de salud infantil a lo largo
de los procesos continuos de atención*

	El hogar y la comunidad	Establecimiento de salud de primer nivel	Establecimiento de referencia
Embarazo	<p>Promover la atención prenatal</p> <p>Información y orientación sobre autocuidado, nutrición, actividad sexual de menor riesgo, lactancia materna, planificación de la familia</p> <p>Dormir bajo mosquiteros tratados con insecticida</p>	<p>Inmunización con toxoide tetánico</p> <p>Planificación para el parto y urgencias</p> <p>Detección y tratamiento de la sífilis</p> <p>Tratamiento profiláctico intermitente para la malaria</p> <p>Detección de complicaciones del embarazo</p>	<p>Tratamiento de complicaciones del embarazo</p>
Parto y las primeras una o dos horas posteriores al parto	<p>Promover la asistencia capacitada del parto</p> <p>Promover prácticas clave, por ejemplo,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parto higiénico - Apoyo social (del compañero) durante el parto - Inicio temprano de la lactancia materna - Protección térmica del recién nacido 	<p>Vigilancia del progreso durante el trabajo de parto</p> <p>Apoyo social (del compañero) durante el parto</p> <p>Atención inmediata al recién nacido (reanimación en caso de necesidad, protección térmica, cuidado e higiene del cordón, iniciación temprana de la lactancia materna)</p> <p>Detección de complicaciones obstétricas</p>	<p>Tratamiento clínico de complicaciones obstétricas</p>
Período neonatal	<p>Promover prácticas clave, por ejemplo,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lactancia materna exclusiva - Protección térmica - Cuidado e higiene del cordón - Atención adicional para lactantes de bajo peso al nacer - Búsqueda inmediata de atención para las enfermedades 	<p>Lactancia materna exclusiva</p> <p>Protección térmica</p> <p>Cuidado e higiene del cordón</p> <p>Atención adicional para lactantes de bajo peso al nacer</p> <p>Tratamiento de enfermedades del recién nacido</p>	<p>Tratamiento de enfermedades graves del recién nacido</p>
Lactantes y niños menores 5 años	<p>Promover prácticas clave, por ejemplo,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lactancia materna exclusiva - Alimentación complementaria - Mosquiteros tratados con insecticida - Agua, saneamiento, higiene - Búsqueda de atención para procedimientos preventivos (por ejemplo, vacunas) - Búsqueda de atención para las enfermedades <p>Tratamiento en la comunidad de casos de diarrea, neumonía y malaria</p>	<p>Inmunizaciones</p> <p>Administración de suplementos de vitamina A</p> <p>Tratamiento estándar de casos, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TRO y cinc para la diarrea - Antibióticos para la disentería - Antibióticos para la neumonía - Antimaláricos 	<p>Tratamiento de enfermedades graves de los niños</p>

* En una zona con baja prevalencia de la infección por el VIH.

2.2 Paquetes de intervenciones

Para determinar si las intervenciones son eficaces (en el entorno de una investigación) y efectivas (en un programa real), se ensayan individualmente con el fin de poder medir sus repercusiones sobre la mortalidad general. Sin embargo, en el mundo real, no es práctico realizar las intervenciones en forma aislada. En cambio, la estrategia más rentable para ejecutar las intervenciones de salud infantil es usar “paquetes” de varias intervenciones juntas.

Ya existen varios paquetes de intervenciones de salud del recién nacido y los niños menores de 5 años. La mayoría de las intervenciones nuevas de salud infantil pueden ser agregadas a los paquetes de intervenciones existentes o vinculadas con ellos. Por ejemplo, se puede agregar la vacuna contra Hib a los programas de vacunación existentes, que proporcionan todas las vacunas infantiles esenciales al mismo tiempo. Todas las intervenciones para prevenir o tratar problemas en el período neonatal pueden ser realizadas por el mismo trabajador de salud, en lugar de por diferentes trabajadores o en lugares distintos.

En algunos casos, tal vez sea necesario agregar nuevos paquetes de intervenciones. Por ejemplo, un país con programas verticales de control de enfermedades que quiera avanzar hacia un método más integrado de atención de salud infantil podría agregar el paquete de AIEPI, de tal modo que los trabajadores sanitarios que asisten a los niños enfermos sean capacitados para usar el enfoque de AIEPI, en lugar de enfoques separados del tratamiento de casos, para tratar la diarrea, la neumonía, la malaria y la desnutrición.

El paquete es una manera de **integrar las** intervenciones de salud infantil. La integración es esencial para que el programa sea viable porque reduce los costos del programa y mejora su eficacia. Los costos son mucho mayores cuando se realizan por separado las intervenciones individuales y la carga que esto representa para el sistema de salud y para los clientes hace más difícil mantener el programa.

La integración de las intervenciones en paquetes puede reducir los costos del programa al:

- ✓ Reducir al mínimo los costos de puesta en marcha del programa mediante la vinculación con las intervenciones existentes.

Agregar intervenciones a los programas existentes evita los costos de comenzar una actividad nueva porque ya se cuenta con personal y sistemas para apoyar el programa.

Ejemplos: Una vacuna nueva (contra Hib, por ejemplo) puede ser agregada al programa existente de vacunación; la atención del bebé en la primera semana de vida puede ser agregada al paquete de la AIEPI.

- ✓ Emplear al mismo personal sanitario y canales de comunicación para efectuar varias intervenciones.

A menudo es posible promover o ejecutar al mismo tiempo más de una intervención. Esto es particularmente importante cuando son limitados el número de personal y los contactos con las mujeres y los niños.

Ejemplos: Se puede capacitar al personal sanitario que realiza las inmunizaciones para administrar suplementos de micronutrientes o brindar orientación sencilla sobre la alimentación. Se puede capacitar al personal sanitario comunitario responsable de la educación y la orientación sobre atención primaria de salud para transmitir también todos los mensajes esenciales concernientes al embarazo, la salud del recién nacido y la salud infantil.

Las actividades encaminadas a mejorar la disponibilidad de medicamentos esenciales y vacunas pueden aumentar la disponibilidad de los suministros para varias intervenciones (inmunización, suplementos de micronutrientes, antibióticos esenciales) al mismo tiempo.

- ✓ Reducir los costos de la capacitación.

Si la capacitación para diferentes intervenciones se hace al mismo tiempo, en lugar de por separado, los costos y el tiempo restado al trabajo se pueden reducir, (por ejemplo, la capacitación sobre la AIEPI ahorra tiempo en comparación con actividades independientes de capacitación sobre el tratamiento de la diarrea, el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas y el tratamiento de la malaria). “Orientación sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño: Un curso integrado” reduce los días de capacitación de 11 a 5 al reunir tres cursos anteriormente separados:

- Orientación sobre la lactancia materna: un curso de capacitación de 5 días (5 días de capacitación de los capacitadores)
- Orientación sobre el VIH y la alimentación del lactante: un curso de capacitación de 3 días (3 días de capacitación de los capacitadores)
- Orientación sobre la alimentación complementaria: un curso de capacitación de 3 días (3 días de capacitación de los capacitadores)

La capacitación integrada de los capacitadores para el curso es también una actividad de 5 días.

- ✓ Hacer más eficiente la supervisión y la vigilancia de las enfermedades.

Las listas integradas de verificación para la supervisión, que usan un número reducido de supervisores para examinar varias áreas técnicas al mismo tiempo, pueden ahorrar gastos relacionados con el personal y los viajes. De manera análoga, los sistemas de información sanitaria integrados, que recopilan información sobre varias enfermedades al mismo tiempo, evitan la duplicación y reducen el número del personal requerido.

La integración de las intervenciones en paquetes puede aumentar la eficacia del programa al:

- ✓ Conseguir que se aborden al mismo tiempo todas las causas importantes de mortalidad.

Ejemplo: Capacitar adecuadamente a una partera calificada para asistir un parto en condiciones higiénicas, mantener al recién nacido en una temperatura adecuada, iniciar la lactancia materna tempranamente, saber cuándo referir a la mujer o el niño para que se trate una complicación obstétrica o una enfermedad grave y dar orientación sobre lactancia materna y el reconocimiento de signos de peligro, permitirá limitar en potencia la mortalidad por hipotermia, tétanos neonatal, septicemia y complicaciones del nacimiento. La capacitación de la partera calificada para aplicar solo una o dos de estas intervenciones tiene menos probabilidades de reducir la mortalidad general de los recién nacidos que la aplicación simultánea de las intervenciones.

Ejemplo: El enfoque de la AIEPI procura prevenir o tratar todas las causas más importantes de la mortalidad de lactantes y niños menores de 5 años, efectuar el tamizaje para detectar la desnutrición y proporcionar orientación nutricional. Reemplaza los programas verticales para la diarrea, la neumonía y la malaria. Este enfoque reconoce que los niños a menudo tienen más de un problema al mismo tiempo y que la desnutrición es un factor contribuyente

en una proporción alta de la mortalidad infantil total. Se deben ejecutar todas las intervenciones para potenciar al máximo las repercusiones sobre la mortalidad.

- ✓ Aumentar el efecto de reducción de la mortalidad más allá de lo previsto con cada intervención por separado.

Al combinar intervenciones que actúan según diferentes mecanismos, se puede potenciar al máximo las repercusiones sobre la mortalidad.

Ejemplo: La mejora de las prácticas de lactancia materna y de alimentación complementaria puede reducir la incidencia de la diarrea y la neumonía. También puede contribuir a la reducción de la gravedad del sarampión y la malaria. Los suplementos de vitamina A pueden prevenir las complicaciones del sarampión. La vacunación contra Hib evitará la neumonía por Hib. La vacuna antisarampionosa prevendrá el sarampión. La combinación de estos procedimientos preventivos clave potenciará al máximo posible las repercusiones.

**Cuadro 3:
Paquetes de intervenciones de salud infantil**

	Paquetes universales (recomendados en todos los entornos)	Paquetes coyunturales (donde estén justificados)
Atención durante el embarazo	<p>Paquete de atención prenatal:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inmunización con toxoide tetánico Planificación para el parto y para urgencias Detección y tratamiento de complicaciones Detección y tratamiento de la sífilis Información y orientación sobre autocuidado, nutrición, actividad sexual de menor riesgo, lactancia materna, planificación de la familia para el espaciamiento de los nacimientos 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento profiláctico intermitente para la malaria Dormir bajo mosquiteros tratados con insecticida Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH)
Atención durante el trabajo de parto, el parto y las primeras una a dos horas posteriores al parto	<p>Atención calificada al nacer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vigilancia del progreso durante el trabajo de parto Apoyo social (del compañero) durante el parto Atención inmediata al recién nacido (reanimación en caso de necesidad , protección térmica, cuidado e higiene del cordón, iniciación temprana de la lactancia materna) <p>Paquete para urgencias obstétricas y atención del recién nacido:</p> <ul style="list-style-type: none"> Detección y manejo clínico de complicaciones obstétricas y del recién nacido 	<ul style="list-style-type: none"> Prevención de la transmisión del VIH de la madre al bebé
Atención posnatal y del recién nacido	<p>Atención posnatal ordinaria de la madre y el recién nacido:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lactancia materna exclusiva Protección térmica Cuidado e higiene del cordón Atención adicional para lactantes con bajo peso al nacer Búsqueda inmediata de atención para las enfermedades 	<ul style="list-style-type: none"> Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH
Atención de los lactantes y los niños menores de 5 años	<p>Tratamiento en la comunidad de casos de diarrea, neumonía y malaria</p> <p>AIEPI (en establecimientos de primer nivel): Tratamiento basado en un algoritmo que abarca la diarrea, la neumonía, la malaria, la desnutrición y las enfermedades del recién nacido</p> <p>AIEPI (en el nivel de referencia): Tratamiento de enfermedades graves del recién nacido y los niños menores de 5 años</p> <p>AIEPI en la comunidad: Movilización de la comunidad y actividades de comunicación para promover:</p> <ul style="list-style-type: none"> La lactancia materna exclusiva La alimentación complementaria El agua, el saneamiento y la higiene La búsqueda de atención para procedimientos preventivos (por ejemplo, vacunas) La asistencia de las enfermedades en el hogar La búsqueda de atención para las enfermedades <p>El PAI: Aplicar las vacunas esenciales (BCG, DPT, antipoliomielítica oral, antisarampionosa, contra la hepatitis B) a los lactantes y los niños pequeños</p>	<ul style="list-style-type: none"> Dormir bajo mosquiteros tratados con insecticida para prevenir la malaria Prevención de la infección por el VIH Distribución de vitamina A

En la figura 11 se describe una iniciativa en África, donde la integración de las intervenciones en paquetes aumentó la eficacia de los programas, mejoró la ejecución de las intervenciones de salud infantil y aumentó las repercusiones sanitarias de los programas.

