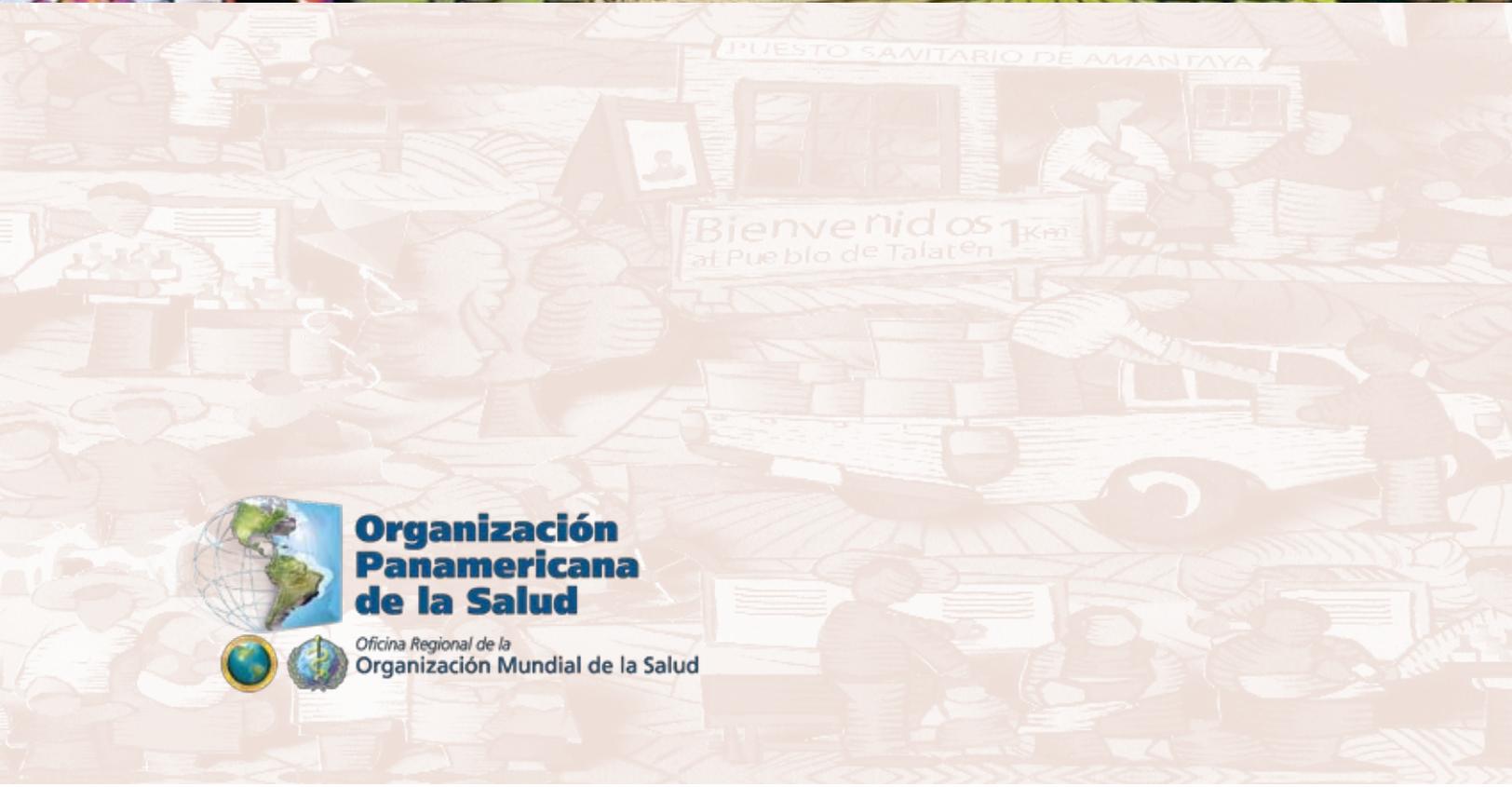


Guía para formular El Plan Operativo de Salud Infantil: La Estrategia AIEPI



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Guía para formular

El Plan Operativo de Salud Infantil: La Estrategia AIEPI



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Guía para formular
El Plan Operativo de Salud Infantil: La Estrategia AIEPI

**Proyecto de la Salud del Recién Nacido, Niño y Joven
Área de Salud Familiar y Comunitaria**

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

Guía para formular el Plan Operativo de Salud Infantil - La Estrategia AIEPI. © 2008.

(Serie OPS/FCH/CH/08.3.E)

ISBN 92 75 32580 4

I. Título II.

Serie III. Organización Panamericana de la Salud

1. SALUD INFANTIL

2. ESTRATEGIA AIEPI

3. COMPONENTES

4. ESTRATEGIAS LOCALES

5. PROMOCIÓN DE SALUD

NLM WA 320

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, esta publicación. Las solicitudes deberán dirigirse al Proyecto de la Salud del Recién Nacido, Niño y Joven, Área de Salud Familiar y Comunitaria.

Organización Panamericana de la Salud

525 Twenty-third Street, N.W.

Washington, D.C 20037, EE.UU

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen los datos que contiene no implica, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la consideración jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Agradecimientos p. vii

Introducción p. 1

La Estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI):
La importancia de su implementación p. 3

PRIMERA PARTE: Pautas para el Facilitador p. 7

SEGUNDA PARTE: Pautas para desarrollar el Plan Operativo p. 17

El Plan Operativo (PO). Uso de la guía para su formulación p. 18

I. Diagnóstico p. 21

1. Información general. Descripción del área de trabajo y de la población p. 21

- 1.1 Información de la localidad: ubicación geográfica p. 21
- 1.2 Datos demográficos p. 21

2. Datos de la situación de salud y desarrollo p. 23

- 2.1 Indicadores de desarrollo: factores determinantes de la salud y factores de riesgo p. 23
- 2.2 Indicadores de mortalidad y morbilidad en salud de mujeres, niños y niñas p. 24
- 2.3 Análisis de la información demográfica y de salud p. 25

3. Información del sistema de salud para la atención a la familia y comunidad con especial interés a mujeres, niños y niñas p. 26

- 3.1 Descripción de los servicios de salud del área p. 26
- 3.2 Información del personal de salud p. 31
- 3.3 Calidad de la atención a gestantes, recién nacidos, niñas y niños menores de 5 años p. 33

4. Los actores sociales de la localidad y el estado de las prácticas clave p. 36

- 4.1 Información de los actores sociales de la localidad p. 36
- 4.2 Información de las prácticas familiares y comunitarias para el cuidado de la salud de las mujeres gestantes, los recién nacidos y las niñas y niños menores de 5 años p. 37

5. Análisis de la información y priorización de áreas de riesgo para la implementación de la estrategia AIEPI p. 39

- 5.1 Criterios para priorizar los problemas p. 41

CONTENIDO

II

II. Objetivos y metas p. 43

1. **Objetivo estratégico** p. 43
2. **Objetivo general y objetivos específicos** p. 43
3. **Metas** p. 44

III

III. Actividades específicas por componentes AIEPI p. 49

1. **Actividades del primer componente: mejorar las habilidades del personal de salud** p. 49
 - 1.1 **Capacitación** p. 49
 - 1.2 **Seguimiento posterior a la capacitación** p. 53
2. **Actividades del segundo componente: fortalecer los sistemas y servicios de salud** p. 55
 - 2.1 **Organización de la atención** p. 56
 - 2.2 **Provisión de suministros** p. 57
 - 2.3 **Planificación de la supervisión** p. 71
 - 2.4 **Investigación** p. 74
3. **Actividades del tercer componente: mejorar las prácticas familiares y comunitarias** p. 75
 - 3.1 **Organización y fortalecimiento de capacidades para el trabajo comunitario** p. 77
 - 3.2 **Comunicación para el cambio social (CCS)** p. 78
 - 3.3 **Capacitación y movilización social** p. 79
 - 3.4 **Seguimiento** p. 82

IV

Monitoreo y evaluación p. 85

1. **Planeación del monitoreo** p. 85
 - 1.1 **Indicadores** p. 86
 - 1.2 **Análisis e interpretación de la información** p. 89
2. **Planeación de la evaluación** p. 92
 - 2.1 **Pasos para la planificación de la evaluación** p. 92

V

Cronograma y presupuesto p. 99

1. **Cronograma** p. 99
2. **Presupuesto** p. 102

Anexos. p. 105

Anexo 1. Bibliografía AIEPI p. 105

Anexo 2. Índice de tablas p. 108

AGRADECIMIENTOS

Esta guía ha sido desarrollada gracias a un convenio entre la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Cruz Roja Americana (Departamento de Servicios Internacionales, Proyecto *Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)- An Integrated Partnership to Improve Family and Community Practices*), Fundación de las Naciones Unidas (Proyecto *Empowering Local Communities to Improve Children's Health in Ten Latin American Countries, WHO-RLA-01-223*), y la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI-CIDA).

La orientación técnica estuvo a cargo del Sr. Christopher Drasbek, Asesor Regional, Salud del Niño Integral, OPS/OMS, Washington, D.C.

Participaron además: Luis Gutiérrez Alberoni, Consultor AIEPI, Perú; Lic. Ana María Quijano Calle, Consultora AIEPI, Perú; Dr. Miguel Dávila, OPS/Perú; Dr. Reynaldo Aguilar, OPS/Nicaragua; Dr. Ricardo López, Ministerio de Salud, El Salvador; Dra. Fiorella Falla, Ministerio de Salud, Nicaragua; Dra. Carmen García, Cruz Roja Nicaragüense, Nicaragua; Dr. Roberto Cisneros, CARITAS, Nicaragua; Dr. Marcos Freyre, PLAN, Ecuador; Dr. Héctor Pereyra, Consultor AIEPI, Perú; Dra. Desirée Pastor, OPS/El Salvador; Dr. Oscar Suriel, OPS/Ecuador; Dr. Rafael Scriffino, Ministerio de Salud, República Dominicana; Dra. Luz Herrera, Ministerio de Salud, República Dominicana; Dra. Mildred Acosta, Ministerio de Salud, República Dominicana; Dra. Sonia Aquino, Ministerio de Salud, República Dominicana; Lic. Cecilia Michel, OPS/República Dominicana; Dra. Martha Idali Saboya, OPS/Colombia; Dr. Bernardo Sánchez, OPS/Paraguay; Soc. Soledad Perez, OPS/Venezuela; Dr. Andrés Morán, CARITAS, Perú; Dra. Saturnina Clemente, Coordinadora Salud Niños y Adolescentes Secretaría Metropolitana de Salud Caracas, Venezuela; Dr. Walter Torres, Ministerio de Salud, Ecuador; y Martha Beltrán, Colombia. A todos ellos damos las gracias por su valiosa contribución.

Asimismo, agradecemos al Dr. Yehuda Benguigui, Asesor Senior y Coordinador del Proyecto de la Salud del Recién Nacido, Niño y Joven, OPS/OMS, Washington, quien inició el proceso de elaboración de este documento con el apoyo del Dr. Juan Carlos Bossio, del Instituto de Enfermedades Respiratorias Emilio Coni, Ministerio de Salud, Santa Fe, Argentina. Por último, damos las gracias al Dr. Eduardo Zegarra, Cochabamba, Bolivia; Dr. César Jáuregui, Bogotá, Colombia; Dr. Hugo Noboa, Ministerio de Salud, Ecuador; y Dr. Sergio Arias, Santa Fe, Argentina.

Agradecemos también a la Lic. Lauren Brown, Consultora OPS/OMS, Washington, D.C., y a la Sra. Marcela Gieminiani, Consultora OPS, por la revisión extensiva del documento.

Esta guía ha sido validada en cuatro talleres subregionales realizados en El Salvador (diciembre, 2006), en Ecuador (noviembre, 2007; agosto 2008) y en Honduras (octubre, 2008). Además, agradecemos las experiencias de la República Dominicana en implementar una versión anterior de un curso de organización local. Agradecemos la participación y colaboración de todas las instituciones nacionales y locales.

INTRODUCCIÓN

La presente guía proporciona la metodología y los instrumentos necesarios para que los gerentes de salud y las autoridades nacionales, regionales y/o locales –así como el equipo de salud– enfrenten la problemática de salud familiar y comunitaria (a través de la formulación y desarrollo de un Plan Operativo) (PO) que ponga en marcha la estrategia AIEPI, como parte del plan de desarrollo de salud infantil.

El PO es un instrumento que permitirá contribuir al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) hacia el año 2015, en particular los relacionados con la salud de los menores de 5 años y las mujeres gestantes, a través de la implementación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) para el abordaje integral en el contexto del proceso continuo de atención madre – recién nacido – niño – adolescente, enfatizando las actividades de promoción de salud, prevención y tratamiento. Por esta razón este enfoque de salud familiar y comunitaria permite potenciar las acciones integrales en el marco de la Atención Primaria de Salud (APS).

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) representan el compromiso de los países para enfrentar los principales problemas del mundo. Estos son:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre;
2. Lograr la educación primaria universal;
3. Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer;
4. Reducir la mortalidad en la infancia;
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.

El cuarto Objetivo compromete a la comunidad internacional a reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de 5 años hacia el año 2015. En América Latina, el promedio de mortalidad infantil está por encima de 30 por 1.000 nacidos vivos. Alrededor del 40% de estas muertes ocurren en el periodo neonatal, y de éstas, el 60% se producen en la primera semana de vida.

El quinto Objetivo busca mejorar la salud materna, y una de sus metas es reducir en tres cuartas partes la mortalidad de este grupo. En Latinoamérica y el Caribe, cada año mueren 23.000 madres durante el parto o inmediatamente después de él, sobre todo en las áreas rurales que tienen acceso limitado a la atención en salud.

Por otro lado, el PO debe contemplar y generar buenas prácticas relativas al derecho a la salud, tales como a) el derecho a la atención de salud para todas las personas sin excepción alguna, sobre la base de la no-discriminación, la eliminación de barreras geográficas, económicas y organizacionales; b) el derecho a la información en salud, ya sea como usuarios de los servicios de salud o como ciu-

dadanos en general; c) el derecho a servicios de salud que cumplan con el criterio de aceptabilidad a través de prácticas respetuosas de la ética médica y de la dignidad de las personas, adecuadas a las necesidades de género y del ciclo de vida, y culturalmente apropiados, y d) el derecho a la calidad de servicios de salud, de acuerdo a los estándares médicos y científicos vigentes.

La elaboración del PO requiere de procesos que se dan en el nivel local, regional o nacional, que puede ser definido como el espacio geográfico habitado por una población determinada, en la que existen un conjunto de instituciones y una red de servicios de salud con una administración que dispone de recursos financieros. La administración también debe tener facultades para decidir sobre el destino de los mismos y que puede, además, hacer seguimiento de las actividades de manera coordinada y participativa con otros actores sociales del ámbito, a través de la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.

Uno de los aportes de este instrumento es poder aplicar los criterios y proporciones que este contiene cuando no se dispone de información previa. Una vez levantada la línea de base o un periodo de ejecución del plan que permita contar con los datos de una localidad o espacio geográfico se pueden ajustar los porcentajes o proporción de acuerdo a la casuística.

Por último, el marco de acción para la aplicación o ámbito de este instrumento puede ser local, regional, municipal o subnacional, siempre de acuerdo a las necesidades de gestión. Además, la metodología que se necesita se puede aplicar para otros temas y programas de salud. Esperamos que sea un instrumento útil en la realización de su trabajo. Este material impreso va acompañado de un CD para sus respectivos ajustes nacionales y su aplicación.

Christopher Drasbek

Asesor Regional, Salud del Niño Integral

Proyecto de la Salud del Recién Nacido, Niño y Joven

Área de Salud Familiar y Comunitaria

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

¿Qué es AIEPI?

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) fue creada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) con la finalidad de disminuir la mortalidad y la morbilidad en los niños y niñas menores de 5 años y mejorar la calidad de la atención que reciben en los servicios de salud y en el hogar. Las distintas estrategias para el control de determinadas enfermedades y problemas de salud se incorporaron para permitir la evaluación integrada de la salud de los niños cuando entran en contacto con un proveedor de asistencia sanitaria, ya sea en una institución o en la comunidad. La estrategia AIEPI, asimismo, incluye actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud a través de distintos actores sociales.

¿Por qué es importante AIEPI?

AIEPI es una estrategia que integra las mejores medidas de salud disponibles:

- Para la promoción de una vida sana (ambientes y estilos de vida saludables),
- Para la prevención de enfermedades (con vacunas, evaluación de la alimentación, buena alimentación, uso de micronutrientes como hierro, vitamina A, zinc, control del crecimiento y desarrollo), y
- Para la detección precoz y tratamiento efectivo de las enfermedades más frecuentes–prevalentes (problemas perinatales, neumonía, diarrea, malaria, desnutrición o anemia, entre otros).

¿Cuáles son sus objetivos?

- Contribuir a la reducción de la mortalidad en la infancia.
- Reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños y niñas.
- Mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida de niños y niñas.

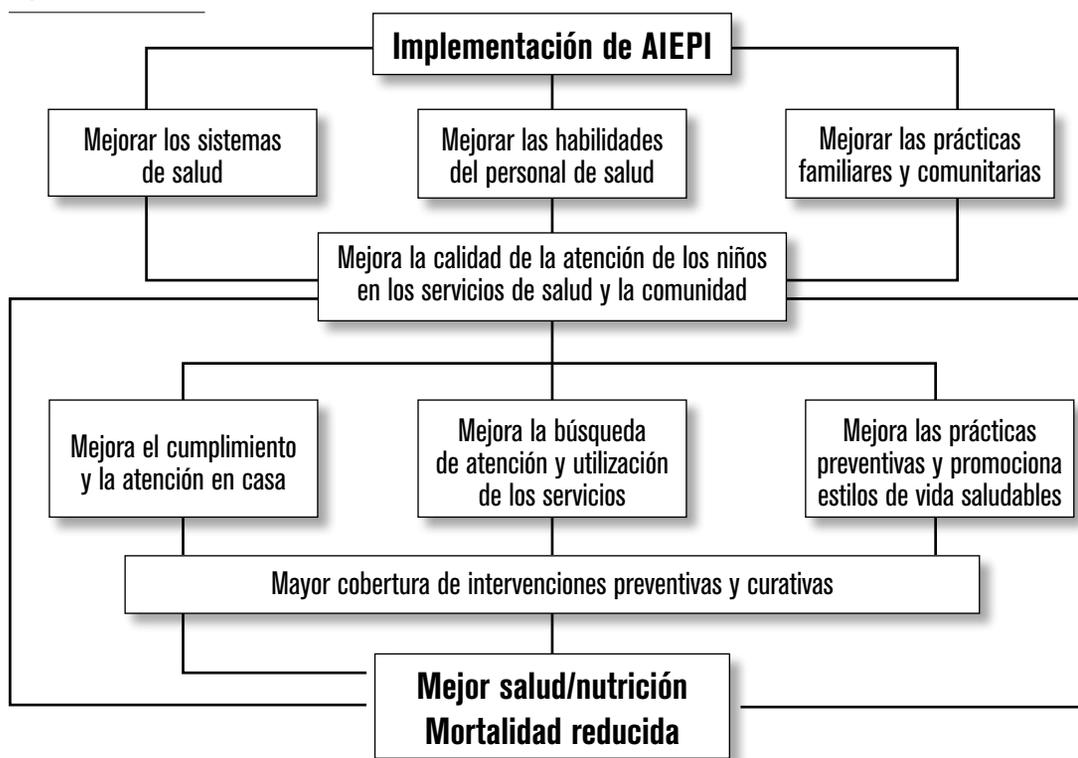
Marco conceptual de la estrategia AIEPI

Mejorando la calidad de la atención de los niños y sus familias en el hogar y en los servicios de salud se puede aumentar la cobertura a los cuidados de salud integrales y obtener como resultados la mejora en la salud y nutrición y la reducción de la mortalidad.

En la figura 1 se muestra el marco conceptual de la estrategia, que ha sido utilizado para evaluar el impacto de AIEPI a nivel mundial, y que se basa en la implementación de sus tres componentes, destinados a mejorar la atención en los servicios de niños y madres, la familia y la comunidad. Estos componentes son:

- **Componente clínico:** mejorar las habilidades del personal de salud para brindar una atención de calidad.
- **Componente de los servicios de salud:** mejorar los sistemas y servicios de salud, proporcionando las condiciones que permitan atender de manera integral e integrada.
- **Componente comunitario:** mejorar las prácticas familiares y comunitarias para el cuidado de la familia, la madre, el recién nacido y los niños y niñas menores de 5 años.

Figura 1



Beneficios de la estrategia AIEPI

- **Políticos:** los actores sociales y líderes comunitarios trabajan activamente y conscientemente por mejorar la salud familiar y fortalecen su rol social y participan en la gestión de la salud de su comunidad.
- **Económicos:** AIEPI es una estrategia costo efectiva, que permite ahorrar recursos, al evitar el uso excesivo y poco racional de medicamentos (en especial antibióticos) y de medios diagnósticos (laboratorio, rayos X) en el manejo de enfermedades prevalentes, la mayoría de las cuales no requiere del uso de alta tecnología para diagnóstico y tratamiento.
- **Sociales:** la implementación de AIEPI no sólo mejora la salud de la niñez, sino también la salud de la madre, de la familia y de la comunidad. Además, fortalece el empoderamiento de las personas, la equidad, fomenta el respeto de las culturas tradicionales, el cumplimiento de los derechos de salud de la madre y del niño y favorece la participación comunitaria y la movilización de los actores sociales.

La salud infantil y la estrategia AIEPI

Aproximadamente 12 millones de niños nacen en Latinoamérica y el Caribe. De acuerdo con las estimaciones, alrededor de 400.000 mueren antes de cumplir los 5 años; 270.000 antes del primer año y 180.000 durante el primer mes de vida.

No obstante, entre 1990 y 2003 la tasa de mortalidad infantil en los países de Latinoamérica descendió de 43 por 1000 nacidos vivos a 25 por 1000 (*Health in the Americas, 2007, PAHO*), las causas de la pérdida constante de vidas aún pueden ser prevenibles o tratadas si son detectadas en forma temprana, como la desnutrición e infecciones y enfermedades respiratorias, que en conjunto son responsables de una de cada cuatro muertes en menores de 5 años. Alrededor del 38% de las muertes se deben a afecciones peri-neonatales: asfixia, bajo peso al nacer, infecciones y problemas del embarazo y parto.

La mayoría de estos problemas, que continúan afectando la salud de la niñez y que son responsables de alrededor de las dos terceras partes de las muertes anuales en las Américas, pueden ser prevenidos o tratados mediante la aplicación de intervenciones sencillas y de bajo costo.

Sin embargo, miles de familias aún no disponen de acceso a estas intervenciones, o carecen de los conocimientos y de la práctica que les permitiría aplicarlas en su hogar y comunidad.

En 1996, la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) fue presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) como la principal estrategia para mejorar la salud de la niñez en las Américas. La implementación de AIEPI contempla la participación tanto de los servicios de salud como de la familia y la comunidad.

AIEPI es una estrategia que integra todas las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud durante la niñez, su detección precoz y tratamiento efectivo, y la promoción de hábitos de vida saludables en la familia y la comunidad.

AIEPI brinda los conocimientos y habilidades para evaluar en forma secuencial e integrada la condición de salud del niño, detectando las enfermedades o problemas que más frecuentemente lo afectan, según el perfil epidemiológico de cada lugar.

A partir de esta evaluación, AIEPI brinda instrucciones claras sobre la clasificación de las enfermedades y problemas, estableciendo el tratamiento que debe administrarse para cada una de ellas. La estrategia también contiene las indicaciones para controlar la evolución del tratamiento, identificar la necesidad de aplicar medidas de prevención, e informar y educar a los padres sobre la prevención y promoción de la salud infantil.

Sobre esta base, AIEPI es considerada en la actualidad como la estrategia más eficiente para reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población, y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludable durante los primeros 5 años de vida.

**PRIMERA PARTE:
PAUTAS PARA EL FACILITADOR**

Importancia del Plan Operativo

La principal razón por la cual es importante elaborar un Plan Operativo (PO) es que facilita la implementación de la estrategia AIEPI en un ámbito determinado, pues detalla las actividades que se ejecutarán, el plazo para realizarlas, las responsabilidades y los resultados concretos que se esperan alcanzar. Asimismo, establece los elementos de contraloría y rendición social de cuentas entre los co-responsables.

Plan Operativo (PO). Uso de la guía para su formulación¹

Las características relevantes del PO son:

- Su formulación debe ser participativa y concertada como producto del trabajo del equipo de salud y convocando a los actores sociales involucrados. Esta característica le confiere legitimidad y viabilidad al PO.
- Se basa en información sólida, real y actualizada, posible de obtener en el área local o nacional y a través de fuentes primarias o secundarias.
- Es factible de ser implementado porque se basa en compromisos de los participantes sociales, teniendo en cuenta las posibilidades reales de ejecución de las actividades y su financiamiento.
- Es flexible, permitiendo ajustes cuando son necesarios.

Para facilitar el uso de la Guía PO en cualquier lugar, hay disponible un CD que contiene la guía en dos versiones electrónicas: una en PDF y otra en Microsoft Word, que se puede revisar y adaptarla al ámbito específico al que se utilizará.

¿Quiénes deben participar en la formulación del PO?

Principalmente, los gerentes de salud, autoridades y líderes:

- Autoridades nacionales, regionales, departamentales, municipales (alcaldes).
- Gerentes o directores de establecimientos de salud.
- Directores o coordinadores de programas o proyectos de salud y desarrollo.
- Equipos técnicos de apoyo a la gerencia de salud y desarrollo y de las municipalidades.
- Representantes de ONGs, organizaciones religiosas y de otras instituciones que trabajan en salud y desarrollo.

¹ El PO se puede utilizar en cualquier nivel – local, regional, subnacional – aunque algunas secciones del presente documento tienen algunos indicios de características locales. Cada ubicación geográfica debe decidir como se define los niveles distintos y como el PO la puede servir de la mejor manera posible, según las necesidades identificadas. En ningún momento esperamos que esta guía incluya de todo; como es un marco conceptual, se puede ajustarlo y no hay que seguir las sugerencias exactamente.