Figura 11

Aceleración de la supervivencia y el desarrollo infantiles (ACSD)

El empleo de paquetes de salud infantil para mejorar la cobertura de las intervenciones

ACSD es una iniciativa para la supervivencia infantil que comenzó en el 2001 en cuatro países de la región occidental y central de África (Malí, Benin, Senegal y Ghana). Es financiada por el UNICEF y el gobierno canadiense. El enfoque acelerado hace hincapié en la reducción de la mortalidad y la desnutrición de los niños menores de 5 años de edad en zonas con tasas de mortalidad muy elevadas, mediante la realización a mayor escala de intervenciones de supervivencia infantil rentables.

Las intervenciones han sido agrupadas en paquetes llamados PAI-plus, AIEPI-plus y atención prenatal-plus.

- ❖ PAI-plus abarca la inmunización, la administración de suplementos de vitamina A y la desparasitación.
- ❖ AIEPI-plus comprende la promoción del empleo de mosquiteros tratados con insecticida, la terapia de rehidratación oral, los antimaláricos, la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria.
- ❖ Atención prenatal-plus incluye el tratamiento preventivo intermitente de la malaria durante el embarazo, la administración de suplementos de hierro y ácido fólico y el uso de mosquiteros tratados con insecticidas para las embarazadas.

Estas intervenciones básicas se ejecutan de manera integrada y se concentran en mejorar la disponibilidad de los medicamentos y los suministros esenciales, la accesibilidad geográfica, la asequibilidad y la calidad de la prestación de servicios, así como en promover la utilización de los servicios y la observancia a nivel de la comunidad y las familias.

Se emplean tres enfoques de la prestación de servicios para garantizar la cobertura casi universal de las mujeres y los niños.

- ❖ El primer enfoque es la promoción en la comunidad de un paquete de salud, nutrición y prácticas de higiene de la familia usando principalmente a voluntarios.
- ❖ El segundo enfoque consiste en el uso de actividades sostenibles de extensión y campañas para la inmunización, la administración de vitamina A y de antihelmínticos y la prestación de algunos servicios prenatales.
- ❖ El tercer enfoque es la prestación de servicios en establecimientos mediante un paquete integrado de atención mínima que incluye todas las intervenciones prioritarias seleccionadas.

Además, se usan cinco estrategias transversales para apoyar las principales estrategias de prestación de los servicios. Incluyen la promoción, la movilización social y la comunicación para propiciar el cambio de comportamientos, el enfoque orientado a la consecución de resultados en la prestación de los servicios a nivel de la comunidad, la vigilancia y la microplanificación basada en los distritos, la capacitación integrada y mejores sistemas de distribución.

La vigilancia continua de los programas a nivel de la comunidad ayuda a asegurar que las intervenciones lleguen a las poblaciones que más las necesitan. Además, la firma de "contratos por resultados" con el personal en todos los niveles ha mejorado la motivación para hacer las cosas.

Los datos actuales indican que el enfoque de ACSD está teniendo repercusiones. Se aplicó la iniciativa ACSD más intensamente en 16 distritos de Senegal, Malí, Ghana y Benin, donde se estima que la tasa de mortalidad de menores de 5 años descendió 25%, 21%, 17% y 16%, respectivamente.

Se han planificado otras evaluaciones prospectivas. El enfoque de ACSD es un buen ejemplo de la forma en que los paquetes de intervenciones pueden producir efectos sanitarios.

3. Definiciones de términos

Para planificar y administrar los programas, es preciso comprender el significado de algunos términos que se usan comúnmente. En esta sección, se examinan los siguientes términos:

1. Metas y objetivos
2. Indicadores de las repercusiones
3. Indicadores de la cobertura basados en la población
4. Indicadores relacionados con las actividades
5. Metas

Los programas tienen que definir claramente sus metas últimas (lo que el programa va a alcanzar a largo plazo) y sus objetivos (lo que el programa va a lograr a corto plazo, a fin de alcanzar las metas). Se usan indicadores y metas para evaluar lo que está realizando el programa. La planificación de la ejecución de las intervenciones requiere el conocimiento de los procesos continuos de la atención y de los paquetes de intervenciones. El proceso de poner en práctica los programas requiere recursos que se usan para las actividades; las actividades producen mejoras en la disponibilidad, el acceso, la demanda y la calidad de los servicios de salud o mejoran el conocimiento de las familias con respecto a la salud infantil. Estos resultados deben aumentar la cobertura de la población. En conjunto, deben generar las repercusiones del programa.

3.1 Metas y objetivos

Metas

Las metas son las mejoras a largo plazo en la salud y la supervivencia del niño esperadas por el programa. Por ejemplo, el Objetivo de Desarrollo del Milenio relacionado con la salud del niño es:

- **Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y el 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.**

Las metas son cambios deseados en el estado de nutrición, la morbilidad o la mortalidad de los niños, los resultados que los programas de salud infantil quieren lograr. Como requieren cambios en la morbilidad o la mortalidad, puede tomar de 5 a 10 años o más alcanzar las metas. Todas las intervenciones de la salud infantil ejecutadas por el programa están orientadas a alcanzar las metas del programa.

Objetivos

Un objetivo de todo programa de salud infantil es aumentar la proporción de la población destinataria que recibe una intervención (a veces llamada cobertura basada en la población que tiene la intervención). Por ejemplo:

- **Aumentar la proporción de menores de seis meses que son amamantados exclusivamente**
- **Aumentar la proporción de niños de 6 a 9 meses de edad que reciben alimentación complementaria segura y apropiada además de la lactancia materna**
- **Aumentar la proporción de embarazadas que recibieron 2 o más inmunizaciones con toxoide tetánico durante su embarazo**
- **Aumentar la proporción de niños con diarrea en las 2 semanas anteriores que recibieron TRO**

Los objetivos se basan en las intervenciones que son ejecutadas por el programa y en el progreso esperado a corto o a mediano plazo. Si no se alcanzan los objetivos, es improbable que se logren las metas de reducciones de la morbilidad y la mortalidad de niños.

3.2 Indicadores de las repercusiones

Un indicador es una medición que se repite en el transcurso del tiempo para determinar el progreso. Las repercusiones de un programa son los cambios en la salud o la supervivencia del niño que resultan de la mejor cobertura de la población con intervenciones eficaces. Un indicador de las repercusiones se expresa como una medición de la morbilidad, la mortalidad o el estado de nutrición y tiene como denominador la población destinataria en el país, la región o la provincia, etc. Se esperan cambios en esos indicadores en períodos de 5 a 10 años o más. Por ejemplo, los indicadores de las repercusiones podrían ser:

- **la mortalidad de menores de 5 años**
- **la mortalidad de menores de 5 años causada por el sarampión**
- **la proporción de niños menores de 2 años que tienen un peso bajo para la edad (peso inferior al normal)**

Los indicadores de las repercusiones se miden en la población usando encuestas con muestras grandes de hogares, que permiten calcular las tasas de mortalidad. Las repercusiones son la finalidad última de un programa de salud infantil, lo que se espera lograr a largo plazo. Los cambios esperados en las repercusiones son las metas del programa.

3.3 Indicadores de la cobertura basados en la población

Los indicadores de la cobertura basados en la población proporcionan la mejor estimación de la medida en que las intervenciones están llegando adecuadamente a la población destinataria.

La cobertura basada en la población es la proporción de la población destinataria (los niños, las personas que los cuidan o las embarazadas) en una zona geográfica dada que recibe una intervención. Los ejemplos de los indicadores de la cobertura basados en la población (en una zona geográfica dada) incluyen:

- **La proporción de niños con neumonía en las 2 semanas anteriores que recibieron un antibiótico de un prestador de servicios capacitado**
- **La proporción de niños menores de 6 meses de edad que son amamantados exclusivamente**
- **La proporción de niños totalmente inmunizados al año de edad**
- **La proporción de embarazadas que recibieron 2 o más inmunizaciones con toxoide tetánico durante su embarazo**
- **La proporción de partos asistidos por una partera capacitada**

La cobertura basada en la población debe ser medida en una encuesta a nivel de la comunidad o los hogares. Las mejoras esperadas en la cobertura basada en la población son los objetivos del programa.

3.4 Indicadores relacionados con las actividades

Las actividades del programa son el trabajo que se realiza para ejecutar las intervenciones. Se planifican y se realizan actividades por una razón, por ejemplo, aumentar la disponibilidad de servicios o el acceso a ellos para la población destinataria, aumentar la demanda de los servicios, mejorar la calidad de los servicios prestados o aumentar el conocimiento de las familias con respecto a la salud infantil. La mayoría de las actividades se relacionarán con uno o más de estos objetivos.

Los programas deben determinar si se ejecutaron o no las actividades planificadas. Pueden determinar el número de actividades completadas, o la proporción de las actividades planificadas que se completaron. Por ejemplo:

- **Se realizaron 100% de los cursos de capacitación sobre AIEPI planificados para trabajadores de los establecimientos de salud de primer nivel**
- **Se contrató y se capacitó a trabajadores de salud de la comunidad en 32 pueblos para promover prácticas clave en los hogares y las comunidades**
- **Se imprimieron 2000 cartillas de orientación en colores sobre la AIEPI y se distribuyeron 1.000 a los trabajadores de salud de la comunidad**
- **El año pasado, se completaron 48% de las visitas de supervisión planificadas**

Los **indicadores relacionados con las actividades** describen los resultados de las actividades, o sea, las mejoras (o disminuciones) de la disponibilidad de servicios o el acceso a ellos, la demanda y la calidad de los servicios, o el conocimiento de las familias con respecto a la salud infantil. Por ejemplo:

- **En 40% de los establecimientos de salud, al menos 60% del personal sanitario que cuida a los niños ha sido capacitado en la AIEPI (acceso, calidad)**
- **En 25% de los establecimientos de salud de atención primaria de salud se proporciona atención básica a urgencias obstétricas y al recién nacido (24 horas al día, los 7 días de la semana) (acceso, calidad)**
- **En 66% de los establecimientos de salud de primer nivel se efectuó una visita de supervisión en los 6 meses anteriores (calidad)**
- **En 53% de los pueblos del distrito hay un trabajador de salud de la comunidad capacitado para proporcionar educación sobre prácticas clave a las familias y la comunidad (disponibilidad, acceso)**
- **Ochenta y cinco por ciento de los trabajadores de salud de la comunidad recién capacitados realizaron en el mes anterior 10 o más visitas domiciliarias para promover prácticas en las familias y las comunidades (disponibilidad, acceso)**
- **Cincuenta y cinco por ciento de las personas que cuidan a los niños conocen al menos dos signos que indican la necesidad de buscar de inmediato atención para un recién nacido y para un niño pequeño (conocimiento)**

Se pueden recopilar datos para medir muchos indicadores relacionados con las actividades en los registros del programa, como parte de la vigilancia del programa. Sin embargo, los indicadores de la calidad de la atención prestada en los establecimientos de salud son medidos en una encuesta especial de establecimientos. La encuesta de establecimientos determina si el personal sanitario presta un servicio correctamente a la población destinataria cuando los niños o sus cuidadores son atendidos en los establecimientos de salud. Por ejemplo, puede medir indicadores tales como:

- **A 80% de los niños enfermos asistidos en establecimientos de salud que necesitaban un antibiótico o un antimalárico se les recetó correctamente el medicamento**
- **Ochenta y seis por ciento de los prestadores de asistencia a niños enfermos que recetaron sales de rehidratación oral, un antibiótico o un antimalárico en un establecimiento de salud pueden describir correctamente cómo administrar el tratamiento**
- **Noventa y dos por ciento de los niños que necesitaban inmunizaciones abandonaron al establecimiento con todas las inmunizaciones requeridas**

En la figura 12 se muestran ejemplos de diferentes indicadores posibles relacionados con una intervención.