Pautas para el Facilitador para la elaboración del Plan Operativo de Salud Infantil: La Estrategia AIEPI

¿Quién es el Facilitador? Sus características

La elaboración del Plan Operativo requiere la decisión del gerente u homólogo en salud. Esta es una condición previa para que luego se identifique al facilitador para la elaboración del Plan Operativo (PO).

El facilitador del proceso para la elaboración del Plan Operativo, es la persona designada y legitimada por el gerente o director del área para promover los procesos que permitan tener en un plazo no mayor de cuatro meses para contar con el Plan Operativo, el mismo que contempla las actividades que deben realizar para enfrentar la problemática de salud materno infantil.

En este sentido, el facilitador orienta en la formulación del PO a través de la “Guía para formular el Plan Operativo de Salud Infantil: La Estrategia AIEPI” durante los tres momentos de su construcción. Su tarea es principalmente técnica, pues cuenta con información acerca del desarrollo de la Estrategia AIEPI en sus tres componentes (clínico, de servicios y comunitario), en los distintos ámbitos que son involucrados y en los niveles regional y nacional.

Se sugiere algunas características del facilitador:

- Que tenga capacidades en planificación, monitoreo y evaluación.
- Que conozca el componente clínico y comunitario de AIEPI.
- Seguimiento y acompañamiento técnico de los niveles más desagregados del nivel local.
- Que tenga capacidad para buscar ayuda y realimentar con información y datos en la elaboración del documento.
- Liderazgo.
- Ser designado por la gerencia para este fin.

¿Qué es la “Guía para formular el Plan Operativo de Salud Infantil: La Estrategia AIEPI”?

Es un documento que contiene las pautas necesarias para elaborar e implementar la Estrategia AIEPI con todos sus componentes, a través de la formulación de un Plan Operativo. Este plan requiere de la conformación del Equipo de Salud, que tenga como objetivo desarrollar cada uno de los capítulos y que tenga la disponibilidad de contactarse con los diversos actores sociales del nivel local. En su estructura, cuenta con una introducción y los capítulos en secuencia ordenada desde el diagnóstico, los cuales constituyen los pasos necesarios para la elaboración del PO. Estos capítulos son los siguientes:

- 1. Diagnóstico:** El diagnóstico es el punto de partida; a través de ella se conocen los problemas de salud, los recursos humanos con que se cuentan y si están adecuadamente capacitados con AIEPI, así como los insumos básicos como son las vacunas y medicamentos. Es menester del facilitador y el equipo local obtener información local sobre los factores determinantes y los factores de riesgo para la salud, asimismo, información relacionada a los tres componentes de AIEPI:

- a) Clínico: indicadores de salud (morbilidad y mortalidad materno infantil), la capacitación con que cuenta su personal, y el seguimiento posterior a la capacitación;
- b) De servicios: información de los servicios de salud, su nivel de organización, si cuenta con dotación de medicamentos y otros insumos básicos, referencia y contrareferencia;
- c) Comunitario: situación de las prácticas clave de AIEPI, la capacitación y seguimiento a los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), grado de involucramiento, empoderamiento y seguimiento de otros actores sociales.

Recuerde:

El diagnóstico es la base de un plan de trabajo, de un proyecto o de un plan operativo; requiere la rigurosidad en la información y las fuentes.

La “Guía para formular el Plan Operativo de Salud Infantil: La Estrategia AIEPI” tiene un menú de información que es importante.

De la elaboración adecuada del diagnóstico se tienen visibles los problemas de salud y también de las necesidades de cada componente.

- 2. Objetivos y Metas:** Los objetivos que se describen pueden ser de uno a dos años. Dependerá de la fortaleza en el seguimiento, en el presupuesto asignado para que el equipo bajo la dirección del Gerente defina el espacio temporal de los objetivos fijados para la implementación del Plan Operativo. Estos objetivos y metas también se refieren a los tres componentes de la estrategia AIEPI y se desprenden naturalmente del diagnóstico encontrado.

Recuerde:

Que los objetivos se elaboran analizando y relacionando a la situación de salud y la situación de cada componente descrita en el capítulo de diagnóstico.

La dificultad para elaborar los objetivos, puede descubrir falencias en el capítulo de diagnóstico. Si es así, reelabore el capítulo de diagnóstico.

Un ejemplo general es si en el capítulo de diagnóstico encontró que solo el 20% de los profesionales médicos y enfermeras están capacitados en el componente clínico, el objetivo de capacitación al 80% se vislumbra fácilmente; pero si no cuenta con el dato de porcentaje y número de capacitados en el componente clínico, ¿cómo podría formular un objetivo? Si pasa esto existe la necesidad de volver a revisar el diagnóstico.

3. Actividades de los componentes: Estos capítulos deben describir las actividades de cada componente: clínico, organizacional y comunitario.

A continuación orientamos con visiones objetivas que debieran tenerse en cuenta, de tal manera que las actividades estén orientadas a la lectura del diagnóstico local y a los objetivos de cada componente.

Recuerde que la imagen objetivo del **componente clínico** es que los servicios cuenten con personal capacitado, incluyendo el componente neonatal, que en los servicios brinden atención utilizando los protocolos AIEPI; y que la consejería post consulta se ejercita todos los días y finalmente el seguimiento y monitoreo es una práctica institucional permanente.

Igualmente la imagen objetivo del **componente de organización** es que los servicios cuenten con vacunas todos los días del año, con el stock de medicamentos sujeto de AIEPI y con el registro de Referencia y Contrarreferencia entre otros aspectos de la organización de los servicios.

Recuerde que la imagen objetivo del **componente comunitario** es que los servicios cuenten con actores sociales aliados para promover las prácticas familiares clave y que los ACS estén en capacidades para ofrecer a su comunidad información y promover las decisiones familiares a través de la visita domiciliaria; también que las reuniones periódicas con los actores sociales y los ACS se convierten en espacios de construcción y mejoramiento de la calidad.

4. Monitoreo y Evaluación: La elaboración del Plan Operativo debe incorporar aspectos de seguimiento permanente de cada uno de los componentes, de tal manera de conocer el grado de avance, de los problemas en su implementación, de información que pueda servir ir modificando permanentemente y en el camino tomar decisiones para corregir y mejorar la intervención. Es necesario identificar que indicadores por cada componente cubren este objetivo de monitorear y es necesario también que el plan sea evaluado.

5. Cronograma y Presupuesto: El presupuesto debe reflejar lo que las instituciones de salud (ámbito del presente Plan) le confieren. Es decir, se trata de un Plan Operativo del Ministerio de Salud, con sus recursos humanos, financieros y políticos.

Si las capacidades de abogacía del PO a nivel de gerencia local movilizan otros recursos locales o de agencias, estas deben consignarse, le dará una notoriedad por la movilización de recursos que genera. De cualquier manera el escenario más difícil sin contar con apoyos adicionales en la parte presupuestaria son los fondos de los Ministerios de Salud. Esta guía le sirve para ordenar y priorizar sus pocos recursos y focalizarlos allí donde se necesita.

El facilitador y el equipo local finalmente plasman el Plan Operativo, el mismo que debe seguir la siguiente estructura. Este documento elaborado es insumo para el Taller de Organización:

ESTRUCTURA DEL PLAN OPERATIVO

I	DIAGNÓSTICO, que incluye: <ul style="list-style-type: none"> • INFORMACIÓN GENERAL • SITUACIÓN DE SALUD, DETERMINANTES DE LA SALUD E INFORMACIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA • SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD E INFORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD • SITUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS CLAVE EN LA COMUNIDAD, INFORMACIÓN SOBRE LOS ACTORES SOCIALES Y DE LOS ACS • ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LUGARES PARA LA INTERVENCIÓN
II	DEFINICIÓN DE OBJETIVOS Y METAS <ul style="list-style-type: none"> • OBJETIVO ESTRATÉGICO • OBJETIVO GENERAL • OBJETIVOS ESPECÍFICOS POR COMPONENTE • METAS POR OBJETIVO ESPECÍFICO
III	ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • DEL COMPONENTE CLÍNICO • DEL COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN • DEL COMPONENTE COMUNITARIO
IV	MONITOREO Y EVALUACIÓN
V	CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO

¿Qué momentos comprenden la formulación del Plan Operativo?

Para elaborar el Plan Operativo, es necesario transcurrir por tres etapas o momentos secuenciales:

- a) **El primer momento** corresponde al proceso que se inicia con la decisión de formular el Plan Operativo a través de un equipo designado para este fin por el jefe, director o gerente de servicios de un espacio población determinado. Al culminar el mismo corresponde al **Plan Operativo Preliminar**. Este plan preliminar es condición para participar en el segundo momento.
- b) **El segundo momento** corresponde a discutir en un taller de tres días, llevando consigo el Plan Operativo Preliminar y donde participan otras localidades con sus respectivos planes y se convierte en un interaprendizaje y el plan preliminar es mejorado.
- c) **El tercer momento** corresponde al proceso que ocurre donde se inició el proceso; es decir, en el espacio población donde se originó el proceso. Allí la gerencia, dirección o jefatura institucionaliza el plan, ratificando cronogramas y presupuesto.

¿Cuál es el rol del facilitador en los tres momentos de formulación del Plan Operativo?

En el primer momento, el facilitador designado por el gerente se apoya en el equipo que la misma gerencia facilita su conformación. Uno de los primeros aspectos es conocer los objetivos de la guía, en concordancia con la decisión de elaborar un Plan Operativo de salud. Este plan no debiera reemplazar ningún plan que exista, mas bien la dinamiza y se articula dentro de planes de salud, si existieran. La especificidad que corresponde a la Estrategia AIEPI, le permite no duplicar, sino al contrario sumar, a cualquier plan o programa que exista.

En la elaboración del Plan Operativo, el gerente, el facilitador y el equipo verán la necesidad de convocar a otros actores de salud (Seguridad Social y privados) y a otros actores como de educación, organizaciones de base, iglesias, gobierno local y subnacional etc., dando un ejercicio participativo en la elaboración del PO.

El producto del primer momento es haber culminado con la elaboración del **Plan Operativo Preliminar**. Este documento será insumo para participar en el Taller de Organización (segundo momento).

En el segundo momento de elaboración del PO, cuatro a ocho semanas después, según lo acordado, se desarrolla el taller en el cual el facilitador participa en la gestión y conducción del taller, coordinando técnicamente la discusión de cada uno de los capítulos de la guía (que son las partes del PO). El producto, luego de tres días de trabajo es el **Plan Operativo Mejorado**.

El tercer momento corresponde nuevamente al análisis con la gerencia y equipo de salud para hacer conocer las mejoras que ha sido sujeto el PO y para certificar cronogramas y presupuestos, y que el **Plan Definitivo** es el que corresponde a la apropiación del mismo por los funcionarios (Gerente y Equipo) y está listo para ser implementado.

MOMENTOS EN LA FORMULACIÓN DEL PLAN OPERATIVO

MOMENTO	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO
OBJETIVO	Elaboración del Plan Operativo Preliminar partiendo desde el diagnóstico Este momento es ejecutado íntegramente por el equipo que el gerente o jefe conforma, pudiendo contar con cooperación técnica del facilitador	Mejoramiento del Plan Operativo Preliminar Se operacionaliza a través de un taller de tres días Es condición para participar en este taller llevar el PO Preliminar	Consolidación del Plan Operativo (PO Definitivo) Este momento corresponde a la incorporación en la programación, cronograma y presupuesto del actor salud
TIEMPO PREVISTO	1-2 meses	3 días	1-2 meses y luego un año o dos años de ejecución

continúa

MOMENTOS EN LA FORMULACIÓN DEL PLAN OPERATIVO

MOMENTO	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO
ACTIVIDADES	Primera reunión con los actores sociales Entrega de la guía Recolección de la información básica Intercambio y consolidación de información	Convocatoria a equipo local de salud al taller Mejoramiento del PO Preliminar	Revisión del PO Implementación del PO según responsabilidades y presupuesto Monitoreo y evaluación

Características del Taller de Organización (segundo momento)

El Taller de Organización, que corresponde al segundo momento en el proceso de construcción del Plan Operativo, tiene algunas condiciones que no pueden obviarse:

- Que haya existido una decisión de la gerencia, dirección o jefatura de los servicios de salud de un ámbito determinado.
- Que se haya culminado con la elaboración del Plan Operativo y que este sea un insumo para discutir en el Taller de Organización, con el objetivo de mejorarlo.

Objetivo del taller

Compartir, revisar y analizar el Plan Operativo elaborado en el primer momento del proceso.

Metodología del taller

La metodología del taller será activo-participativa. Incluye presentaciones, trabajos de grupo y plenarios con el objetivo de construir la coherencia interna que tienen que tener los planes.

Perfil de los participantes

Los mismos participantes (con poder de decisión) que en el primer momento.

Materiales utilizados en el taller

El Taller de Organización cuenta con dos documentos:

- 1) El Plan Operativo elaborado.
- 2) "Guía para formular el Plan Operativo de Salud Infantil: La Estrategia AIEPI", cuyos capítulos constituyen las partes del PO, y que contiene las tablas y cuadros que registran la información, los análisis y los acuerdos, traducidos en metas, responsabilidades, cronograma y presupuesto.

Agenda propuesta:

La propuesta de agenda, para tres días de duración, se presenta a continuación, debiendo ser adaptada a cada realidad.