Figura 12

Ejemplos de indicadores
<p>Indicador de las repercusiones:</p> <p>Mortalidad de menores de 5 años relacionada con la diarrea</p>
<p>Indicador de la cobertura basada en la población:</p> <p>Proporción del total de niños en el distrito enfermos con diarrea en las 2 semanas anteriores que recibieron terapia de rehidratación oral y otro tratamiento apropiado</p>
<p>Indicadores relacionados con las actividades:</p> <p>Proporción de establecimientos de salud donde al menos 60% del personal sanitario que cuida a los niños ha sido capacitado en la AIEPI</p> <p>Proporción de niños que concurrieron a un establecimiento de salud enfermos con diarrea en las 2 semanas anteriores, que recibieron terapia de rehidratación oral y otro tratamiento apropiado (calidad de la atención)</p>

3.5 Metas

Una meta es la expresión cuantificada del *cambio deseado* en un indicador clave de la ejecución del programa en un período dado y en una zona geográfica especificada. La evaluación compara con la meta el nivel real de logro después de un período específico, para determinar si el programa se está aplicando eficazmente.

Figura 13

Ejemplos de metas

Meta de las repercusiones sanitarias en un país:

Para el 2021, reducir en 10% la mortalidad de menores de 5 años.

Metas de la cobertura (basada en la población) en una región:

- Para fines del 2009, 85% de los lactantes serán amamantados en la primera hora posterior al nacimiento.
- Para fines del 2009, 60% de los niños de 6 a 9 meses de edad recibirán alimentación complementaria apropiada y lactancia materna.
- Para fines del 2009, 80% de los niños menores de 5 años con neumonía recibirán antibióticos de un prestador de servicios capacitado.

Metas relacionadas con las actividades en una región o distrito:

- Para fines del 2009, 80% de los pueblos tendrán al menos un trabajador de salud de la comunidad capacitado en orientación sobre alimentación del lactante (acceso y disponibilidad).
- Para fines del 2009, 75% de los cuidadores conocerán la definición de lactancia materna exclusiva y sus beneficios (conocimiento).
- Para fines del 2009, 80% del total de establecimientos de salud de primer nivel tendrán todos los medicamentos orales esenciales (disponibilidad, calidad).
- Para fines del 2009, a 60% de los niños asistidos en los establecimientos de salud que necesitan un antibiótico o un antimalárico se les prescribirá el medicamento correctamente (calidad).

El programa revisará y añadirá metas conforme se agreguen nuevas actividades. Sin embargo, la lista de las metas nunca debe extenderse demasiado. Es preciso seleccionar un número limitado de metas y estas deben ser sencillas, convenientes para las actividades de planificación, adecuadas para las necesidades de recursos y útiles para la evaluación.



Folleto 3

Examen breve de programas

Indicadores prioritarios de la salud infantil

INDICADORES PRIORITARIOS DE LA SALUD INFANTIL A NIVEL DE LAS FAMILIAS

Mortalidad

1. Mortalidad de menores de 5 años
2. Mortalidad neonatal

Embarazo, parto y atención del recién nacido

3. Las embarazadas concurren al menos a 2 consultas de atención prenatal
4. Los niños están protegidos contra el tétanos neonatal al nacer
5. Las mujeres son asistidas durante el parto por una partera capacitada
6. Los niños tienen un peso al nacer de 2500 g o más
7. Se inicia la lactancia materna en la primera hora posterior al nacimiento
8. Las mujeres y los recién nacidos son asistidos en los 3 días posteriores al parto por un prestador de servicios capacitado

Alimentación del lactante

9. Los niños menores de 6 meses son amamantados exclusivamente
10. Los niños de 6 a 9 meses de edad reciben lactancia materna y alimentación complementaria apropiadas
11. Los niños reciben lactancia materna continua hasta los 12 a 15 y los 20 a 23 meses de edad

Nutrición

12. Los niños menores de 2 años tienen un peso apropiado para la edad

Prevención de enfermedades

13. Los niños han recibido una dosis de vitamina A en los 6 meses anteriores
14. Los niños fueron vacunados contra el sarampión antes de los 12 meses de edad
15. Los niños fueron vacunados con la DPT3 antes de los 12 meses de edad
16. Los niños duermen bajo un mosquitero tratado con insecticida (en zonas donde existe el riesgo de contraer malaria)
17. En los hogares se usan mejores fuentes de agua potable
18. En los hogares hay servicios sanitarios adecuados para la eliminación de excretas
19. En los hogares se almacena el agua con seguridad

Tratamiento de enfermedades

20. A los niños enfermos se les ofrece una mayor cantidad de líquidos y alimentación continua
21. Los niños con fiebre reciben un tratamiento antimalárico apropiado (en zonas donde existe el riesgo de contraer malaria).
22. Los niños con diarrea reciben terapia de rehidratación oral (sales de rehidratación oral o líquidos caseros apropiados)
23. Los niños con neumonía reciben antibióticos de un prestador de servicios capacitado
24. Los cuidadores conocen al menos dos signos que indican la necesidad de la búsqueda inmediata de atención (recién nacidos y niños de más edad)

INDICADORES PRIORITARIOS DE LA SALUD NFANTIL A NIVEL DE LOS ESTABLECIMIENTOS

APTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO

Evaluación

1. Examen del niño para detectar tres signos generales de peligro
2. Examen del niño para detectar la presencia de tos, diarrea y fiebre
3. Cotejo del peso del niño con una gráfica de crecimiento
4. Comprobación del estado de vacunación del niño
5. Índice de evaluación integrada
6. Evaluación de la alimentación del niño menor de 2 años

Tratamiento y orientación correctos

7. Al niño que necesita un antibiótico oral o un antimalárico se le receta el medicamento o medicamentos adecuados
8. El niño que no necesita antibióticos abandona el establecimiento sin un antibiótico
9. Se indica al cuidador de un niño enfermo que le suministre líquidos y siga con la alimentación
10. El niño que necesita vacunaciones abandona el establecimiento con todas las vacunaciones necesarias
11. El cuidador de un niño al que se le receta sales de rehidratación oral, un antibiótico o un antimalárico puede describir cómo administrar el tratamiento

Manejo correcto de niños gravemente enfermos

13. El niño que necesita referencia es remitido a un servicio de salud de nivel superior

APOYOS DEL SISTEMA DE SALUD

Supervisión

14. El establecimiento de salud recibió durante los seis meses anteriores al menos una visita de supervisión que incluyó la observación del tratamiento de casos

Medicamentos, equipo y suministros

15. Índice de disponibilidad de tratamientos orales esenciales
16. Índice de disponibilidad de medicamentos inyectables para el tratamiento previo a la referencia
17. El establecimiento de salud tiene equipo y suministros para proporcionar servicios completos de vacunación
18. Índice de disponibilidad de cuatro vacunas

Cobertura de la capacitación

19. En los establecimientos de salud, al menos 60% del personal sanitario que asiste a los niños fue capacitado en la AIEPI y la atención prenatal y del recién nacido

Disponibilidad de servicios

20. Los establecimientos proporcionan atención obstétrica de urgencia
21. Hay establecimientos designados como amigos del lactante

SATISFACCIÓN DE LOS CUIDADORES

22. Se determinará a nivel de país

Otros indicadores de la salud infantil basados en los establecimientos

Los indicadores de los procedimientos actuales se basan en el algoritmo clínico de la AIEPI: el personal sanitario es observado y se compara su práctica con las normas establecidas en la AIEPI. Estas normas pueden cambiar si se agregan al enfoque de AIEPI nuevas normas clínicas para la lactancia materna o el VIH. Además, no se ha incluido en esta lista ningún indicador clínico para la atención prenatal, el tratamiento de complicaciones obstétricas o el tratamiento de los recién nacidos enfermos; serán necesarias mediciones, basadas en normas clínicas comprobadas, para evaluar estas áreas técnicas.

Además, las definiciones del paquete básico de medicamentos esenciales, equipo y suministros tal vez tengan que ser modificadas para los diversos paquetes clínicos.

Los ejemplos de otras mediciones de la atención en los establecimientos incluyen:

- el tamizaje para detectar sífilis durante el embarazo;
- la profilaxis de la malaria durante el embarazo;
- las pruebas de detección del VIH y la orientación sobre el virus durante el embarazo;
- el tratamiento antirretrovíricos durante el embarazo;
- la capacitación del personal sanitario sobre la transmisión maternoinfantil del VIH;
- el tratamiento antirretrovírico de los lactantes expuestos al VIH para evitar la transmisión maternoinfantil;
- las pruebas de detección del VIH para todas las madres y niños expuestos al VIH dentro de los 18 meses [¿...?];
- los establecimientos que ofrecen atención obstétrica de urgencia, o los designados como amigos del lactante;
- la competencia en la reanimación neonatal al final de la capacitación;
- el uso de antibióticos para la rotura prematura de la membrana;
- el uso de esteroides para el trabajo de parto de pretérmino.

Otros indicadores de la salud infantil basados en los hogares

Los indicadores para algunas intervenciones eficaces basadas en los hogares no están en la lista de prioridades, como sucede con:

- el uso de sal o cinc yodados;
- los antihelmínticos para el tratamiento de la anemia;
- la administración de suplementos con dosis altas de vitamina en las 6 semanas posteriores al nacimiento;
- prácticas higiénicas en el parto;
- la protección térmica del recién nacido.

Cuando los programas tengan actividades en estas áreas, se deberán agregar indicadores adicionales.

Se proporcionan ejemplos de indicadores complementarios de la lista actual de prioridades en las directrices para encuestas de la OMS de establecimientos de salud (en los establecimientos) y en las directrices para la planificación de la AIEPI en la comunidad (en los hogares).

Mediciones de la atención hospitalaria

Se han elaborado y probado en varios entornos métodos para evaluar la calidad de la atención hospitalaria (evaluación de la calidad de la atención prestada a los niños en hospitales: se puede solicitar a la OMS/CAH una herramienta genérica de evaluación). Los indicadores que se han propuesto para vigilar la atención hospitalaria incluyen:

- La existencia de una política o estrategia nacional para la atención de salud infantil con disposiciones específicas sobre la atención hospitalaria para los niños; *Proporción de países que tienen una política o estrategia nacional de salud infantil con disposiciones específicas sobre la atención hospitalaria para los niños.*
- La existencia de un mecanismo que permita el acceso de los niños y los grupos vulnerables a la atención hospitalaria (gratuidad, exención de tarifas que pagan los usuarios, plan de seguro) y que abarque a toda la población; *Proporción de países con mecanismos de atención hospitalaria gratuita para los niños.*
- La existencia de directrices clínicas nacionales para la atención pediátrica, basadas en datos probatorios y actualizadas en los últimos cinco años (que incluyan los problemas graves de los niños: septicemia neonatal, reanimación neonatal, neumonía, diarrea, desnutrición y, cuando son de importancia para la salud pública, malaria, dengue e infección por el VIH); *Proporción de países con directrices clínicas nacionales basadas en datos probatorios y actualizadas en los últimos cinco años.*
- La existencia de un mecanismo nacional para la evaluación integral y periódica de los hospitales (durante los últimos cinco años); *Proporción de hospitales evaluados en los cinco años anteriores.*
- Existencia de un mecanismo nacional para vigilar las tasas de letalidad de pacientes hospitalizados (por grupos de edad: recién nacidos, lactantes, niños menores de 5 años); *Proporción de hospitales que informan las tasas de letalidad de pacientes hospitalizados, por grupo de edad.*
- Existencia de áreas asignadas para la atención pediátrica en los hospitales; *Proporción de hospitales con áreas para la atención pediátrica.*
- La disponibilidad de oxígeno (y sistemas de administración adecuados para la edad) para los niños en las salas de pediatría; *Proporción de hospitales que disponen de oxígeno en las salas de pediatría.*
- Disponibilidad de bolsas y máscaras para la reanimación neonatal; *Proporción de hospitales que cuentan con bolsas y máscaras para la reanimación neonatal.*
- Certificación regular de hospitales “amigos del niño”; *Proporción de hospitales “amigos del niño” certificados (o nuevamente certificados) en los cinco años anteriores.*

Empleo de los derechos del niño para fortalecer la vigilancia y la evaluación

Las normas de la Convención sobre los Derechos del Niño pueden ayudar a la vigilancia y la evaluación de los programas de salud del niño. Se pide sistemáticamente a los gobiernos que proporcionen datos al Comité de los Derechos del Niño para vigilar el progreso logrado en el área de la salud y la supervivencia de los niños. Los directores de los servicios de salud infantil a menudo están en condiciones de proporcionar esos datos. Las comisiones nacionales de derechos humanos o de derechos de los niños también pueden comunicar a los directores de los servicios de salud infantil información útil para las finalidades de la vigilancia y la evaluación.