DÍA	OBJETIVO	METODOLOGIA
PRIMER DÍA	Experiencias en el proceso de elaboración de los planes: logros/limitaciones Hacer conocer el diagnóstico a otros grupos con todos los instrumentos elaborados	Presentación y experiencia de los grupos Trabajos de grupo: visualización a través de graficas, cuadros, papelógrafos el diagnóstico encontrado: situación de salud, actores sociales Plenaria Trabajos de grupo: identificación de los principales problemas de salud materno-neonatal e infantil encontrados Plenaria Trabajos de grupo: mostrar las brechas (o no) que existen en cada componente de AIEPI Plenaria discusión Resumen del primer día sobre el diagnóstico
SEGUNDO DÍA	Discutir los objetivos y metas propuestos con relación a los problemas encontrados Hacer conocer las actividades descritas para disminuir las brechas en el componente clínico, organizacional y comunitario	Trabajos de grupo: objetivos y metas propuestas con relación a los problemas encontrados Plenaria: análisis de coherencia Trabajos de grupo: exposición de actividades de cada uno de los componentes de AIEPI Plenaria: discusión y aportes Fin del segundo día y síntesis
TERCER DÍA	Hacer conocer como será la forma en que se llevará el monitoreo y evaluación de cada uno de los componentes y adicionalmente el escenario temporal (uno o dos años) de ejecución y el presupuesto de salud que llevará adelante las actividades	Trabajos de grupo: indicadores trazadores para cada componente con relación a monitoreo y la evaluación al final del periodo Plenaria Trabajos de grupo: matrices de cronograma y presupuesto Trabajos de grupo: metodología operativa para desarrollar en sus ámbitos el Plan Operativo Definitivo y la ejecución inmediata del plan Plenaria y acuerdos Clausura

Al concluir el Taller de Organización, que tuvo como objetivo mejorar el plan, discutir con funcionarios expertos y de otros ámbitos que hayan desarrollado sus planes, este plan mejorado tiene que ser armonizado con los procesos, presupuestos y programas que se estén dando (tercer momento). Está relacionado con la decisión que marcó el inicio del proceso y que finalmente exprese el Plan de Salud de AIEPI.

SEGUNDA PARTE
PAUTAS PARA DESARROLLAR
EL PLAN OPERATIVO

EI PLAN OPERATIVO (PO). USO DE LA GUÍA PARA SU FORMULACIÓN

Importancia del Plan Operativo

La principal razón por la cual es importante elaborar un Plan Operativo (PO) es que facilita la implementación de la estrategia AIEPI en un ámbito determinado, pues detalla las actividades que se ejecutarán, el plazo para realizarlas, las responsabilidades y los resultados concretos que se esperan alcanzar. Asimismo, establece los elementos de contraloría y rendición social de cuentas entre los co-responsables.

Plan Operativo (PO). Uso de la guía para su formulación*

Las características relevantes del PO son:

- Su formulación debe ser participativa y concertada como producto del trabajo del equipo de salud y convocando a los actores sociales involucrados. Esta característica le confiere legitimidad y viabilidad al PO.
- Se basa en información sólida, real y actualizada, posible de obtener en el área local o nacional y a través de fuentes primarias o secundarias.
- Es factible de ser implementado porque se basa en compromisos de los participantes sociales, teniendo en cuenta las posibilidades reales de ejecución de las actividades y su financiamiento.
- Es flexible, permitiendo ajustes cuando son necesarios.

¿Quiénes deben participar en la formulación del PO?

Principalmente, los gerentes, autoridades y líderes locales:

- Autoridades nacionales, regionales, departamentales, municipales (alcaldes).
- Gerentes o directores de establecimientos de salud.
- Directores o coordinadores de programas o proyectos de salud y desarrollo.
- Equipos técnicos de apoyo a la gerencia de salud y desarrollo y de las municipalidades.
- Representantes de ONG y de otras instituciones que trabajan en salud y desarrollo.

La importancia de la interculturalidad en el Plan Operativo

Durante la elaboración del Plan Operativo (PO) es indispensable incluir un enfoque de género, interculturalidad y derechos humanos en salud. Es importante, además, que el PO refleje el ámbito político, social y cultural y la estructura por edad y de género del lugar. En cuanto a la salud, la

* El PO se puede utilizar en cualquier nivel – local, regional, subnacional – aunque algunas secciones del presente documento tienen algunos indicios de características locales. Cada ubicación geográfica debe decidir como se define los niveles distintos y como el PO la puede servir de la mejor manera posible, según las necesidades identificadas. En ningún momento esperamos que esta guía incluya de todo; como es un marco conceptual, se puede ajustarlo y no hay que seguir las sugerencias exactamente. Ajustar y adaptar el documento es una necesidad; por esta razón, está disponible una versión electrónica del PO en Word, para que los usuarios puedan hacer los cambios que crean ser útiles.

interculturalidad supone un trabajo desde y entre los sectores, encaminando al bienestar integral de los menores de 5 años, sus madres, la familia, la comunidad y sus pueblos.

Aquellos que participen en el PO puedan ser capaces de crear redes a nivel comunitario, incrementando las capacidades de las organizaciones sociales para implementar cambios a nivel social y al interior de las diferentes culturas, tomando en cuenta la diversidad cultural de los países y áreas de la Región. En esta perspectiva, la interculturalidad es tomada en cuenta como un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una o varias culturas.

Momentos en la elaboración del Plan Operativo

La formulación del PO es un proceso secuencial que consta de tres etapas o momentos:

I Momento

a. Elaboración del diagnóstico y formulación del Plan Operativo Preliminar

En este primer momento, el gobierno o el gerente de la red de salud –o ambos– convocan a una reunión a las autoridades con poder de decisión y a representantes de las redes sociales. En esta reunión, con apoyo de los facilitadores:

- a) Se exponen las razones que justifican la elaboración del PO (como parte del Plan de Desarrollo), sus beneficios técnicos, políticos y financieros, además de su relación con la salud materno- infantil;
- b) Cuando se ha logrado el consenso, los participantes reciben esta guía para la elaboración del PO, así como las instrucciones para llenarla, organizándose como Equipo de Salud para conseguir la información, de acuerdo a sus roles y funciones;
- c) Finalmente, los participantes acuerdan reunirse en un plazo entre cuatro a ocho semanas, lapso en el cual conseguirán e intercambiarán información y realizarán el análisis correspondiente. Esta información deberá ser consolidada por el facilitador. El producto de este trabajo es el PO preliminar.

II Momento

b. Sistematización del plan operativo preliminar para la implementación de AIEPI con la suma de los aportes interinstitucionales

Los integrantes del Equipo de Salud se reúnen en un taller de dos a tres días de duración, en el cual se discute y ajusta el plan operativo preliminar. El producto de la reunión es el PO corregido y mejorado.

III Momento

c. Consolidación del Plan Operativo

Tiene como objetivo consensuar el plan con otras personas e instituciones que no han podido participar en los momentos anteriores, realizando los ajustes necesarios. El producto es el Plan Operativo, o PO definitivo.

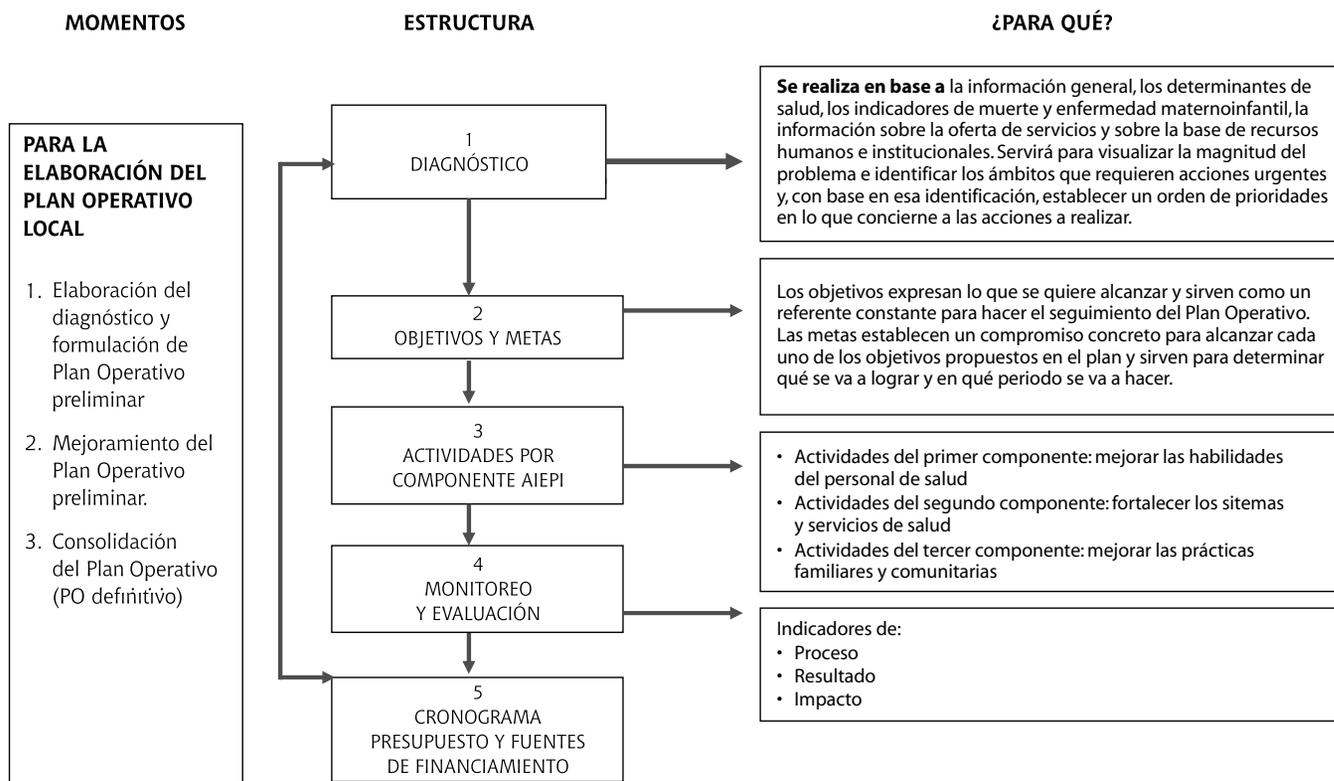
Estos tres momentos quedan explicitados en el siguiente cuadro:

MOMENTO	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO
OBJETIVO	• Elaborar Plan Operativo Preliminar	• Mejorar Plan Operativo Preliminar	• Consolidar Plan Operativo Definitivo
TIEMPO PREVISTO	1-2 meses	2-3 días	1-2 meses
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> Primera reunión con los actores sociales Entrega de la guía Recolección de la información básica Intercambio y consolidación de la información 	<ul style="list-style-type: none"> Convocatoria a equipo de salud al taller Mejoramiento del PO 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión local de PO Implementación del PO según responsabilidades y presupuesto Monitoreo y evaluación

Al formular el PO se obtiene el diagnóstico de la situación (evaluación basal) y se decide el objetivo y la meta. A continuación, se formula un listado de actividades por componente, con un cronograma y presupuesto para cada uno. En el proceso de implementación, a través del monitoreo se pueden hacer correcciones al plan, ajustándolo, de ser necesario, para cumplir el objetivo y la meta trazadas. Al final de la implementación la evaluación permitirá determinar si estos fueron cumplidos.

No hay que olvidar que la elaboración del PO se realiza en tres momentos: 1) elaboración del diagnóstico y formulación de Plan Operativo Preliminar; 2) mejoramiento del PO Preliminar; 3) consolidación del Plan Operativo (PO Definitivo). En este proceso, es necesario seguir una secuencia de pasos, los cuales constituyen los capítulos de la presente guía, y que se señalan en el siguiente flujograma.

Flujograma del Plan Operativo





DIAGNÓSTICO

El diagnóstico permite conocer la realidad nacional, regional y local, de acuerdo al ámbito de aplicación del plan; visualizar la magnitud de la problemática de salud de la familia y comunidad con especial interés en mujeres, niños y niñas; analizar la información y priorizar los ámbitos para la intervención.

Permite elaborar, además, la línea de base para la planificación de las intervenciones en los tres componentes de la estrategia AIEPI. Por esta razón, además de los datos locales, se debería contar con información regional y/o nacional, que servirá como referencia en el análisis.

El diagnóstico se comienza a elaborar desde el primer momento de la formulación del PO, y se va ajustando en la medida en que se consiguen y analizan nuevos datos hasta la obtención del PO definitivo.

Para formular el diagnóstico se deben considerar los siguientes aspectos:

1. Información general: descripción del área de trabajo de la población en general y de la población indígena, si aplica.
2. Datos de la situación de salud y desarrollo.
3. Información del sistema de salud para la atención de mujeres, niños y niñas.
4. Los actores sociales de la localidad y el estado de las prácticas claves.
5. Análisis de la información y priorización de áreas de riesgo para la implementación de la estrategia AIEPI.

1. Información general: descripción del área de trabajo y de la población

1.1 Información de la localidad: ubicación geográfica

Consiga o elabore un mapa o croquis de su área de trabajo. Ubique las localidades, los establecimientos de salud, las instituciones: municipalidad, iglesia, prefectura, escuelas u otras, así como las vías de acceso y las características geográficas que pueden orientar la asignación de prioridades en la implementación de la estrategia AIEPI. Este tipo de ejercicio puede ser útil en planeamiento local.