Los indicadores clave que se usan para determinar en qué medida la Convención sobre los Derechos del Niño ha influido en la programación de la salud infantil incluyen:

Indicadores estructurales del entorno político y jurídico, por ejemplo, si el Estado ha:

- ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño;
- incluido en la constitución el derecho a la salud;
- reconocido en la legislación el derecho universal de los niños a la atención de salud;
- establecido una institución nacional de derechos humanos que apoya la salud infantil;
- formulado políticas y estrategias nacionales sobre la salud del niño, como la AIEPI;
- instaurado un seguro social nacional y programas similares para proporcionar servicios de salud gratuitos o subsidiados;
- creado una estrategia para distribuir productos, servicios e información de salud a la población, de una manera que garantice que llegan eficazmente a todos los subgrupos vulnerables.

Indicadores de las repercusiones, la cobertura y los resultados, desagregados para revelar diferencias o inequidades entre distintos subgrupos, como los:

- indicadores del registro de nacimientos y defunciones y el sistema de registro de
- estadísticas demográficas;
- indicadores de la capacitación y la supervisión para asegurar que los trabajadores de salud tienen la competencia adecuada;
- indicadores de la presupuestación y la determinación de los costos de los programas de
- salud infantil
- indicadores de los costos de los servicios de salud infantil para los niños y los cuidadores;

Datos cualitativos y estudios de investigación operativa que suministran información útil sobre las leyes, las políticas y los problemas de equidad.

La Convención sobre los Derechos del Niño también subraya que la programación, que abarca la planificación, la ejecución y la vigilancia y la evaluación, debe hacerse en colaboración con los aliados y los interesados directos en todos los niveles para garantizar la participación y la responsabilización de la salud infantil.

DEFINICIONES DE INDICADORES PRIORITARIOS DE SALUD INFANTIL PARA EL NIVEL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Nota: El método usual para reunir estos indicadores es una encuesta de los establecimientos de salud, con una muestra representativa de establecimientos que asisten a pacientes ambulatorios. La norma técnica usada para estos indicadores es la AIEPI. Una clasificación validada es la clasificación que hace un clínico experto, capacitado en la AIEPI, después de reexaminar al niño. Los indicadores enumerados a continuación se refieren a niños de dos meses a cinco años de edad, a menos que se indique otra cosa

1. *El niño es examinado para detectar tres signos generales de peligro.* La proporción de niños examinados para determinar la presencia de los tres signos generales de peligro.

Numerador: Número de niños enfermos de 2 meses a cinco años de edad vistos a quienes se examinó para detectar la presencia de tres signos de peligro (¿puede el niño beber o mamar?, ¿vomita todo?, ¿ha tenido convulsiones?)

Denominador: Número de niños enfermos de 2 meses a cinco años de edad vistos

2. *El niño es examinado para determinar la presencia de tos, diarrea y fiebre.* La proporción de niños examinados para determinar la presencia de tos, diarrea, y fiebre.

Numerador: Número de niños enfermos vistos a cuyos cuidadores se les preguntó acerca de la presencia de tos, diarrea y fiebre

Denominador: Número de niños enfermos vistos

3. *El peso de los niños es cotejado con una gráfica de crecimiento.* La proporción de niños que fueron pesados en el mismo día y cuyo peso fue cotejado con una gráfica de crecimiento recomendada.

Numerador: Número de niños enfermos vistos que fueron pesados en el mismo día y cuyo peso fue cotejado con una gráfica de crecimiento recomendada

Denominador: Número de niños enfermos vistos

4. *Se comprueba el estado de vacunación de los niños.* La proporción de niños cuyo estado de vacunación es comprobado.

Numerador: Número de niños enfermos vistos cuya cartilla de vacunación o antecedentes de vacunación fueron verificados.

Denominador: Número de niños enfermos vistos

5. *Índice de evaluación integrada.* Promedio de tareas de evaluación cumplidas por niño enfermo evaluado.

Definición: La media aritmética de 10 tareas de evaluación realizadas para cada niño (examen para detectar tres signos de peligro, comprobación de la presencia de los tres síntomas principales, pesar al niño y cotejar su peso con una gráfica de crecimiento, examen para determinar la presencia de palidez palmar y comprobación del estado de vacunación, divididos por diez).

Cálculo: se verificó si “puede beber o mamar”, “vomita” y “tiene convulsiones”, 1 punto para cada tarea; se verificó si tiene “tos y dificultad para respirar/respiración acelerada”, “diarrea” y “fiebre”, 1 punto para cada tarea; se pesó al niño el mismo día y se cotejó su peso con una gráfica de crecimiento recomendada, 1 punto para cada tarea; se verificó si presentaba palidez palmar, 1 punto; se comprobó el estado de vacunación (cartilla o historia clínica), 1 punto

6. *Evaluación de las prácticas de alimentación del niño menor de 2 años.* La proporción de niños menores de 2 años a cuyos cuidadores se les pregunta acerca de la lactancia materna y la alimentación complementaria, y las prácticas de alimentación durante el actual episodio de enfermedad.

Numerador: Número de niños menores de 2 años enfermos a cuyos cuidadores se les pregunta si el niño es amamantado, si el niño toma otros alimentos o líquidos distintos de la leche materna, y si, durante la enfermedad actual, ha cambiado la alimentación del niño.

Denominador: Número de niños menores de 2 años enfermos vistos

7. *Al niño que necesita un antibiótico oral o un antimalárico se le receta el medicamento correctamente.* La proporción de niños que no requieren la referencia urgente y que necesitan un antibiótico oral o un antimalárico, a quienes se les receta correctamente el medicamento o medicamentos.

Numerador: Número de niños enfermos con clasificaciones validadas, que no requieren referencia urgente y que necesitan un antibiótico oral o un antimalárico (para la neumonía, la disentería, la malaria, una infección aguda del oído o anemia, en zonas con un alto de riesgo de malaria), a quienes se les recetan correctamente los medicamentos, incluyendo las dosis, el número de veces al día y el número de días

Denominador: Número de niños enfermos con clasificaciones validadas que no requieren referencia urgente y que necesitan un antibiótico oral o un antimalárico.

8. *El niño que no necesita un antibiótico abandona el establecimiento sin el antibiótico.* La proporción de niños que no necesitan referencia urgente y que no necesitan un antibiótico para una o más de las clasificaciones de la AIEPI, que abandonan el establecimiento sin haber recibido y sin que se le hayan recetado antibióticos.

Numerador: Número de niños con una clasificación validada que no requieren referencia urgente y no necesitan un antibiótico para una o más clasificaciones de la AIEPI (sin neumonía: tos o resfriado, diarrea con o sin deshidratación, diarrea persistente, malaria, fiebre y malaria improbable, sarampión, infección crónica del oído, sin infección del oído, anemia o peso muy bajo, y sin anemia y con peso no muy bajo), que abandonan el establecimiento sin recibir antibióticos y una receta para antibióticos para esas clasificaciones validadas.

Denominador: Cantidad de niños vistos que no requieren referencia urgente y que no necesitan un antibiótico para una o más clasificaciones de la AIEPI

9. *Se aconseja al cuidador del niño enfermo darle más líquidos y seguir con la alimentación.* La proporción de niños enfermos a cuyos cuidadores se les recomienda que les den más líquidos y sigan alimentándolos.

Numerador: Número de niños enfermos con clasificaciones validadas, que no necesitan referencia urgente, a cuyos cuidadores se les recomienda que les den más líquidos y sigan alimentándolos

Denominador: Número de niños enfermos con clasificaciones validadas, que no necesitan referencia urgente

10. *El niño que necesita vacunaciones abandona el establecimiento con todas las vacunaciones necesarias.* La proporción de niños que necesitan vacunaciones (según la cartilla de vacunación o la historia clínica) que abandonan el establecimiento con todas las vacunaciones que necesitaban (según el calendario nacional de vacunación).

Numerador: Número de niños que necesitan vacunaciones (según la cartilla de vacunación o la historia clínica) que abandonan el establecimiento con todas las vacunaciones necesarias

Denominador: Número de niños vistos que necesitan vacunaciones (según la cartilla de vacunación o la historia clínica)

11. *El cuidador del niño a quien se le recetan las sales de rehidratación oral, un antibiótico oral o un antimalárico oral, sabe cómo administrar el tratamiento.* La proporción de niños a quienes se les recetaron las sales de rehidratación oral, un antibiótico oral o un antimalárico oral, cuyos cuidadores pueden describir correctamente cómo se administra el tratamiento.

Numerador: Número de niños enfermos a quienes se les recetaron sales de rehidratación oral, un antibiótico oral o un antimalárico oral, cuyos cuidadores pueden describir cómo se administra correctamente el tratamiento, incluida la cantidad, el número de veces por día y el número de días

Denominador: Número de niños enfermos a quienes se les recetaron sales de rehidratación oral, un antibiótico o un antimalárico

12. *El niño que requiere referencia es referido.* La proporción de niños que necesitaban referencia que son remitidos por el personal sanitario a un servicio de nivel superior.

Numerador: Número de niños enfermos con una clasificación validada de enfermedad grave que necesitaban referencia (uno o más signos de peligro, neumonía grave o enfermedad muy grave, o deshidratación grave con otra clasificación grave, o diarrea grave persistente, o enfermedad febril muy grave, o sarampión grave complicado, o mastoiditis, o desnutrición grave o anemia grave) y que fueron referidos por el personal sanitario

Denominador: Número de niños enfermos con una clasificación validada de enfermedad grave que necesitaban referencia

13. *El establecimiento de salud recibió durante los seis meses anteriores al menos una visita de supervisión que incluyó la observación del tratamiento de casos.* La proporción de establecimientos de salud que recibieron durante los seis meses anteriores al menos una visita de supervisión ordinaria que incluyó la observación del tratamiento de casos.

Numerador: Número de establecimientos de salud que recibieron durante los seis meses anteriores al menos una visita de supervisión ordinaria (excluyendo las visitas de seguimiento al personal sanitario poco después de su capacitación, que forman parte de la capacitación sobre la AIEPI) que incluyó la observación del tratamiento de casos

Denominador: Número de establecimientos de salud incluidos en la encuesta

14. *Índice de la disponibilidad de tratamientos orales esenciales.* Medicamentos orales esenciales para el tratamiento en el hogar de niños enfermos, disponibles el día de la visita.

Definición: La media aritmética de los medicamentos esenciales orales recomendados para el tratamiento en el hogar de la diarrea, la disentería, la neumonía, la fiebre, la malaria y la anemia, disponibles en cada establecimiento el día de la visita.

Cálculo:

- sales de rehidratación oral, 1 punto
- antibiótico recomendado para la neumonía, 1 punto
- antibiótico recomendado para la disentería, 1 punto
- antimalárico recomendado, 1 punto
- vitamina A, 1 punto
- hierro, 1 punto
- mebendazol, 1 punto
- paracetamol/aspirina, 1 punto

15. *Índice de disponibilidad de medicamentos inyectables para el tratamiento previo a la referencia.* Los antibióticos y los antimaláricos inyectables para el tratamiento previo a la referencia de niños y lactantes enfermos, que están disponibles en cada establecimiento el día de la consulta.

Definición: La media aritmética de los medicamentos inyectables recomendados para el tratamiento previo a la referencia de niños y lactantes con una clasificación grave y que necesitan referencia inmediata, divididos por cuatro.

Cálculo:

- antibiótico intramuscular recomendado para niños, 1 punto
- quinina, 1 punto
- gentamicina, 1 punto
- bencilpenicilina, 1 punto

16. *El establecimiento de salud tiene el equipo y suministros para apoyar servicios completos de vacunación.* La proporción de establecimientos de salud que en el día de la encuesta tienen equipo y suministros para proporcionar servicios completos de vacunación.