1.2 Datos demográficos

Es importante conocer, a través de datos oficiales como censos de población y/o anuarios, las cifras de:

- Población de menores de 5 años de edad
- Mujeres en edad fértil (desde los 10 años hasta los 49)
- Mujeres gestantes

Toda fuente utilizada debe ser mencionada. Si se realizan estimaciones cuantitativas sobre la población, es necesario indicar cuál es el método utilizado.



Para completar cada tabla con información local se debe proceder de la siguiente manera:

Lea cada uno de los indicadores propuestos y verifique la información que necesita.

- Si cuenta con la información para completar la tabla, hágalo y consigne la fuente de donde obtuvo la información: encuestas, informes estadísticos, informes demográficos, reportes epidemiológicos, registros hospitalarios y de atención ambulatoria, certificados de defunción, registro civil, notarios, iglesias y encuestas.
- Si no cuenta con la información para completar la tabla, revise otras alternativas de fuentes confiables, especificándolas.
- Si se cuenta con población indígena, incorporar un comentario sobre el porcentaje (%) que esta población significa.
- Si sólo se dispone de cifras totales, la magnitud de cada grupo puede ser estimada aplicando uno de los siguientes criterios:
 - Población de menores de 5 años: 15% de la población total,
 - Población de menores de 1 año: 3.5% de la población total,
 - Población de mujeres en edad fértil: 25% de la población total,
 - Gestantes: 4% de la población total.

En la tabla 1 registre los datos sobre la población del área geográfica.

Tabla 1. Población del área geográfica

Localidades (1)	Población Total (2)	Población menor de 5 años						Mujeres 15 a 49	Embarazadas	Número de nacimientos
		< de 1		1 a 4		< de 5				
Nº:	Total:	M	F	M	F	M	F	Total:	Total:	Total:
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										

(1) Consignar las localidades de su área de trabajo.

(2) Si se considera necesario puede agregarse una o más columnas para diferenciar otras poblaciones, como los grupos étnicos.

(3) Suma de subtotales de columnas de < de 1 año + de 1 a 4 años.

Fuente:

Observaciones:



2. Datos de la situación de salud y desarrollo

Describa la situación de salud y desarrollo de su área y de cada localidad. En las tablas 2 y 3 se incluyen los indicadores propuestos. De aquí en adelante, la palabra “valor” en las tablas se referirá al número o cifra del indicador en el área o localidad. Ejemplo: en la localidad 1 hay 2000 habitantes, de los cuales 70 son menores de 1 año; 230 tienen entre 1 y 4 (300 son menores de 5 años), existen 80 gestantes y 40 nacimientos al año.

2.1 Indicadores de desarrollo: factores determinantes de la salud y factores de riesgo

Consigne la información solicitada en la tabla 2 con datos que son utilizados en el país.

Tabla 2. Indicadores de desarrollo: determinantes de la salud y factores de riesgo

Indicador de desarrollo	Definición	Fuente	Valor local	Valor nacional
Porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas (1)	Porcentaje de la población que no cuenta o accede a las necesidades básicas para un buen estándar de vida, sobre la población total del área o localidad	Censos de población, oficinas de estadísticas demográficas, encuestas		
Índice de desarrollo humano (2)	Medida relativa del cumplimiento de condiciones básicas para el desarrollo humano en la localidad o área	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)		
Mujeres en edad fértil	Número de mujeres entre 10 y 49 años de la localidad o área geográfica	Censos de población. Oficinas de estadísticas y demos		
Determinantes de la salud y factores de riesgo				
Población con acceso a servicios de eliminación de excretas	Porcentaje de la población con acceso a servicios de eliminación de excretas en un año dado en el área o localidad	Información censal o de oficinas de saneamiento en el área		
Población con acceso a agua potable	Porcentaje de la población con acceso a agua potable en un año dado en el área o localidad	Información censal o de oficinas de saneamiento en el área		
Proporción de partos institucionales	Número de partos institucionales que se dan en un periodo determinado expresado como porcentaje del total de nacimientos en un año	Registros civiles y datos de salud		
Proporción de gestantes con control prenatal (CPN)	Porcentaje de gestantes con 4 o más CPN	Registros de salud		
Determinantes de la salud y factores de riesgo				
Prevalencia de bajo peso al nacer	Porcentaje de recién nacidos vivos con menos de 2500 grs. sobre el total de nacidos vivos en el área o localidad	Información de maternidades y hospitales del área o región		
Tasa de alfabetización	Proporción de la población adulta de 15 y más años de edad que es letrada, expresada como porcentaje de la correspondiente población, para un determinado sexo	Información censal o de oficinas de educación en el área		
Prevalencia anual de déficit nutricional moderado y grave en niños	Nº de casos prevalentes de deficiencia nutricional moderada y grave en niños menores de 5 años como porcentaje de la correspondiente población a mitad del año para el área o localidad (deficiencia nutricional moderada y grave: razón peso para la edad (P/E) inferior a menos dos; desviaciones estándar (-2DE) de la mediana de referencia)	Información de maternidades y hospitales del área o región, oficinas de registro civil, encuestas		

(1) (2): Indicadores de desarrollo de cada país (Nbl1, índice o mapa de pobreza, IDH2)



2.2 Indicadores de mortalidad y morbilidad en salud de mujeres, niños y niñas

En la tabla 3 consigne la información referida a los indicadores de salud, en particular los Indicadores de mortalidad y morbilidad en salud de **mujeres, niños y niñas**.

1. NBI (índice de necesidades básicas insatisfechas): indicador compuesto utilizado para medir población u hogares en condiciones de pobreza. Para su construcción se tiene en cuenta la disponibilidad o acceso de la población a una serie de condiciones establecidas como “necesidades básicas”.
2. IDH (índice de desarrollo humano): indicador compuesto al medir el logro de tres aspectos básicos del desarrollo humano: longevidad, educación y condiciones básicas de vida. La metodología de cálculo es compleja.

Tabla 3. Indicadores de mortalidad y morbilidad en salud de mujeres, niños y niñas

Indicador	Numerador	Denominador	Utilidad	Valor
Mortalidad				
Razón de mortalidad materna	Nº total de muertes maternas	Nacidos vivos en un año por T100.000	Muestra la magnitud del problema materno en lugares pequeños, las cifras absolutas y su tendencias (tres mediciones)	
Tasa de mortalidad perinatal	Nº de muertes del feto luego de 28 semanas de gestación y siete días de vida posnatal	Nacidos vivos en un año	Muestra la magnitud de la mortalidad en la etapa pre y post nacimiento	
Tasa de mortalidad neonatal (TMN), dividida en precoz (TMNP) y tardía (TMNT)	Nº total de muertes anuales de niños menores de 28 días de nacidos Precoz: muertes de niños de menos de siete días de nacidos Tardía: muertes de niños entre siete y 28 días de nacidos	Nacidos vivos en un año	Muestra la situación de mortalidad temprana y el peso que esta tiene en la mortalidad infantil. La mortalidad neonatal precoz se ve más afectada por los problemas relacionados con el embarazo y el parto. La tardía se ve menos afectada, y ambas están muy influidas por esta etapa	
Tasa de mortalidad infantil (TMI)	Nº total de muertes anuales de niños menores de 1 año	Nacidos vivos en un año	Muestra el “peso” de las muertes infantiles con relación a los niños que nacen	
Tasa de mortalidad en menores de 5 años (TMM5)	Nº total de muertes anuales de niños menores de 5 años	Nacidos vivos en un año	Es igual que el anterior pero para los menores de 5 años	
% de muertes de niños menores de 1 año ocasionadas por las enfermedades que son objeto de AIEPI	Número de muertes anuales de niños menores de un año ocasionadas por enfermedades que son objeto AIEPI	Nº total de muertes anuales de niños menores de 1 año	Muestra el “peso” que tienen las enfermedades que son objeto de la estrategia AIEPI dentro de la mortalidad total de niños menores de 1 año, que es el grupo más vulnerable	
% de muertes de niños menores de 5 años ocasionadas por las enfermedades que son objeto de la estrategia AIEPI	Nº de muertes anuales de niños menores de 5 años ocasionadas por enfermedades objeto de AIEPI	Nº total de muertes anuales de niños menores de 5 años	Es igual que el anterior, pero para los niños menores de 5 años	
Egresos hospitalarios				
% de egresos de niños menores de 5 años afectados por enfermedades que son objeto de AIEPI				
Letalidad hospitalaria de las causas objeto de AIEPI en niños menores de 5 años				
Morbilidad				
% de consultas de niños menores de 5 años				
% de consultas por enfermedades que son objeto de la estrategia AIEPI				



Adicionalmente se requiere contar con la siguiente información:

- Tres primeras causas de mortalidad materna

1. _____
2. _____
3. _____

- Tres primeras causas de mortalidad neonatal

1. _____
2. _____
3. _____

- Tres primeras causas de mortalidad en la niñez

1. _____
2. _____
3. _____

(1) Las enfermedades que son objeto de la estrategia AIEPI pueden variar según el lugar en que se esté trabajando, y a su vez, el peso que cada una tiene varía de un lugar a otro y entre las propias causas, tanto para la mortalidad, como para la morbilidad. Una base que puede servir de punto de partida a esta lista de indicadores puede ser la siguiente: Enfermedades infecciosas intestinales (001-009/A01-A09); Difteria (032/A36); Tos convulsa (033/A37); Infección meningocócica (036/ A39); Tétanos (037/A33-A35); Septicemia (038/A40-A41); Sarampión (055/b05); Malaria (084); Desnutrición (260-269/E40-E64); Anemia (280-281, 285/D50-D53) ; Meningitis (320-323/G00- G04), Infecciones respiratorias agudas (460-465/j00-j06); Bronquitis y bronquiolitis (466/j20- J22); Neumonía (480-486/J10-J17); Influenza (487/J18). Recientemente se han incorporado las principales afecciones perinatales relacionadas con la mortalidad en este periodo: sépsis, infecciones perinatales, asfixias y mal formaciones congénitas (MFC).

Nota 1: Es posible que en el nivel local no esté disponible la información necesaria para completar los indicadores sugeridos. En este caso se propone tomar como base el número absoluto de muertes ocurridas en el último año, pero continuar buscando la información referente a los indicadores propuestos. Se sugiere apelar a la información proveniente de la comunidad, ministerios o secretarías de salud, registro civil, iglesias, policía, alcaldías o municipalidades, ejército, etc.

Nota 2: Algunas informaciones de mortalidad pueden ser obtenidas o completadas por otras fuentes, como autopsias verbales, por ejemplo.

2.3 Análisis de la información demográfica y de salud

Al completar la información de las tablas, usted tendrá un panorama bastante definido de la situación de salud en su área, incluyendo la situación con relación a las enfermedades objeto de la estrategia AIEPI, y los determinantes de la salud y factores de riesgo que afectan a la población.

A continuación, con la información de la situación de salud y desarrollo nacional, realice un análisis de la situación de salud de su área de trabajo, comparando la información de ésta y de sus localidades con la información del nivel regional y/o nacional, que puede obtenerse de la coordinación AIEPI de estos niveles. Para el análisis de la información y la descripción de salud, tenga en cuenta las siguientes preguntas:

- ¿Los indicadores relacionados con los determinantes de la salud y los factores de riesgo de su área son mejores, similares o peores que los del nivel regional / nacional (o de otra área usada como comparación)?
- ¿Los indicadores de mortalidad y morbilidad local muestran valores mayores, menores o iguales a los regionales / nacionales (u otra área)?
- Con base en las preguntas anteriores, ¿Cómo considera que se encuentra la situación de salud de los niños de su área respecto del panorama regional / nacional (u otra área)?



- Si existe una diferencia entre las situaciones de su área y la nacional (o de otra región usada como comparación) ¿En qué elemento o elementos cree que se basa? Explique y analice estas diferencias.

3. Información del sistema de salud para la atención a la familia y comunidad con especial interés a mujeres, niños y niñas

3.1 Descripción de los servicios de salud del área

Es importante hacer la descripción y análisis de la situación del sistema de salud, que tiene la responsabilidad de brindar atención a las gestantes, recién nacidos y a niños, y que será el principal actor en la aplicación de los lineamientos y criterios propuestos en la estrategia AIEPI.

En la tabla 4 se deben enumerar todos los servicios de salud y personal existentes para la atención de los menores de 5 años, tanto del sector público como de la seguridad social, servicios privados, voluntarios, etc. Se debe describir en cada uno, si cuentan con servicios y recursos, como: consulta médica, vacunación o sistema de referencia, entre otros. Cabe señalar que se han tomado algunos de los recursos básicos, pero no son los únicos. Usted puede completar la información incorporando otras columnas, o elaborando otras tablas.

Para completar la tabla 4 proceda de la siguiente forma:

- Identifique el área, las localidades y el año al que corresponde la información.
- Detalle los establecimientos de salud por nivel o tipo de atención correspondientes a cada localidad (de acuerdo a la definición de cada país), por ejemplo:
 - Primer nivel: centros y puestos de salud (de atención primaria)
 - Segundo nivel: hospitales de primera referencia (local)
 - Tercer nivel: hospitales de referencia regional o nacional
- Coloque SÍ o NO en cada columna de “Servicios y recursos con los que cuenta la institución”, de acuerdo a la disponibilidad real de los mismos (accesible y en buen estado).
- Sume los parciales para cada una de las columnas. Para la primera columna puede identificar el número de establecimientos por cada nivel de atención; para las columnas de servicios y recursos puede identificar la proporción de establecimientos que cuentan o no con cada tipo de servicio.