Numerador: Número de establecimientos de salud que en el día de la encuesta tienen equipo y suministros para apoyar los servicios totales de vacunación (refrigerador o cadena de frío y esterilizador que funcionan, y agujas y jeringas o agujas y jeringas desechables)

Denominador: Número de establecimientos de salud incluidos en la encuesta

17. *Índice de disponibilidad de cuatro vacunas.* Promedio de cuatro antígenos recomendados disponibles en cada establecimiento el día de la visita.

Definición: La media aritmética de las vacunas recomendadas disponibles en cada establecimiento los días de las visitas, divididas por cuatro.

Cálculo:

- BCG, 1 punto
- antipoliomielítica, 1 punto
- DPT, 1 punto
- antisarampionosa, 1 punto

18. *Establecimientos de salud donde al menos 60% de los trabajadores que asisten a los niños fueron capacitados en la AIEPI.* La proporción de establecimientos de salud de primer nivel donde al menos 60% del personal sanitario que asiste a los niños fue capacitado en la AIEPI.

Numerador: Número de establecimientos de salud donde al menos 60% del personal sanitario que asiste a los niños fue capacitado en la AIEPI

Denominador: Número de establecimientos de salud incluidos en la encuesta

19. *Establecimientos de salud que proporcionan atención para urgencias obstétricas.* La proporción de establecimientos que prestan todos los servicios básicos e integrales estandarizados de atención obstétrica por cada 500.000 habitantes.

Numerador: Número de establecimientos de salud que proporcionan todos los servicios básicos e integrales estandarizados de atención obstétrica

Denominador: Población total de la zona de captación

Los componentes del paquete de atención para urgencias obstétricas se definirán según las directrices ordinarias

20. *Establecimientos de salud designados como amigos del lactante.* La proporción de hospitales y establecimientos de maternidad acreditados como amigos del lactante según los 10 criterios del UNICEF/OMS para la lactancia materna y la atención al recién nacido.

Numerador: Número de hospitales y establecimientos de maternidad acreditados como amigos del lactante

Denominador: Número total de hospitales y establecimientos de maternidad donde se asisten partos

DEFINICIONES DE INDICADORES PRIORITARIOS PARA EL NIVEL DE LOS HOGARES

Nota: El método usual para reunir estos indicadores es una encuesta domiciliaria con una muestra representativa de hogares. A menos que se indique otra cosa, los indicadores se calculan para los niños de hasta 5 años de edad

1. *Mortalidad de menores de 5 años.* El número de niños que murieron entre el nacimiento y los 59 meses de edad en un período dado, por cada 1.000 nacidos vivos en el mismo período.

Numerador: Número de niños nacidos vivos que murieron entre el nacimiento y los 59 meses de edad en un período dado (notificado por las mujeres en edad fecunda entrevistadas) x 1.000

Denominador: Número de niños nacidos vivos en el mismo período (notificado por las mujeres en edad fecunda entrevistadas)

2. *Mortalidad neonatal.* El número de defunciones de recién nacidos por cada 1.000 nacidos vivos en un período dado.

Numerador: Número de bebés nacidos vivos que mueren en los primeros 28 días de vida completada (0 a 27 días de edad) en un período dado (notificado por las mujeres en edad fecunda entrevistadas) x 1.000

Denominador: Número de bebés nacidos vivos nacidos en el mismo período (notificado por las mujeres en edad fecunda entrevistadas)

3. *Las embarazadas concurren al menos a 2 consultas de atención prenatal.* Proporción de mujeres que concurrieron al menos a 2 consultas de atención prenatal durante su último embarazo.

Numerador: Número de embarazadas que tuvieron un hijo nacido vivo en un período especificado, que habían concurrido al menos a 2 consultas de atención prenatal durante su embarazo

Denominador: Número total de nacidos vivos en el mismo período

4. *Los bebés están protegidos contra el tétanos neonatal al nacer.* Proporción de lactantes nacidos en un período especificado (generalmente 12 meses), protegidos contra el tétanos neonatal.

Numerador: Número de lactantes nacidos en un período especificado, protegidos contra el tétanos neonatal

Denominador: Número total de nacidos vivos en el mismo período

5. *Las mujeres cuyo parto fue asistido por una partera capacitada.* Proporción de mujeres cuyo último parto fue asistido por una partera capacitada.

Numerador: Número de partos asistidos por una partera capacitada en un período especificado

Denominador: Número total de nacidos vivos durante el mismo período

6. *Bebés con un peso al nacer de 2500 g o menos.* Proporción de bebés con peso bajo al nacer nacidos vivos en un período especificado (generalmente 12 meses).

Numerador: Número de bebés que pesaban < 2500 g nacidos vivos en un período especificado

Denominador: Número total de nacidos vivos en el mismo período

7. *La lactancia materna se inicia en la primera hora posterior al nacimiento.* Proporción de lactantes menores de 12 meses que iniciaron la lactancia materna en la primera hora posterior al nacimiento.

Numerador: Número de lactantes menores de 12 meses que iniciaron la lactancia materna en la primera hora posterior al nacimiento

Denominador: Número total de lactantes menores de 12 meses incluidos en la encuesta

8. *Las mujeres y los recién nacidos reciben atención posnatal en los 3 días posteriores al parto.* Proporción de lactantes menores de 12 meses que, en los 3 días posteriores al nacimiento, fueron vistos por un prestador de servicios capacitado.

Numerador: Número de lactantes menores de 12 meses que, en los 3 días posteriores al nacimiento, fueron vistos por un prestador de servicios capacitado

Denominador: Número total de lactantes menores de 12 meses incluidos en la encuesta

9. *Los niños menores de 6 meses son amamantados exclusivamente.* Proporción de lactantes menores de 6 meses que fueron amamantados exclusivamente en las últimas 24 horas.

Numerador: Número de lactantes de 0 a 5 meses (menos de 180 días) de edad a los que no se les dio nada más que leche materna en las últimas 24 horas

Denominador: Número total de lactantes de 0 a 5 meses (menos de 180 días) de edad incluidos en la encuesta.

10. *Los niños de 6 a 9 meses de edad reciben lactancia materna y alimentación complementaria apropiadas.* Proporción de lactantes de 6 a 9 meses de edad que reciben leche materna y alimentos complementarios apropiados.

Numerador: Número de lactantes de 6 a 9 meses de edad que recibieron leche materna y alimentos complementarios ^{1[e]} en las últimas 24 horas.

Denominador: Número total de lactantes de 6 a 9 meses de edad incluidos en la encuesta

11. *Los niños reciben lactancia materna continua a los 12 a 15 meses y los 20 a 23 meses de edad.* La proporción de niños de 12 a 15 meses y de 20 a 23 meses de edad que siguen recibiendo lactancia materna.

Numerador: Número de niños de 12 a 15 meses y de 20 a 23 meses de edad que recibieron leche materna en las últimas 24 horas.

Denominador: Número total de niños de 12 a 15 meses y de 20 a 23 meses de edad incluidos en la encuesta.

12. *Niños menores de 2 años que tienen peso bajo para la edad (prevalencia del peso inferior al normal).* La proporción de niños cuyo peso está por debajo de dos desviaciones estándar de la mediana del peso para la edad, según la población de referencia de la OMS/NCHS.

Numerador: Número de niños menores de 2 años cuyo peso está por debajo de dos desviaciones estándar de la mediana del peso para la edad de la población de referencia de la OMS/NCHS.

Denominador: Número de niños menores de 2 años incluidos en la encuesta.

13. *Los niños han recibido una dosis de vitamina A en los 6 meses anteriores.* Proporción de niños de 6 a 59 meses de edad que han recibido una cápsula de vitamina A de cualquier fuente en los 6 meses anteriores.

Numerador: Número de niños de 6 a 59 meses de edad que han recibido una dosis de vitamina A en los 6 meses anteriores

Denominador: Número total de niños de 6 a 59 meses de edad incluidos en la encuesta.

14. *Cobertura con la vacuna antisarampionosa.* La proporción de niños de 12 a 23 meses de edad vacunados contra el sarampión antes de los 12 meses de edad.

Numerador: Número de niños de 12 a 23 meses de edad vacunados contra el sarampión antes de los 12 meses de edad (según la cartilla de vacunación o la historia clínica)

Denominador: Número total de niños de 12 a 23 meses de edad incluidos en la encuesta.

15. *Cobertura con la DPT3.* La proporción de niños de 12 a 23 meses de edad ya vacunados con la DPT3 a los 12 meses de edad.

¹ [e] Alimentos sólidos y/o semisólidos. Los alimentos deben ser definidos como apropiados a nivel local y deben ser dados con una frecuencia adecuada.

Numerador: Número de niños de 12 a 23 meses de edad que recibieron 3 dosis de DPT antes de los 12 meses de edad (según la cartilla o la historia clínica)

Denominador: Número total de niños de 12 a 23 meses de edad incluidos en la encuesta.

16. *Los niños duermen bajo un mosquitero tratado con insecticida (en zonas de riesgo de contraer malaria).* Proporción de niños de 0 a 59 meses de edad que duermen bajo un mosquitero tratado con insecticida^{2(f)} en zonas de riesgo de contraer malaria.

Numerador: Número de niños de 0 a 59 meses de edad que durmieron bajo un mosquitero tratado con insecticida² la noche anterior

Denominador: Número total de niños de 0 a 59 meses de edad incluidos en la encuesta.

17. *En los hogares se usan mejores fuentes de agua potable.* Proporción de hogares con acceso a una fuente de agua para beber que se describe como limpia y potable (un pozo seguro o protegido, o un tratamiento apropiado del agua).

Numerador: Número de hogares con acceso a fuentes limpias y seguras de agua potable

Denominador: Número total de hogares incluidos en la encuesta.

18. *Los hogares usan sistemas sanitarios adecuados para la eliminación de excretas.* La proporción de hogares con acceso a letrinas de pozo limpias, cubiertas y protegidas o a un sistema mejor, para uso diario.

Numerador: Número de hogares con acceso a letrinas de pozo limpias, cubiertas y protegidas, o a un sistema mejor

Denominador: Número total de hogares incluidos en la encuesta.

19. *En los hogares se almacena el agua de manera segura.* Proporción de hogares donde se almacena el agua en un cántaro de boca estrecha y cubierta, en una cisterna o en un tanque en el techo

Numerador: Número de hogares donde se almacena el agua en un cántaro de boca estrecha y cubierta, en una cisterna o en un tanque en el techo

Denominador: Número total de hogares incluidos en la encuesta.

20. *A los niños enfermos se les ofrecen más líquidos y alimentación continua.* Proporción de niños enfermos que recibieron más líquidos y alimentación continua durante su enfermedad

Numerador: Número de niños de 0 a 59 meses de edad que estuvieron enfermos en las dos semanas anteriores y que recibieron más líquidos y la misma o más cantidad de alimentos durante la enfermedad

² (f) El tratamiento del mosquitero con insecticida implica la inmersión del mosquitero en una solución con insecticida y/o el rociamiento directo periódico con el insecticida.

Denominador: Número total de niños de 0 a 59 meses de edad incluidos en la encuesta que estuvieron enfermos en las 2 semanas anteriores.

21. *Los niños con fiebre reciben un tratamiento apropiado.* La proporción de niños con fiebre que recibieron un tratamiento apropiado con antimaláricos (en zonas de riesgo de malaria).

Numerador: Número de niños de 0 a 59 meses de edad con fiebre en las dos semanas anteriores que recibieron un antimalárico localmente recomendado.

Denominador: Número total de niños de 0 a 59 meses de edad incluidos en la encuesta con fiebre en las dos semanas anteriores.

22. *Tasa de uso de las sales de rehidratación oral.* Proporción de niños con diarrea a quienes se les administraron las sales de rehidratación oral o un líquido casero recomendado.

Numerador: Número de niños de 0 a 59 meses de edad con diarrea acuosa en las dos semanas anteriores, que fueron tratados con sales de rehidratación oral o un líquido casero recomendado

Denominador: Número de niños de 0 a 59 meses de edad incluidos en la encuesta que tuvieron diarrea acuosa en las dos semanas anteriores

23. *Los niños con neumonía reciben un antibiótico de un prestador de servicios capacitado.* Proporción de niños con neumonía a los que les fue administrado un antibiótico por un prestador de servicios capacitado.

Numerador: Número de niños de 0 a 59 meses de edad con tos y respiración dificultosa o acelerada en las dos semanas anteriores que recibieron un antibiótico administrado por un prestador de servicios capacitado

Denominador: Número de niños de 0 a 59 meses de edad incluidos en la encuesta que tuvieron tos y respiración dificultosa o acelerada en las dos semanas anteriores.

24. *El cuidador conoce al menos dos signos que indican la necesidad de buscar atención de inmediato.* La proporción de cuidadores de niños de 0 a 59 meses de edad que conocen al menos 2 signos que indican la necesidad de buscar atención de inmediato para su niño enfermo.

Numerador: Número de cuidadores de niños de 0 a 59 meses de edad que conocen al menos 2 de los siguientes signos que indican la necesidad de buscar atención de inmediato^{3[g]}: El niño no puede beber o mamar, el niño está cada vez más enfermo a pesar de la asistencia prestada en el hogar, el niño presenta fiebre (en zonas de riesgo de malaria o cuando el niño tiene menos de 2 meses de edad), el niño tiene respiración acelerada, el niño tiene dificultad para respirar, hay sangre en las heces del niño, el niño bebe poco.

Denominador: Número de cuidadores de niños de 0 a 59 meses de edad entrevistados.

³ [g] Se debe investigar qué términos se usan en el lugar para describir los signos.



Archivos de las hojas de trabajo del EBP

GRUPO 1: Embarazo y nacimiento

Las hojas de trabajo 3, 4 y 5 en blanco deben ser sustituidas por las hojas de trabajo que se han completado con antelación.

HOJA DE TRABAJO 3: Intervenciones de salud infantil y cómo se llevan a cabo

EMBARAZO

Intervenciones	¿Incluida en el programa? Marcar la casilla correspondiente en caso afirmativo	Nivel en el cual se realiza la intervención			¿Se ejecuta en un paquete junto con una o varias otras intervenciones? Especifique el paquete o paquetes	Se ejecuta en todas las zonas o solo en algunas; especifique
		Marcar los niveles				
		Hogar y comunidad	Establecimiento de primer nivel	Establecimiento de referencia		
Inmunización con toxoide tetánico						
Planificación para el parto o urgencias						
Detección y tratamiento de problemas que complican el embarazo (por ejemplo, trastornos hipertensivos, hemorragia, presentaciones anormales, embarazo múltiple, anemia)						
Detección y tratamiento de la sífilis						
Tratamiento profiláctico intermitente de la malaria						
Información y orientación sobre autocuidado, nutrición, actividad sexual de menor riesgo, lactancia materna, planificación de la familia						
Mosquiteros tratados con insecticida						
Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH						
Otra: (especifique) _____						
Otra: (especifique) _____						
Otra: (especifique) _____						

HOJA DE TRABAJO 3: Intervenciones de salud infantil y cómo se llevan a cabo

NACIMIENTO Y PERÍODO POSNATAL INMEDIATO

Intervenciones	¿Incluida en el programa? Marcar la casilla correspondiente en caso afirmativo	Nivel en el cual se realiza la intervención Marcar los niveles			¿Se ejecuta en un paquete junto con una o varias otras intervenciones? Especifique el paquete o paquetes	Se ejecuta en todas las zonas o solo en algunas; especifique
		Hogar y comunidad	Establecimiento de primer nivel	Establecimiento de referencia		
Vigilancia del progreso del trabajo de parto, el bienestar materno y fetal con un cartógrafo						
Manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto						
Apoyo social (del compañero) durante el parto						
Atención inmediata al recién nacido (reanimación en caso de necesidad, protección térmica, cuidados e higiene del cordón, iniciación temprana de la lactancia materna)						
Atención obstétrica y neonatal de urgencia para las complicaciones						
Antibióticos para la rotura prematura de la membrana en partos de pretérmino						
Administración prenatal de corticosteroides para el trabajo de parto de pretérmino						
Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH						
Otra: (especifique) _____						
Otra: (especifique) _____						
Otra: (especifique) _____						

HOJA DE TRABAJO 4: Indicadores de la cobertura de salud infantil

Período	Intervención	Medición de la cobertura	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/más bajo)
Embarazo	Atención prenatal adecuada	Proporción de madres que recibieron al menos 4 visitas de atención prenatal				
	Aplicación de toxoide tetánico (TT) a todas las embarazadas	Proporción de madres que recibieron dos o más dosis de TT durante el embarazo				
		Proporción de recién nacidos protegidos contra el tétanos al nacer				
	Administración de suplementos de hierro	Proporción de madres que recibieron suplementos de hierro durante el embarazo				
	Prevención de la malaria	Proporción de embarazadas que la noche anterior durmieron bajo un mosquitero tratado con insecticida				
	Orientación y pruebas voluntarias para detectar la infección por el VIH y para prevenir la transmisión materno-infantil	Proporción de madres VIH positivas que recibieron tratamiento profiláctico con antirretroviricos				

HOJA DE TRABAJO 4: Indicadores de la cobertura de salud infantil (Continuación)

Período	Intervención	Medición de la cobertura	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/más bajo)
Trabajo de parto y parto	Todos los partos fueron asistidos por una partera capacitada	Proporción de partos asistidos por parteras capacitadas				
		Proporción de partos en el hogar/ proporción de partos en instituciones				
	Identificación y tratamiento de urgencias maternas, como la eclampsia y el parto obstruido	Proporción de embarazos rurales que culminaron con una cesárea				
Inmediatamente después del nacimiento	Prevención de la hipotermia	Proporción de bebés que fueron secados y envueltos (y no bañados) inmediatamente después del nacimiento				
	Cuidado e higiene apropiados del cordón	Proporción de bebés a quienes se les cortó el cordón con un instrumento limpio				
	Inicio inmediato de la lactancia materna	Proporción de madres que iniciaron el amamantamiento en la primera hora después del nacimiento				
		Proporción de bebés que recibieron un alimento previo a la lactancia				

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Políticas, planificación y gestión				
Se han actualizado y se aplican normas y pautas para las prácticas				
Se dispone de una lista de medicamentos esenciales				
Se desarrollaron anualmente los planes presupuestados a nivel nacional y subnacional				
Planificación en colaboración con otras dependencias y con los donantes				
Presupuesto anual adecuado para completar todas las actividades del último plan				

Datos de apoyo: política y planificación

Indicador	Estado actual	
Existen y se aplican políticas para eximir a las embarazadas, los recién nacidos y los niños de pagos por la atención de salud	Sí	No
Se ha establecido y se aplica el mecanismo de notificación de la Convención sobre los Derechos del Niño	Sí	No
Se cuenta con un plan nacional ya presupuestado, encaminado a garantizar el acceso universal a intervenciones de supervivencia infantil para los recién nacidos y los niños	Sí	No
Mecanismo para la vigilancia de la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna	Sí	No
Se han adoptado leyes y políticas sobre el registro de estadísticas demográficas	Sí	No
Se ha aprobado y presupuestado una estrategia nacional de salud infantil	Sí	No
% de distritos que ejecutan paquetes de intervención		
% del presupuesto propuesto para la salud infantil que se recibió a tiempo en el año anterior		

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Recursos humanos/capacitación en el servicio				
Plan para garantizar la dotación de personal suficiente en cada nivel, que incluye incentivos				
Hay una estrategia de capacitación en el servicio				
Capacitación en el servicio del personal sanitario				
Capacitación en el servicio de los facilitadores				
Seguimiento después de realizada la capacitación en el servicio				
Calidad de la capacitación: ¿son adecuados los tipos de personal capacitados, los materiales usados, el tiempo asignado, la cantidad de práctica clínica?				

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Recursos humanos/capacitación previa al servicio				
Existe una estrategia de capacitación previa al servicio				
La capacitación previa al servicio ha sido incorporada en los programas de estudio de las facultades de medicina y de otras escuelas				
Se adiestra a los instructores para la capacitación previa al servicio				
Calidad de la capacitación previa al servicio: ¿son adecuados los materiales usados (incluidos los libros de texto), el tiempo asignado, la cantidad de práctica clínica?				

Datos de apoyo: recursos humanos/capacitación

Indicador	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/más bajo)
% del personal sanitario que ha recibido capacitación en el paquete de intervenciones =				
% de capacitaciones planificadas completadas en el año anterior =				
% de establecimientos de salud donde al menos 60% del personal sanitario que cuida a niños, recién nacidos o embarazadas, fue capacitado en un paquete de intervenciones =				
% de personal capacitado que recibe una visita de seguimiento dentro de los 3 meses posteriores a la capacitación =				
% de escuelas de capacitación en medicina/enfermería/partería que han incorporado intervenciones esenciales o paquetes de ellas =				
% de madres que reciben atención prenatal y posnatal de un prestador de servicios capacitado =				

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Comunicación para la salud/comunicación, educación e información				
Hay una estrategia o plan de comunicación para la salud infantil				
Énfasis en llegar a las poblaciones en el primer nivel				
Se efectuaron actividades de comunicación: medios de difusión, materiales impresos, capacitación para grupos y voluntarios locales en la comunicación interpersonal; capacitación para el personal sanitario				
Se prepararon y distribuyeron mensajes y materiales				
Calidad: se usan mensajes clave de salud infantil; los mensajes y materiales son previamente ensayados y adaptados para el contexto local				

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Establecimiento de apoyos comunitarios				
Existe un plan de ejecución de actividades a nivel de la comunidad				
Se cuenta con agentes sanitarios de la comunidad capacitados				
Existen en la comunidad grupos o voluntarios capacitados				
Calidad: plan elaborado en colaboración; empleo del personal y los voluntarios locales; se incluyó un plan de supervisión o fiscalización				

Datos de apoyo: comunicación para la salud/la comunidad

Indicador	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/más bajo)
% de madres que, en los 3 últimos meses, recibieron al menos una actividad de comunicación por conducto de los medios de difusión (radio, televisión, grupos, etc.) que incluía intervenciones clave =				
% de prestadores de asistencia que conocen 2 signos de peligro que indican que hay que buscar atención durante el embarazo o para el niño enfermo =				
% de pueblos con trabajadores sanitarios de la comunidad (TSC) capacitados para promover la adopción de prácticas clave en la familia y la comunidad =				
% de TCS capacitados en paquetes de intervenciones =				
% de cuidadores de niños 0 a 59 meses de edad que, en los 3 meses anteriores, recibieron una visita domiciliar y orientación de un proveedor de servicios de salud de la comunidad =				
% de pueblos con voluntarios capacitados para promover prácticas clave en la familia y la comunidad =				

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Fortalecimiento de los sistemas de salud				
Calidad del tratamiento de los casos				
Servicios disponibles				
Se dispone de medicamentos esenciales y equipo en los primeros niveles y los niveles de referencia				
Se realiza la supervisión ordinaria usando listas de verificación y la observación de la práctica				
Se han instaurado sistemas para la referencia oportuna de recién nacidos y niños enfermos				

Datos de apoyo de los datos: sistemas

Indicador	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/más bajo)
Calidad del tratamiento de los casos				
% de niños a los que se efectuó una evaluación integrada (10 tareas de evaluación)–AIEPI				
% de niños que asistieron a los establecimientos que necesitaban un antibiótico o un antimalárico a los que se recetó el medicamento correctamente–AIEPI				
Datos sobre la calidad de la atención prenatal, del parto o del recién nacido				
Servicios disponibles				
% de hospitales que proporcionan atención integral a urgencias obstétricas y al recién nacido (24 horas al día, los 7 días de la semana) =				
% de hospitales o establecimientos de maternidad acreditados como amigos del lactante en los 2 años anteriores =				
% de establecimientos con servicios de inmunización disponibles diariamente =				
% de establecimientos que proporcionan cuidado antenatal, del parto, y servicios de AIEPI =				
% de cuidadores que recibieron orientación sobre atención prenatal y posnatal de un prestador capacitado				
Medicamentos esenciales, equipo y suministros				
% de establecimientos de salud que cuentan con todos los medicamentos esenciales para tratar las enfermedades comunes del recién nacido o las urgencias obstétricas =				
% de establecimientos de salud que cuentan con todo el equipo y suministros para la vacunación =				
% de establecimientos que cuentan con todo el equipo y suministros para tratar a recién nacidos y niños enfermos =				
% de establecimientos que tratan a los niños gravemente enfermos con sistemas de administración de oxígeno y para el parto disponibles en la sala de pediatría =				
Supervisión y referencia				
% de establecimientos de salud que recibieron al menos una visita de supervisión con observación del tratamiento de casos en los 6 meses anteriores =				

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Vigilancia y evaluación				
Plan para la vigilancia ordinaria y la evaluación periódica del programa de salud infantil, incluido en el plan estratégico y los planes de trabajo				
Se usan indicadores internacionales normalizados				
Se han fijado metas a corto y a largo plazo				
Se dispone de datos basados en la población y en los establecimientos de salud disponibles para la vigilancia y la evaluación				
En todos los niveles se usan los datos de la vigilancia para la planificación ordinaria				
Funcionan bien los sistemas de registro de estadísticas demográficas				

Datos de apoyo: vigilancia y evaluación

Indicador	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/más bajo)
% de nacimientos registrados al nacer =				
% de defunciones de niños registradas =				
% de informes ordinarios de los distritos recibidos a tiempo =				

HOJA DE TRABAJO 6: Identificar los problemas principales

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

Intervenciones donde se necesitan más medidas (según los datos de la cobertura): _____

Paquetes usados para realizar las intervenciones: _____

Área de actividad	Problemas
Política, planificación y gestión	
Recursos humanos y capacitación	
Comunicación	
Establecimiento de apoyos comunitarios	
Fortalecimiento de los sistemas de salud	
Vigilancia y evaluación	

HOJA DE TRABAJO 7: Proponer soluciones y recomendaciones

ÁREA DE ACTIVIDAD: POLÍTICA, PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN

Los problemas son:
Causas:
Soluciones:
Recomendaciones:

ÁREA DE ACTIVIDAD: VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

Los problemas son:

Causas:

Soluciones:

Recomendaciones:



Archivos de las hojas de trabajo del EBP

GRUPO 2: Período neonatal

Las hojas de trabajo 3, 4 y 5 en blanco deben ser sustituidas por las hojas de trabajo que se han completado con antelación.