Tabla 4. Descripción de los servicios de salud del área

Área: _____

Localidad: _____ Año: _____

Nombre del establecimiento	Nivel o tipo	SERVICIOS Y RECURSOS CON LOS QUE CUENTA LA INSTITUCIÓN										Recursos para Referencia			
		Consulta médica	Atención de urgencia	Vacunación	Consultorio de control de crecimiento y desarrollo	Farmacia	Hospitalización	Sala de partos	Laboratorio	Servicios de imagenología	Sistema de referencia/contrarreferencia	Ambulancia y mecanismo de transporte			
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
Subtotales															
Instituciones de primer nivel															
Instituciones de segundo nivel															
Otros servicios segmentos sociales, seguridad social, privados, ONG, iglesia, etc.															
TOTALES															

Fuente:

Observaciones:





Complete la información referida a los medicamentos y otros insumos básicos con que se cuenta en los establecimientos de su área de trabajo. Es necesario conseguir esta información, por establecimiento, y consolidarla en la tabla 5-A (medicamentos) y 5-B (otros insumos).

En el diseño de estas tablas se han tomado en cuenta algunos de los medicamentos e insumos básicos, pero no son los únicos. Usted puede adaptar y completar la información teniendo en cuenta la lista de medicamentos e insumos contemplados en las normas técnicas de atención a la gestante, recién nacido y niños menores de 5 años de su país.

Para completar la tabla 5-A proceda de la siguiente forma:

- Detalle los establecimientos de salud del área de trabajo.
- Coloque SÍ o NO en cada columna de “Medicamentos y vacunas con los que cuenta la institución”, de acuerdo a la disponibilidad real de los mismos (se recomienda verificar los archivos de la farmacia y del centro de vacunación para verificar los datos de cantidad y fecha de vencimiento).

Para completar la tabla 5-B proceda de la siguiente forma:

- De igual manera, detalle los establecimientos de salud del área de trabajo.
- Coloque SÍ o NO en cada columna de “Insumos con los que cuenta la institución para la atención”, de acuerdo a la disponibilidad real de los mismos (accesible y en buen estado).

Tabla 5-A. Medicamentos necesarios para la aplicación de la estrategia AIEPI

Nombre del establecimiento de salud	Cotrimoxazol	Amoxicilina	Furazolidona	Ácido Malixico	Eritromicina	Furazolidona	Gentamicina (inyectable)	Penicilina G Sódica (inyectable)	Cloranfenicol	Sulfadoxina + Pirimetamina	Cloroquina	Quinina
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
Total												

Nombre del establecimiento de salud	Otros Medicamentos									
	Sol. lactato de ringer	Sol. salina normal	SRO	Paracetamol	Mebendazol	Vit. A	Hierro	Pomad oftálmica	Violeta de genciana	
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										

Nombre del establecimiento de salud	Medicamentos de uso neonatal										Vacunas				
	Ampicilina	Penicilina G sódica cristalina O P-G pro-caina	Gentamicina	Dicloxacilina	Nistatina	Antibio. oftálmico	Vit. K	BCG	HVB	APD	DPT	Hib	ASA SPR	AMA	
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															



Tabla 5-B. Insumos para la evaluación, clasificación y aplicación del tratamiento¹

Nombre del establecimiento de salud	Insumos para control de crecimiento y desarrollo						Insumos para vacunación					
	Termómetros	Reloj con segundero	Balanza para pesar recién nacidos	Balanza con tallímetro	Carné de control del niño	Material educativo de apoyo	Jeringas y agujas	Algodón	Alcohol	Refrigerador	Termómetro (para refrigerador)	Termos y refrigerantes
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												

Nombre del establecimiento de salud	UROC - Institucional		Formularios de registros		Otros insumos				Cuadro de pro-cedimientos AIEPI
	Medida de 1 litro (jarra)	Tazas y cucharas	< de 2 meses	De 2 meses a 4 años	Tarjetas para la madre	Eq. Venoclisis	Sondas nasogástricas	Gasa	
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									

(1) Aquí se listan algunos de los insumos más importantes



Descripción de la organización de la atención

Para una adecuada aplicación de los procedimientos propuestos por la estrategia AIEPI para la atención de la niña y el niño en la consulta, se requiere conocer como está organizada dicha atención. Para esto es necesario conocer si las madres saben qué pasos deben seguir en la consulta con la niña o el niño, y si los trabajadores de salud conocen las tareas que deben realizar y están preparados para llevarlas a cabo. Para esto se propone que complete la siguiente lista de chequeo:

Tabla 6. Para las embarazadas o madres y acompañantes de los niños

	SÍ	NO	Observaciones
El servicio tiene debidamente señalizados los lugares de consulta y de información			
Cuenta con un flujograma o ruta para la atención visible y comprensible			
El personal está disponible para orientar y ayudar a las madres en los procesos dentro del establecimiento			

3.2 Información del personal de salud

Se debe contar con una lista actualizada del personal que se desempeña en los servicios o en la comunidad; dentro de este personal debe incluirse a médicos, enfermeras, obstetrices (parteras profesionales) y auxiliares que se desempeñan en los servicios de salud, así como personal que realiza su trabajo en la comunidad y que puede estar constituido por agentes comunitarios de salud (ACS) y otros actores sociales. Es necesario determinar cuál es la disponibilidad del personal de los servicios de salud, actores sociales y comunidad para la atención, prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Complete la tabla 6 con los datos de personal de los servicios de salud del área de trabajo.

Para completar la tabla, proceda de la siguiente manera:

- Identifique el área, localidades y año a que corresponde la información.
- Consigne el nombre de cada una de las instituciones identificando el nivel de atención que corresponda (de acuerdo a la definición de cada país).
- Coloque en cada columna la cantidad de recursos humanos existentes en las instituciones, considerando: médicos, enfermeras, auxiliares y agentes comunitarios de salud (ACS), si es que estos atienden a menores de 5 años, e incluya más columnas si existe otro tipo de personal involucrado en la atención (nutricionistas, obstetrices - parteras profesionales).
- Escriba en las columnas (CAPAC) la cantidad de personal capacitado en AIEPI por grupo ocupacional, especificando cuántos hay en cada curso: a) AIEPI Clínico, b) AIEPI Neonatal, c) AIEPI Comunitario, y d) Desarrollo infantil.
- En las columnas (SEGUIM) indique el número de personal de salud, por grupo ocupacional que ha recibido al menos una visita de seguimiento posterior a su capacitación.
- Al concluir el llenado de las columnas, sume los parciales para cada categoría de personal de salud y coloque el resultado en TOTAL DEL PERSONAL, TOTAL DE CAPACITADOS y PERSONAL POR CATEGORÍA EN SU ÁREA.



Se recomienda obtener (o realizar, si es posible) **estudios cualitativos**, que permitan conocer cuáles son los conocimientos, habilidades y actitudes del personal de salud con relación a las enfermedades prevalentes (por ejemplo, su manejo), así como la práctica de los enfoques de derechos, género e interculturalidad, y el grado de aceptación de la participación de la comunidad en acciones de salud (como el autocuidado y la promoción de la salud).

Finalmente, es importante que se realice el análisis de la información acerca del funcionamiento de los servicios de salud y del número y características del personal de salud, comparando con otras realidades (otra área similar, regional o nacional).

3.3 Calidad de la atención a gestantes, recién nacidos, niñas y niños menores de 5 años

Cada país deberá utilizar los instrumentos con que cuenta para evaluar la calidad, tomando como referencia los datos que se incluyen en esta guía.

Primero, obtenga la información que permita llenar la tabla 7. Se basa en algunos indicadores que miden indirectamente la calidad de la atención a gestantes, recién nacidos, niñas y niños.

Sólo después de tener los datos indicados, proceda a analizar con los otros integrantes del equipo de salud para obtener una idea más clara del funcionamiento de los servicios de salud que permiten obtener las conclusiones.

A continuación se plantea una reflexión sobre la calidad de atención que se brinda a la población menor de 5 años.

1. En las instituciones de salud de su área ¿Qué normas de procedimientos y protocolos existen (manual de funciones) para la atención de los menores de 5 años?
2. Identifique si los servicios de salud de su área cuentan con los espacios físicos adecuados y con momentos destinados a la preconsulta, consulta y posconsulta para la atención de los menores de 5 años.
3. ¿Existen y se encuentran en funcionamiento los sistemas de registro?
4. ¿Existe un procedimiento estandarizado para la adquisición y entrega de medicamentos e insumos para AIEPI? ¿Cuáles son las dificultades en este procedimiento?
5. ¿Existe demanda insatisfecha de atención de gestantes y niños?
6. ¿Cómo y cuándo se ha medido la cobertura de la demanda de atención por parte de la población?
7. ¿Se han realizado evaluaciones de la calidad de atención en las instituciones de su área? ¿Quiénes las realizaron? ¿Qué instrumentos se utilizaron? ¿Cuáles fueron los hallazgos?

Además, es importante evaluar:

- La ausencia o demora en identificar y atender a las gestantes y a niños seriamente enfermos por parte del personal de salud, con el consiguiente riesgo para su vida e integridad.
- El uso excesivo de tecnologías de diagnóstico y de tratamiento para la atención de niños que padecen enfermedades que son objeto de AIEPI.

Tabla 8. Indicadores para evaluar la calidad de atención de gestantes, recién nacidos, niñas y niños que consultan en los servicios de salud

Indicador	Numerador	Denominador	Fuente de verificación	Valor local	Valor nacional
Demora o ausencia en la identificación y atención de la gestante					
% de embarazadas que inician su control prenatal en el primer trimestre de embarazo	Nº de embarazadas que inició su control prenatal en el primer trimestre del embarazo	Nº total de gestantes atendidas durante ese periodo de tiempo			
% de embarazadas que recibieron por lo menos 4 controles pre natales	Nº de embarazadas que recibió al menos cuatro o más controles pre natales	Nº total de gestantes atendidas durante ese periodo de tiempo			
% de cesáreas realizadas	Nº de partos atendidos por cesárea	Nº total de partos atendidos durante ese periodo de tiempo			
Calidad de la atención del parto y de recién nacidos					
% de madres con amenaza de parto prematuro que recibió corticoides para la maduración pulmonar del feto	Nº de madres con amenaza de parto prematuro que recibió corticoides	Nº total de recién nacidos prematuros			
% de embarazadas con ruptura prematura de membranas mayor de 12 horas que recibió antibióticos	Nº de gestantes con ruptura de membranas mayor de 12 horas que recibió antibióticos	Nº total de gestantes con ruptura de membranas mayor de 12 horas			
% de recién nacidos que requirió reanimación	Nº de recién nacidos que recibió reanimación	Nº total de recién nacidos en los servicios de salud			
% de recién nacidos con alto riesgo referido a servicio ambulatorio	Nº de recién nacidos con alto riesgo referido a servicio ambulatorio	Nº total de recién nacidos con alto riesgo			
% de recién nacidos que recibió consulta de control dentro de los 7 primeros días de vida	Nº de recién nacidos que recibió consulta de control dentro de los 7 primeros días de vida	Nº total de recién nacidos en los servicios de salud			
Demora o ausencia en la identificación y tratamiento de enfermedad en los niños					
% de muerte de niños menores de 5 años ocurridos en el hogar	Nº de muertes anuales de niños menores de 5 años en el hogar	Nº de muertes anuales de niños menores de 5 años en el área			
% de niños atendidos a quienes se les evalúa al menos 3 de los 4 signos de peligro en general	Nº de niños menores de 5 años a los que se evaluó la presencia de signos de peligro en general	Nº de niños menores de 5 años a los que se evaluó la presencia de signos de peligro en general			

Tabla 8. (continúa)

Indicador	Numerador	Denominador	Fuente de verificación	Valor local	Valor nacional
Uso excesivo de tecnologías de diagnóstico y tratamiento					
% de uso de laboratorio para diagnóstico de diarrea en niños menores de 5 años (1)	Nº de niños menores de 5 años con diarrea a los que se indicó laboratorio en un período	Total de casos de diarrea en menores de 5 años, atendidos en el mismo período			
% de uso de radiología para diagnóstico de IRA en niños menores de 5 años (1)	Nº de niños menores de 5 años con IRA a los que se indicó radiografía de tórax en un período	Total de casos de IRA en menores de 5 años atendidos en el mismo período			
% de uso de ATB para tratamiento de IRA, neumonía, diarrea sin sangre y dolor de garganta en niños menores de 5 años (2)	Nº de niños menores de 5 años con IRA, diarrea o dolor de garganta a los que se indicó ATB para tratamiento en un período	Total de casos de IRA, diarrea y dolor de garganta en menores de 5 años atendidos en el mismo período			
% de niños menores de 5 años cuyo esquema de vacunación se controla en la consulta por enfermedad (2)	Nº de niños menores de 5 años con cualquiera de las enfermedades que son objeto de la estrategia AIEPI, y cuyo esquema de vacunación fue sometido a control en un período	Total de menores de 5 años atendidos por enfermedad en el mismo período			
% de niños menores de 5 años a los que se pesó, midió y valoró el estado nutricional en las curvas pertinentes durante la consulta por enfermedad en el servicio de salud (2)	% de niños menores de 5 años a los que se pesó, midió y valoró el estado nutricional en las curvas pertinentes durante la consulta por enfermedad en el servicio de salud en un período	Total de menores de 5 años atendidos por enfermedad en el mismo período			
Busqueda de atención y cuidados del niño					
% de madres que conocen los signos de peligro generales y específicos señalados en AIEPI en gestantes y en menores de 5 años (2)	Nº de madres que buscan atención cuando el niño presenta signos de peligro	Nº de madres de niños con signos de peligro			
% de niños con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses (2)	Niños de 6 meses de edad que reciben lactancia materna exclusiva durante las últimas 24 horas	Total de niños de 6 meses			

(1) Aplica cuando existen condiciones para realizar estas actividades en el primer nivel de atención.

(2) La fuente de información podría ser el muestreo, por ejemplo mediante un estudio especial.





- Oportunidades perdidas para vacunar, para valorar el estado nutricional del niño y para realizar el control prenatal.
- La consulta tardía de las familias a los servicios de salud cuando el niño o la madre se enferman.

Recuerde que la palabra **“valor”** en la tabla se refiere al número o cifra del indicador en el área o localidad. Ejemplo: 50% de niños y niñas atendidos son evaluados por al menos tres signos de peligro en general.

4. Los actores sociales de la localidad y el estado de las prácticas clave

4.1 Información de los actores sociales de la localidad

Se debe recoger la información de las organizaciones comunitarias y de las organizaciones no gubernamentales y privadas que realizan trabajos con la familia y la niñez, así como información de las prácticas familiares y comunitarias a través de encuestas o grupos focales (metodología cualitativa de investigación), conformados por madres, jóvenes y otras personas de la comunidad que puedan proporcionar esta información.

- ¿Cuántas y qué tipo de instituciones comunitarias existen en su área de trabajo?
- ¿Con qué instituciones gubernamentales y no gubernamentales o de la comunidad se coordinan acciones de trabajo para el desarrollo de programas de promoción y prevención de la salud en la infancia?
- ¿En las instituciones de salud se han programado actividades intramurales y extramurales de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades prevalentes? ¿Con qué periodicidad se realizan estas actividades?
- ¿En su área de trabajo se han realizado estudios de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el cuidado en el hogar de las enfermedades prevalentes en la infancia? ¿Cuáles fueron los hallazgos?
- ¿Qué aspectos culturales o creencias de la comunidad favorecen o limitan el acceso a los servicios de salud y la adherencia al tratamiento?
- ¿Se cuenta con un listado del número de agentes comunitarios de salud (ACS) en su área de trabajo, y se tiene una descripción de su perfil?
- ¿Las instituciones de salud de su área han coordinado acciones con los ACS para desarrollar programas de salud de la infancia en la comunidad? ¿Cuántas y cuáles son esas acciones?

El análisis de la información de la tabla 8 y de las preguntas anteriores permite realizar un diagnóstico acerca de las formas de organización familiar y comunitaria que vienen siendo adoptadas para dar respuesta a las necesidades de salud. Estos aspectos deberán ser contemplados en la implementación de la estrategia.

Es importante completar la información con una descripción acerca de la valoración y el grado de prioridad que la familia, comunidad y actores sociales le asignan a la salud de la madre y del niño. Por medio de entrevistas o grupos focales con los responsables y líderes de la localidad, se puede obtener un conocimiento directo de su percepción del problema.

Una vez concluidas las entrevistas, es necesario sistematizar las respuestas de los responsables de modo tal que respondan a las siguientes preguntas:

- ¿Las enfermedades o problemas de salud que son objeto de la estrategia AIEPI son percibidas como un problema por la comunidad?
- Para los actores sociales y la comunidad, ¿Estas enfermedades representan un problema de importancia, tanto desde el punto de vista de las muertes que producen, como desde el de la carga de atención que requieren?
- La familia y los diferentes actores sociales, ¿Perciben como importante la salud de la madre y del niño menor de 5 años? ¿Qué han hecho al respecto?

Tabla 9. Información de los actores sociales de la localidad

Actor social	Rol y función	Estructura	Espacios de intervención	Responsable

Observaciones:

Ejemplo:

Actor social	Rol y función	Estructura	Espacios de intervención	Responsable
1. Educación	Transferir habilidades y destrezas a los niños y jóvenes de un determinado grupo social, con la finalidad de incorporarlos al aparato productivo.	10 escuelas y 4 colegios con 300 profesores, 1500 padres y 8000 alumnos	Profesores - Profesores Profesores - Alumnos Profesores - Padres de familia	Juan Pérez, Director Municipal de Educación

Cabe mencionar que existen guías de trabajo para cada actor social, elaboradas por OPS/OMS (ver anexo I, Bibliografía AIEPI Comunitario), que podrán ser utilizadas para obtener información; asimismo, otra fuente de información las constituyen las encuestas de hogares que permiten obtener la información de las prácticas clave.

4.2 Información de las prácticas familiares y comunitarias para el cuidado de la salud de las mujeres gestantes, los recién nacidos y las niñas y niños menores de 5 años

Es importante obtener información sobre las prácticas clave para el cuidado del niño en la familia y en la comunidad, dado que ellas orientarán las intervenciones de AIEPI en las áreas de educación y comunicación:

- Comportamientos de la familia con el niño cuando se inicia la alimentación complementaria
- ¿Cómo estimula la familia el desarrollo del niño?
- Modificaciones de la alimentación durante algún episodio de enfermedad
- Remedios caseros que utiliza la familia cuando el niño tiene diarrea o tos
- Prácticas de la familia cuando el niño está enfermo
- Apoyo de la familia para que la madre gestante reciba atención prenatal adecuada



Tabla 10. Prácticas familiares clave para el crecimiento y desarrollo saludables

Práctica clave	Lo que necesitamos saber en el diagnóstico de la práctica clave
1 Dar lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida.	<ul style="list-style-type: none"> - Hábitos y costumbres de alimentación a los niños menores de 6 meses. - Introducen otro tipo de alimento o líquidos diferente a la leche materna en la alimentación del niño antes de cumplir los 6 meses. - Tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva.
2 A partir de los 6 meses de edad, dar a los niños y niñas alimentos complementarios de calidad, frecuencia y cantidad adecuada.	<ul style="list-style-type: none"> - Hábitos y costumbres de alimentación al niño a partir de los 6 meses. - Cómo, cuándo, cuántas veces y con qué inician la alimentación complementaria. - Duración de la lactancia materna.
3 Que los niños y niñas reciban cantidades adecuadas de micronutrientes (vitamina A y hierro, en particular).	<ul style="list-style-type: none"> - Conocen los productos locales ricos en micronutrientes (vitamina A y hierro). - Acceso, frecuencia, cantidad y modo de consumo de estos productos.
4 Promover el desarrollo mental y social al responder a las necesidades del niño y la niña en cuanto a la atención, gracias a la conversación, el juego y a un entorno estimulante.	<ul style="list-style-type: none"> - Cómo y quiénes participan en la estimulación del niño. - Cómo se manifiesta el amor y afecto dentro de la familia y la comunidad.
Para la prevención de enfermedades	
Práctica clave	Lo que necesitamos saber en el diagnóstico de la práctica clave
5 Llevar a los niños y niñas de acuerdo a un cronograma establecido a objeto de que reciban todas las vacunas necesarias (BCG DPT, OPV) antes de su primer cumpleaños) y sarampión al año de edad.	<ul style="list-style-type: none"> - Actitud de la familia frente a la vacunación de los niños. - Factores (los servicios de salud, comunidad y familia) impiden el cumplimiento del calendario de vacunación del niño.
6 Eliminar las heces, incluidas las heces de los niños y las niñas, de manera inocua y lavarse las manos después de la defecación, antes de preparar las comidas y antes de alimentar a sus hijos.	<ul style="list-style-type: none"> - Hábitos de higiene personal, conservación e higiene de los alimentos, eliminación de excretas y desechos sólidos que tiene la familia y comunidad. - Fuente de abastecimiento de agua, cómo la consumen y conservan.
7 Proteger a los niños y las niñas en las zonas donde la malaria es endémica y velar porque duerman bajo mosquiteros tratados con insecticida.	<ul style="list-style-type: none"> - Qué medidas de control y prevención tiene la familia y comunidad frente a la malaria. - Qué medidas de protección del niño frente a la malaria son tomadas por la familia.
8 Adoptar y mantener el comportamiento apropiado en cuanto a la prevención y la atención a las personas afectadas por VIH/sida, en especial los huérfanos y huérfanas.	<ul style="list-style-type: none"> - Actitud y medidas preventivas frente a una persona con VIH/sida.
Para la asistencia domiciliaria apropiada	
Práctica clave	Lo que necesitamos saber en el diagnóstico de la práctica clave
9 Continuar dando la alimentación usual y ofrecer más líquidos, en especial leche materna, a los niños y niñas cuando están enfermos.	<ul style="list-style-type: none"> - Hábitos y costumbres de alimentación del niño enfermo. - Factores que impiden la adecuada alimentación e ingesta de líquidos en el niño enfermo.
10 Dar a los niños y niñas enfermos el tratamiento apropiado en casa para las infecciones.	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados al niño enfermo en el hogar. - Factores que influyen en el incumplimiento del tratamiento.
11 Evitar el maltrato y el descuido de los menores y tomar las medidas apropiadas si acaso ocurriera.	<ul style="list-style-type: none"> - Existe el maltrato físico o emocional dentro del hogar. - El niño y la mujer son víctimas de maltrato físico o emocional. - Actitud de la familia y comunidad frente al maltrato del niño. - Medidas tomadas frente a cualquier tipo de maltrato.
12 Velar porque los hombres se ocupen activamente del cuidado de los niños o niñas, y participen en las cuestiones de salud reproductiva de la familia.	<ul style="list-style-type: none"> - Participación del hombre en el cuidado del niño y en la salud reproductiva de la familia. - Factores que influyen en la participación del hombre en el cuidado del niño.
13 Tomar medidas apropiadas para prevenir y controlar lesiones y accidentes en los niños y niñas.	<ul style="list-style-type: none"> - Accidentes más frecuentes que tiene el niño en el hogar y la comunidad. - Actitud de la familia y comunidad frente a la vulnerabilidad de los niños a los accidentes. - Medidas preventivas tomadas a nivel familiar y comunitario.



Para buscar ayuda	
Práctica clave	Lo que necesitamos saber en el diagnóstico de la práctica clave
14 Reconocer cuándo los niños o niñas enfermos(as) necesitan tratamiento fuera del hogar y buscar atención de los proveedores apropiados.	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad que indica a la familia que el niño está en peligro. - Actitud de la familia y la comunidad frente a estos signos de riesgo. - Factores que influyen en que el niño en riesgo no reciba la atención adecuada y oportuna.
15 Seguir los consejos del trabajador de salud acerca del tratamiento, seguimiento y la referencia.	<ul style="list-style-type: none"> - Si la familia cumple con el tratamiento, seguimiento y consejos del trabajador de salud. - Factores que influyen para que no los cumplan.
16 Asegurarse de que toda mujer embarazada tenga atención prenatal adecuada. Esto incluye asistir por lo menos a cuatro consultas prenatales con un proveedor de asistencia sanitaria apropiado, y recibir las dosis recomendadas de vacunación con el toxoide tetánico. La madre también necesita apoyo de su familia y de la comunidad al buscar atención en el momento del parto y durante el periodo del posparto y lactancia.	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados y costumbres que tiene la familia frente al embarazo, parto y puerperio. - A dónde y a quién acuden para el control del embarazo y atención del parto. - Factores que impiden que la mujer embarazada acuda el establecimiento de salud para el control del embarazo, atención del parto y cuidados del puerperio. - Signos de riesgo que identifica la familia en la mujer gestante que indica que está en riesgo. - Qué hacen frente a la identificación de estos signos.

5. Análisis de la información y priorización de áreas de riesgo para la implementación de la estrategia AIEPI

El diagnóstico suministrará una información básica sobre la situación de salud de mujeres, niños y niñas y la situación actual de los tres componentes de la estrategia AIEPI. Esta información debe ser analizada y organizada de tal manera que permita identificar los problemas más importantes a los que el plan operativo debe dar solución.

Es importante que el Equipo de Salud (personal de salud y otros actores sociales involucrados) inicie el análisis con la descripción de la “situación problemática” del área. Para ello se proponen las siguientes tablas. En ellas escriba los principales problemas que ha encontrado en el diagnóstico, y que se encuentran cuantificados en las tablas 1 a la 8. Recuerde que la palabra “valor” en las tablas se refiere al número o cifra del indicador en el área o localidad.

Por otro lado, para lograr mayor eficiencia e impacto en la aplicación de AIEPI es recomendable implementar o fortalecer la estrategia en algunas localidades priorizadas, utilizando criterios como los siguientes:

- a) Áreas geográficas con mayor problema de accesibilidad;
- b) Mayor magnitud del problema de salud de mujeres, niños y niñas (perfil epidemiológico);
- c) Mayores problemas de pobreza y exclusión social (índices de pobreza, índices de desarrollo);
- d) Dónde existen mejores condiciones para la implementación de la estrategia AIEPI (voluntad política, participación y organización social, línea de base establecida).