HOJA DE TRABAJO 3: Intervenciones de salud infantil y cómo se llevan a cabo

PERÍODO NEONATAL

Intervenciones	¿Incluida en el programa? Marcar la casilla correspondiente en caso afirmativo	Nivel en el cual se realiza la intervención			¿Se ejecuta en un paquete junto con una o varias otras intervenciones? Especifique el paquete o paquetes	Se ejecuta en todas las zonas o solo en algunas; especifique
		Marcar los niveles				
		Hogar y comunidad	Establecimiento de primer nivel	Establecimiento de referencia		
Lactancia materna exclusiva						
Protección térmica						
Cuidado e higiene del cordón						
Búsqueda pronta de atención de las enfermedades						
Atención adicional a lactantes de bajo peso al nacer						
Tratamiento de las enfermedades del recién nacido						
Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH						
Otra: (especifique) _____						
Otra: (especifique) _____						
Otra: (especifique) _____						

HOJA DE TRABAJO 4: Indicadores de la cobertura de salud infantil

Período	Intervención	Medición de la cobertura	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/más bajo)
Período posnatal/ neonatal	Visita de atención posnatal	Proporción de madres y recién nacidos que tuvieron contacto con un prestador de atención en los 2 primeros días posteriores al parto				
	Lactancia materna exclusiva	Proporción de madres que dieron solo leche materna a sus hijos en los 3 primeros días posteriores al nacimiento				
		Proporción de lactantes de 0 a 28 días de edad que son amamantados exclusivamente				

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Políticas, planificación y gestión				
Se han actualizado y se aplican normas y pautas para las prácticas				
Se dispone de una lista de medicamentos esenciales				
Se desarrollaron anualmente los planes presupuestados a nivel nacional y subnacional				
Planificación en colaboración con otras dependencias y con los donantes				
Presupuesto anual adecuado para completar todas las actividades del último plan				

Datos de apoyo: política y planificación

Indicador	Estado actual	
Existen y se aplican políticas para eximir a las embarazadas, los recién nacidos y los niños de pagos por la atención de salud	Sí	No
Se ha establecido y se aplica el mecanismo de notificación de la Convención sobre los Derechos del Niño	Sí	No
Se cuenta con un plan nacional ya presupuestado, encaminado a garantizar el acceso universal a intervenciones de supervivencia infantil para los recién nacidos y los niños	Sí	No
Mecanismo para la vigilancia de la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna	Sí	No
Se han adoptado leyes y políticas sobre el registro de estadísticas demográficas	Sí	No
Se ha aprobado y presupuestado una estrategia nacional de salud infantil	Sí	No
% de distritos que ejecutan paquetes de intervención		
% del presupuesto propuesto para la salud infantil que se recibió a tiempo en el año anterior		

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Recursos humanos/capacitación en el servicio				
Plan para garantizar la dotación de personal suficiente en cada nivel, que incluye incentivos				
Hay una estrategia de capacitación en el servicio				
Capacitación en el servicio del personal sanitario				
Capacitación en el servicio de los facilitadores				
Seguimiento después de realizada la capacitación en el servicio				
Calidad de la capacitación: ¿son adecuados los tipos de personal capacitados, los materiales usados, el tiempo asignado, la cantidad de práctica clínica?				

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Recursos humanos/capacitación previa al servicio				
Existe una estrategia de capacitación previa al servicio				
La capacitación previa al servicio ha sido incorporada en los programas de estudio de las facultades de medicina y de otras escuelas				
Se adiestra a los instructores para la capacitación previa al servicio				
Calidad de la capacitación previa al servicio: ¿son adecuados los materiales usados (incluidos los libros de texto), el tiempo asignado, la cantidad de práctica clínica?				

Datos de apoyo: recursos humanos/capacitación

Indicador	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/más bajo)
% del personal sanitario que ha recibido capacitación en el paquete de intervenciones =				
% de capacitaciones planificadas completadas en el año anterior =				
% de establecimientos de salud donde al menos 60% del personal sanitario que cuida a niños, recién nacidos o embarazadas, fue capacitado en un paquete de intervenciones =				
% de personal capacitado que recibe una visita de seguimiento dentro de los 3 meses posteriores a la capacitación =				
% de escuelas de capacitación en medicina/enfermería/partería que han incorporado intervenciones esenciales o paquetes de ellas =				
% de madres que reciben atención prenatal y posnatal de un prestador de servicios capacitado =				

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Comunicación para la salud/comunicación, educación e información				
Hay una estrategia o plan de comunicación para la salud infantil				
Énfasis en llegar a las poblaciones en el primer nivel				
Se efectuaron actividades de comunicación: medios de difusión, materiales impresos, capacitación para grupos y voluntarios locales en la comunicación interpersonal; capacitación para el personal sanitario				
Se prepararon y distribuyeron mensajes y materiales				
Calidad: se usan mensajes clave de salud infantil; los mensajes y materiales son previamente ensayados y adaptados para el contexto local				

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Establecimiento de apoyos comunitarios				
Existe un plan de ejecución de actividades a nivel de la comunidad				
Se cuenta con agentes sanitarios de la comunidad capacitados				
Existen en la comunidad grupos o voluntarios capacitados				
Calidad: plan elaborado en colaboración; empleo del personal y los voluntarios locales; se incluyó un plan de supervisión o fiscalización				

Datos de apoyo: comunicación para la salud/la comunidad

Indicador	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/más bajo)
% de madres que, en los 3 últimos meses, recibieron al menos una actividad de comunicación por conducto de los medios de difusión (radio, televisión, grupos, etc.) que incluía intervenciones clave =				
% de prestadores de asistencia que conocen 2 signos de peligro que indican que hay que buscar atención durante el embarazo o para el niño enfermo =				
% de pueblos con trabajadores sanitarios de la comunidad (TSC) capacitados para promover la adopción de prácticas clave en la familia y la comunidad =				
% de TCS capacitados en paquetes de intervenciones =				
% de cuidadores de niños 0 a 59 meses de edad que, en los 3 meses anteriores, recibieron una visita domiciliar y orientación de un proveedor de servicios de salud de la comunidad =				
% de pueblos con voluntarios capacitados para promover prácticas clave en la familia y la comunidad =				

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Fortalecimiento de los sistemas de salud				
Calidad del tratamiento de los casos				
Servicios disponibles				
Se dispone de medicamentos esenciales y equipo en los primeros niveles y los niveles de referencia				
Se realiza la supervisión ordinaria usando listas de verificación y la observación de la práctica				
Se han instaurado sistemas para la referencia oportuna de recién nacidos y niños enfermos				

Datos de apoyo de los datos: sistemas

Indicador	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/más bajo)
Calidad del tratamiento de los casos				
% de niños a los que se efectuó una evaluación integrada (10 tareas de evaluación)–AIEPI				
% de niños que asistieron a los establecimientos que necesitaban un antibiótico o un antimalárico a los que se recetó el medicamento correctamente–AIEPI				
Datos sobre la calidad de la atención prenatal, del parto o del recién nacido				
Servicios disponibles				
% de hospitales que proporcionan atención integral a urgencias obstétricas y al recién nacido (24 horas al día, los 7 días de la semana) =				
% de hospitales o establecimientos de maternidad acreditados como amigos del lactante en los 2 años anteriores =				
% de establecimientos con servicios de inmunización disponibles diariamente =				
% de establecimientos que proporcionan cuidado antenatal, del parto y servicios de AIEPI =				
% de cuidadores que recibieron orientación sobre atención prenatal y posnatal de un prestador capacitado				
Medicamentos esenciales, equipo y suministros				
% de establecimientos de salud que cuentan con todos los medicamentos esenciales para tratar las enfermedades comunes del recién nacido o las urgencias obstétricas =				
% de establecimientos de salud que cuentan con todo el equipo y suministros para la vacunación =				
% de establecimientos que cuentan con todo el equipo y suministros para tratar a recién nacidos y niños enfermos =				
% de establecimientos que tratan a los niños gravemente enfermos con sistemas de administración de oxígeno y para el parto disponibles en la sala de pediatría =				
Supervisión y referencia				
% de establecimientos de salud que recibieron al menos una visita de supervisión con observación del tratamiento de casos en los 6 meses anteriores =				

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Vigilancia y evaluación				
Plan para la vigilancia ordinaria y la evaluación periódica del programa de salud infantil, incluido en el plan estratégico y los planes de trabajo				
Se usan indicadores internacionales normalizados				
Se han fijado metas a corto y a largo plazo				
Se dispone de datos basados en la población y en los establecimientos de salud disponibles para la vigilancia y la evaluación				
En todos los niveles se usan los datos de la vigilancia para la planificación ordinaria				
Funcionan bien los sistemas de registro de estadísticas demográficas				

Datos de apoyo: vigilancia y evaluación

Indicador	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/más bajo)
% de nacimientos registrados al nacer =				
% de defunciones de niños registradas =				
% de informes ordinarios de los distritos recibidos a tiempo =				

HOJA DE TRABAJO 6: Identificar los problemas principales

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

Intervenciones donde se necesitan más medidas (según los datos de la cobertura): _____

Paquetes usados para realizar las intervenciones: _____

Área de actividad	Problemas
Política, planificación y gestión	
Recursos humanos y capacitación	
Comunicación	
Establecimiento de apoyos comunitarios	
Fortalecimiento de los sistemas de salud	
Vigilancia y evaluación	

HOJA DE TRABAJO 7: Proponer soluciones y recomendaciones

ÁREA DE ACTIVIDAD: COMUNICACIÓN/COMUNICACIÓN, EDUCACIÓN E INFORMACIÓN

Los problemas son:
Causas:
Soluciones:
Recomendaciones:

ÁREA DE ACTIVIDAD: ESTABLECIMIENTO DE APOYOS COMUNITARIOS

<p>Los problemas son:</p>
<p>Causas:</p>
<p>Soluciones:</p>
<p>Recomendaciones:</p>



Archivos de las hojas de trabajo del EBP

GRUPO 3: Lactantes y niños menores de 5 años

Las hojas de trabajo 3, 4 y 5 en blanco deben ser sustituidas por las hojas de trabajo que se han completado con antelación.

HOJA DE TRABAJO 3: Intervenciones de salud infantil y cómo se llevan a cabo

LACTANTES Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Intervenciones	¿Incluida en el programa?	Nivel en el cual se realiza la intervención			¿Se ejecuta en el paquete junto con una o varias otras intervenciones?	Se ejecuta en todas las zonas o solo en algunas; especifique
	Marcar la casilla correspondiente en caso afirmativo	Marcar los niveles			Especifique el paquete o paquetes	
		Hogar y comunidad	Establecimiento de primer nivel	Establecimiento de referencia		
Intervenciones preventivas						
Lactancia materna exclusiva (< 6 meses)						
Alimentación complementaria segura y apropiada con lactancia materna continua (al menos hasta los 2 años de edad)						
Mosquiteros tratados con insecticida						
Inmunización (BCG, contra la hepatitis B, DPT, vacuna antipoliomielítica oral, antisarampionosa, contra Hib)						
Administración de suplementos de vitamina A						
Agua, saneamiento, higiene						
Espaciamiento de los nacimientos ≥ 24 meses						
Otra: (especifique) _____						
Otra: (especifique) _____						
Otra: (especifique) _____						

HOJA DE TRABAJO 3: Intervenciones de salud infantil y cómo se llevan a cabo

LACTANTES Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Intervenciones	¿Incluida en el programa? Marcar la casilla correspondiente en caso afirmativo	Nivel en el cual se realiza la intervención Marcar los niveles			¿Se ejecuta en un paquete junto con una o varias otras intervenciones? Especifique el paquete o paquetes)	Se ejecuta en todas las zonas o solo en algunas; especifique
		Hogar y comunidad	Establecimiento de primer nivel	Establecimiento de referencia		
Intervenciones de tratamiento						
Terapia de rehidratación oral para la diarrea						
Administración de cinc para tratar la diarrea						
Administración de antibióticos para tratar la disentería						
Administración de antibióticos para tratar la neumonía						
Administración de antimaláricos						
Tratamiento de la desnutrición grave						
Tratamiento de niños expuestos al VIH o infectados por el virus						
Otra: (especifique) _____						
Otra: (especifique) _____						
Otra: (especifique) _____						

HOJA DE TRABAJO 4: Indicadores de la cobertura de salud infantil

Período	Intervención	Medición de la cobertura	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/ más bajo)
Período posnatal/ neonatal	Visita de atención posnatal	Proporción de madres y recién nacidos que tuvieron contacto con un prestador de atención en los 2 primeros días posteriores al parto				
	Lactancia materna exclusiva	Proporción de madres que dieron solo leche materna a sus hijos en los 3 primeros días posteriores al nacimiento				
		Proporción de lactantes de 0 a 28 días de edad que son amamantados exclusivamente				
Lactantes y niños menores de 5 años	Lactancia materna exclusiva	Proporción de menores de seis meses amamantados exclusivamente				
	Alimentación complementaria apropiada	Proporción de lactantes de 6 a 9 meses de edad que reciben lactancia materna y alimentación complementaria apropiadas				

HOJA DE TRABAJO 4: Indicadores de la cobertura de salud infantil

Período	Intervención	Medición de la cobertura	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/más bajo)
Lactantes y niños menores de 5 años (Continuación)	Administración de suplementos de micronutrientes	Proporción de niños que recibieron una dosis de vitamina A en los 6 meses anteriores				
		Proporción de niños que viven en hogares donde se usa sal yodada (15+ ppm)				
	Inmunizaciones contra enfermedades prevenibles por vacunación	Proporción de niños de 12 a 23 meses de edad vacunados contra el sarampión antes de cumplir los 12 meses				
	Prevención de la malaria	Proporción de niños que durmieron la noche anterior bajo un mosquitero impregnado con insecticida				
	Tratamiento antimalárico	Proporción de niños con fiebre que recibieron medicamentos antimaláricos apropiados				
	Búsqueda de atención para la neumonía	Proporción de niños con presunta neumonía llevados al prestador de servicios apropiado				
	Tratamiento con antibióticos para presunta neumonía	Proporción de niños con presunta neumonía que recibieron antibióticos apropiados				
	Rehidratación oral para la diarrea	Proporción de niños con diarrea que recibieron TRO				
	Uso de cinc para el tratamiento de la diarrea	Proporción de niños con diarrea que recibieron TRO y un tratamiento apropiado con cinc				

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Políticas, planificación y gestión				
Se han actualizado y se aplican normas y pautas para las prácticas				
Se dispone de una lista de medicamentos esenciales				
Se desarrollaron anualmente los planes presupuestados a nivel nacional y subnacional				
Planificación en colaboración con otras dependencias y con los donantes				
Presupuesto anual adecuado para completar todas las actividades del último plan				

Datos de apoyo: política y planificación

Indicador	Estado actual	
Existen y se aplican políticas para eximir a las embarazadas, los recién nacidos y los niños de pagos por la atención de salud	Sí	No
Se ha establecido y se aplica el mecanismo de notificación de la Convención sobre los Derechos del Niño	Sí	No
Se cuenta con un plan nacional ya presupuestado, encaminado a garantizar el acceso universal a intervenciones de supervivencia infantil para los recién nacidos y los niños	Sí	No
Mecanismo para la vigilancia de la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna	Sí	No
Se han adoptado leyes y políticas sobre el registro de estadísticas demográficas	Sí	No
Se ha aprobado y presupuestado una estrategia nacional de salud infantil	Sí	No
% de distritos que ejecutan paquetes de intervención		
% del presupuesto propuesto para la salud infantil que se recibió a tiempo en el año anterior		

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Recursos humanos/capacitación en el servicio				
Plan para garantizar la dotación de personal suficiente en cada nivel, que incluye incentivos				
Hay una estrategia de capacitación en el servicio				
Capacitación en el servicio del personal sanitario				
Capacitación en el servicio de los facilitadores				
Seguimiento después de realizada la capacitación en el servicio				
Calidad de la capacitación: ¿son adecuados los tipos de personal capacitados, los materiales usados, el tiempo asignado, la cantidad de práctica clínica?				

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Recursos humanos/capacitación previa al servicio				
Existe una estrategia de capacitación previa al servicio				
La capacitación previa al servicio ha sido incorporada en los programas de estudio de las facultades de medicina y de otras escuelas				
Se adiestra a los instructores para la capacitación previa al servicio				
Calidad de la capacitación previa al servicio: ¿son adecuados los materiales usados (incluidos los libros de texto), el tiempo asignado, la cantidad de práctica clínica?				

Datos de apoyo: recursos humanos/capacitación

Indicador	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/más bajo)
% del personal sanitario que ha recibido capacitación en el paquete de intervenciones =				
% de capacitaciones planificadas completadas en el año anterior =				
% de establecimientos de salud donde al menos 60% del personal sanitario que cuida a niños, recién nacidos o embarazadas, fue capacitado en un paquete de intervenciones =				
% de personal capacitado que recibe una visita de seguimiento dentro de los 3 meses posteriores a la capacitación =				
% de escuelas de capacitación en medicina/enfermería/partería que han incorporado intervenciones esenciales o paquetes de ellas =				
% de madres que reciben atención prenatal y posnatal de un prestador de servicios capacitado =				

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Comunicación para la salud/comunicación, educación e información				
Hay una estrategia o plan de comunicación para la salud infantil				
Énfasis en llegar a las poblaciones en el primer nivel				
Se efectuaron actividades de comunicación: medios de difusión, materiales impresos, capacitación para grupos y voluntarios locales en la comunicación interpersonal; capacitación para el personal sanitario				
Se prepararon y distribuyeron mensajes y materiales				
Calidad: se usan mensajes clave de salud infantil; los mensajes y materiales son previamente ensayados y adaptados para el contexto local				

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Establecimiento de apoyos comunitarios				
Existe un plan de ejecución de actividades a nivel de la comunidad				
Se cuenta con agentes sanitarios de la comunidad capacitados				
Existen en la comunidad grupos o voluntarios capacitados				
Calidad: plan elaborado en colaboración; empleo del personal y los voluntarios locales; se incluyó un plan de supervisión o fiscalización				

Datos de apoyo: comunicación para la salud/la comunidad

Indicador	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/más bajo)
% de madres que, en los 3 últimos meses, recibieron al menos una actividad de comunicación por conducto de los medios de difusión (radio, televisión, grupos, etc.) que incluía intervenciones clave =				
% de prestadores de asistencia que conocen 2 signos de peligro que indican que hay que buscar atención durante el embarazo o para el niño enfermo =				
% de pueblos con trabajadores sanitarios de la comunidad (TSC) capacitados para promover la adopción de prácticas clave en la familia y la comunidad =				
% de TCS capacitados en paquetes de intervenciones =				
% de cuidadores de niños 0 a 59 meses de edad que, en los 3 meses anteriores, recibieron una visita domiciliar y orientación de un proveedor de servicios de salud de la comunidad =				
% de pueblos con voluntarios capacitados para promover prácticas clave en la familia y la comunidad =				

HOJA DE TRABAJO 5: Examen de la medida en que el programa ejecutó adecuadamente las actividades

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

PAQUETES DE INTERVENCIONES QUE SE EJECUTAN: _____

Área de actividad	Medida en que se ha ejecutado (plenamente, en parte o para nada)	Razones del desempeño observado en la ejecución	Puntos fuertes	Puntos débiles
Fortalecimiento de los sistemas de salud				
Calidad del tratamiento de los casos				
Servicios disponibles				
Se dispone de medicamentos esenciales y equipo en los primeros niveles y los niveles de referencia				
Se realiza la supervisión ordinaria usando listas de verificación y la observación de la práctica				
Se han instaurado sistemas para la referencia oportuna de recién nacidos y niños enfermos				

Datos de apoyo de los datos: sistemas

Indicador	Datos iniciales (año y fuente)	Datos más recientes (año y fuente)	Meta	Diferencias por región o grupo (más alto/más bajo)
Calidad del tratamiento de los casos				
% de niños a los que se efectuó una evaluación integrada (10 tareas de evaluación)–AIEPI				
% de niños que asistieron a los establecimientos que necesitaban un antibiótico o un antimalárico a los que se recetó el medicamento correctamente–AIEPI				
Datos sobre la calidad de la atención prenatal, del parto o del recién nacido				
Servicios disponibles				
% de hospitales que proporcionan atención integral a urgencias obstétricas y al recién nacido (24 horas al día, los 7 días de la semana) =				
% de hospitales o establecimientos de maternidad acreditados como amigos del lactante en los 2 años anteriores =				
% de establecimientos con servicios de inmunización disponibles diariamente =				
% de establecimientos que proporcionan cuidado antenatal, del parto, atención posnatal y servicios de AIEPI =				
% de cuidadores que recibieron orientación sobre atención prenatal y posnatal de un prestador capacitado				
Medicamentos esenciales, equipo y suministros				
% de establecimientos de salud que cuentan con todos los medicamentos esenciales para tratar las enfermedades comunes del recién nacido o las urgencias obstétricas =				
% de establecimientos de salud que cuentan con todo el equipo y suministros para la vacunación =				
% de establecimientos que cuentan con todo el equipo y suministros para tratar a recién nacidos y niños enfermos =				
% de establecimientos que tratan a los niños gravemente enfermos con sistemas de administración de oxígeno y para el parto disponibles en la sala de pediatría =				
Supervisión y referencia				
% de establecimientos de salud que recibieron al menos una visita de supervisión con observación del tratamiento de casos en los 6 meses anteriores =				

HOJA DE TRABAJO 6: Identificar los problemas principales

___ Embarazo ___ Nacimiento y período posnatal inmediato ___ Período neonatal
___ Lactantes y niños de 1 a 59 meses de edad

Intervenciones donde se necesitan más medidas (según los datos de la cobertura): _____

Paquetes usados para realizar las intervenciones: _____

Área de actividad	Problemas
Política, planificación y gestión	
Recursos humanos y capacitación	
Comunicación	
Establecimiento de apoyos comunitarios	
Fortalecimiento de los sistemas de salud	
Vigilancia y evaluación	

HOJA DE TRABAJO 7: Proponer soluciones y recomendaciones

ÁREA DE ACTIVIDAD: RECURSOS HUMANOS/CAPACITACIÓN

<p>Los problemas son:</p>
<p>Causas:</p>
<p>Soluciones:</p>
<p>Recomendaciones:</p>

ÁREA DE ACTIVIDAD: FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Los problemas son:
Causas:
Soluciones:
Recomendaciones:



**Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Área de Salud de la Familia y la Comunidad (FCH)
Proyecto de Curso de Vida Saludable (HL)**

525 23rd Street, N.W., Washington, D.C. 20037-2895
Tel: (202) 974-3881 • Fax: (202) 974-3331

www.paho.org