Una actividad de gran utilidad y de fuerte impacto visual es consignar las áreas prioritarias a ser intervenidas a través de la estrategia AIEPI en un mapa con los principales indicadores tomados en consideración para realizar el diagnóstico.

Resumen de la situación problemática

Tabla 11-A. Situación de la salud de mujeres, niños y niñas

Problemas	Valor

Fuente: Tablas 1, 2 y 3

Ejemplo de problema:

Problemas	Valor
En la comunidad XXX la mortalidad infantil es el doble del promedio nacional	80 por 1000 nacidos vivos (nacional: 40 por 1000 nacidos vivos)

Tabla 11-B. Situación actual de los tres componentes de la estrategia AIEPI

Problemas	Valor
Primer componente: Mejorar las habilidades del personal de salud	
Segundo componente: Fortalecer los sistemas y servicios de salud	
Tercer componente: Mejorar las prácticas familiares y comunitarias	

Fuente: Tablas 4, 5, 6, 7 y 8

Ejemplo de problema:

Problemas	Valor
Primer componente: Mejorar las habilidades del personal de salud	
En el centro de salud XXX el personal médico no está capacitado en el curso Clínico de AIEPI.	20% de personal de salud médico capacitado en el curso Clínico de AIEPI.
Segundo componente: Fortalecer los sistemas y servicios de salud	
Los puestos de salud del área no cuentan con la implementación adecuada para la atención del niño menor de 5 años.	70% de los puestos de salud del área no cuentan con la implementación adecuada para la atención del niño menor de 5 años.
Tercer componente: Mejorar las prácticas familiares y comunitarias	
Las madres no reconocen 2 de 10 signos de peligro de la embarazada.	35% de las madres reconocen 2 de 10 signos de peligro de la embarazada.

El análisis del diagnóstico, y de los otros capítulos de la guía, permitirá compartir responsabilidades en la implementación y evaluación, incorporando nuevos actores sociales. De igual manera, la elaboración del diagnóstico de salud de mujeres, niños y niñas permitirá la inclusión del PO AIEPI en el Plan de Desarrollo y también permitirá concertar con las autoridades para la obtención del presupuesto que permita conseguir los objetivos estratégicos, generales y específicos.

5.1 Criterios para priorizar los problemas

Después de analizar las situaciones problemáticas de la salud de la embarazada, del recién nacido y del niño y niña, se requiere ponerse de acuerdo en priorizar algunos problemas, basadas en información relevante para la toma de decisiones. Uno de los acuerdos es priorizar los problemas.

Cada problema debe ser valorado de acuerdo con ciertos lineamientos y criterios, antes de decidir sobre uno o varios problemas.

Existen diferentes formas de priorizar. Compartimos una de las formas de hacerlo en base a criterios:

1. Relevancia
2. Factibilidad
3. Aceptabilidad política
4. Aplicabilidad
5. Urgencia

1. Relevancia

El tema que se escoja deberá ser un problema prioritario. Las preguntas que deben hacerse son:

- ¿Cuál es la magnitud del problema?
- ¿Quién o quienes son los afectados?
- ¿Qué tan grave es el problema?

Pensar en problemas de salud que afectan a un gran número de recién nacidos o los problemas más graves que se enfrenta el personal de salud en su área de trabajo.

Considerar la pregunta ¿quién percibe la importancia del problema? Cada uno de los miembros del equipo de salud (directores, personal de salud, investigadores, etc.) pueden ver el mismo problema desde diferentes perspectivas. Los miembros de la comunidad, por ejemplo, pueden dar más prioridad a lo económico que a ciertos problemas de salud pública, como la importancia de la lactancia materna. Para asegurar la participación de todos los involucrados, se recomienda definir el problema de tal manera que todos tengan interés en resolverlo.

2. Factibilidad

Observar la factibilidad (posibilidad concreta) de llevar adelante el Plan Operativo y considerar la complejidad del problema y los recursos que se requerirán para realizarlo. Pensar que en principio sólo se cuenta con personal, tiempo, equipo y dinero disponibles en el nivel donde se decida llevar adelante el PO.

3. Aceptabilidad política

En general se recomienda que los problemas sean de interés y cuenten con el apoyo de las autoridades. Esto sugiere que las autoridades en salud tienen como referente político las prioridades nacionales en salud, en concordancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

4. Aplicabilidad de resultados y recomendaciones

¿Es probable que el Plan Operativo sea aplicado? Esto no solo dependerá de los beneficios para las autoridades, sino de la disponibilidad de recursos para la implementación de las recomendaciones y de la opinión de los usuarios y el personal responsable.

5. Urgencia

Se relaciona con la magnitud del problema y la repercusión política y social de los problemas.
¿Cuáles de los problemas deberían implementarse primero y cuáles después?

Escala de criterios para priorizar problemas

Tema de investigación	Escala
Relevancia	1 = No relevante 2 = Relevante 3 = Muy relevante
Factibilidad	1 = No se considera factible 2 = Se considera factible 3 = Se considera muy factible
Aceptabilidad política	1 = El tema no es aceptado por las autoridades 2 = El tema es más o menos aceptable 3 = El tema es totalmente aceptable
Aplicabilidad	1 = No hay posibilidad de que las recomendaciones del PO sean aplicadas 2 = Existe posibilidad de que las recomendaciones del PO sean implementadas 3 = Las recomendaciones del PO serán implementadas seguramente
Urgencia	1 = La implementación del PO puede demorar 2 = La implementación del PO es relativamente urgente para resolver el problema 3 = La implementación del PO es necesaria y urgente

Una vez se tiene el listado de los problemas del PO, se escriben en la hoja de calificación. A cada problema se le asigna una calificación de acuerdo a la tabla de escala para priorizar los mismos, en cada uno de los criterios. La suma total de los puntajes de los criterios se coloca en la columna TOTAL. Los temas que obtengan la mejor calificación serán los que tengan mayores probabilidades de tener éxito.



OBJETIVOS Y METAS

Después de haber descrito la situación de la salud de mujeres, niños y niñas y la situación actual de los tres componentes de la estrategia AIEPI en su área de trabajo, el equipo de salud debe establecer los objetivos y metas del PO.

Los objetivos expresan lo que se quiere alcanzar y sirven como un referente constante para hacer el seguimiento del Plan Operativo. Es importante que los objetivos para implementar la estrategia AIEPI guarden coherencia con los objetivos en los niveles regional y nacional. En caso de que haya diferencias, es preciso explicar las razones de dichas variaciones.

1. Objetivo estratégico

El objetivo estratégico expresa los logros a alcanzar en el largo plazo (por lo general cinco o 10 años), en tanto que los objetivos generales y específicos tienen la duración del PO, es decir un año. Así, el objetivo estratégico orienta y da el contexto al PO, y este a su vez contribuye en el año de su implementación a avanzar en conseguir el objetivo estratégico.

El objetivo estratégico se orienta a reducir los indicadores de mortalidad o morbilidad o a mejorar la salud de la población objetivo, en este caso de la población de mujeres, niños y niñas en el contexto del compromiso internacional por el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) hacia 2015. Por ejemplo, se debe definir un objetivo estratégico del PO como el siguiente: “Contribuir a mejorar la salud materna e infantil de la localidad...”

2. Objetivo general y objetivos específicos

Como ha sido señalado, el objetivo general –así como los objetivos específicos– están formulados para el periodo de vigencia del PO. El cumplimiento de los objetivos específicos, y de sus metas, es condición para alcanzar el objetivo general y, de este modo, lograr el cumplimiento del PO.

Estos objetivos están relacionados a la mejora en el acceso y al uso de cuidados de salud, que pueden ser logrados con la estrategia AIEPI. Se considera habitualmente como “acceso” cuando el establecimiento de salud cuenta con: por lo menos un personal de salud capacitado en el manejo estándar de casos de AIEPI (componente clínico), dispone de los medicamentos que se requieren y ha recibido por lo menos una visita de seguimiento/supervisión en los últimos seis meses.

El acceso puede ser entendido como el número de personas que residen alrededor del establecimiento de salud o lo que es también llamado área geográfica de influencia del establecimiento. Para los fines de esta guía se entenderá como acceso efectivo a la estrategia AIEPI incluir que al menos un personal de salud este capacitado en la estrategia AIEPI, cuente con los medicamentos y exista seguimiento de sus actividades. El uso, por su parte, refiere a la utilización real de los servicios de salud que tienen a su disposición los residentes de la comunidad.



La diferencia entre acceso y uso puede ser ejemplificada de la siguiente manera: existen barreras geográficas o económicas que limitan que la población se beneficie de la estrategia AIEPI. No obstante, vivir cerca a un establecimiento de salud que implementa AIEPI, o tener condiciones económicas para acudir a este, no garantiza que la población utilice sus servicios, pues existen otras barreras, como las culturales, que pueden limitar su uso.

3. Metas

Las metas son la expresión cuantitativa de los objetivos– y expresan los compromisos que se adoptan en el PO para reducir la mortalidad y la morbilidad infantil, para facilitar el acceso de la población a la estrategia AIEPI, y para que las familias y las comunidades apliquen las prácticas clave priorizadas. Para cada uno de los objetivos del PO se deben establecer metas claras que permitan realizar una evaluación posterior de los avances logrados.

A continuación, se plantea una manera de enunciar los objetivos y sus metas, los cuales se establecen para un lugar y en un plazo determinado.

Ejemplos de objetivos y metas del componente clínico de AIEPI: “Mejorar las habilidades del personal de salud”.

Objetivo: Incrementar la proporción de personal capacitado en AIEPI.

Meta: Para finales del año 2....(plazo de un año), se habrá incrementado en 100 % la proporción del personal capacitado en AIEPI.

Objetivo: Incrementar la proporción de personal capacitado que recibe visitas de seguimiento posterior a la capacitación.

Meta: Para finales del año 2... (plazo de un año), se habrá incrementado en 50% la proporción de personal capacitado que ha recibido visitas de seguimiento posterior a la capacitación.

Objetivo: Incrementar la proporción de establecimientos de salud que aplican AIEPI.

Meta: Para finales del año 2....(plazo de un año), se habrá incrementado en 40% la proporción de establecimientos de salud que aplican AIEPI.

Objetivo: Reducir el porcentaje de uso irracional de medicamentos.

Meta: Para finales del año 2... se habrá reducido en 30% el uso irracional de medicamentos.

Ejemplos de objetivos y metas del componente organizacional de AIEPI: “Mejorar los sistemas y servicios de salud”.

Objetivo: Incrementar el porcentaje de establecimientos de salud que cuentan con un plan de capacitación.

Meta: Para finales del año 2....(plazo de un año), el 100% de establecimientos de salud contarán con un plan de capacitación para su personal de salud.

Objetivo: Incrementar la proporción de establecimientos de salud que cuentan con medicamentos para la atención de niños menores de 5 años con la estrategia AIEPI.



Meta: Para finales del año 2.... (plazo de un año), se habrá incrementado en 70% el número de establecimientos de salud que cuentan con suministros e insumos básicos para la atención infantil con la estrategia AIEPI.

Objetivo: Los establecimientos de salud de la red cuentan con las vacunas básicas para la atención de los menores de 5 años.

Meta: Para finales del año 2.... (plazo de un año), el 100% de los establecimientos de salud de la red cuentan con los suministros básicos para la atención infantil.

Objetivo: La red de salud debe contar con un sistema efectivo de referencia y contrarreferencia.

Meta: Para finales del año 2(plazo de un año), el 100% de establecimientos de salud participan en el sistema de referencia y contrarreferencia de la red de salud.

Objetivo: Incrementar el número de establecimientos de salud que brindan atención a la población con la estrategia AIEPI.

Meta: Para finales del año 2(plazo un año), 23 servicios de salud, es decir 66% del total de servicios de salud del área, estarán en condiciones de brindar atención a la población para que acceda a la estrategia AIEPI (meta de acceso).

Objetivo: Incrementar el uso de los servicios de salud para el tratamiento de la neumonía.

Meta: Para el finales del año 2 el 80% de los niños clasificados con neumonía en el servicio de salud habrán sido tratados correctamente en el hogar siguiendo las recomendaciones de la estrategia AIEPI (meta de uso).

Ejemplos de objetivos y metas del componente comunitario de AIEPI: “Mejorar las prácticas familiares y comunitarias”.

Objetivo: Lograr que los actores sociales involucrados en el PO (especialmente salud, educación, organizaciones de base, ONG, gobierno local) cumplan sus compromisos para la adecuada implementación.

Meta: Para finales del año 2(plazo de un año), al menos el 75% de los actores sociales desarrollan las actividades en las que se comprometieron para la implementación del PO.

Objetivo: Lograr que cada establecimiento de salud cuente con ACS capacitados.

Meta: Para finales del año 2(plazo de un año), habrán sido capacitados al menos dos ACS por localidad.

Objetivo: Mejorar el conocimiento de las madres y demás cuidadores de los menores de 5 años de las prácticas clave priorizadas.

Meta: Para finales del año 2.... se habrá incrementado en 50% el conocimiento de las madres y demás cuidadores de niños menores de 5 años de las prácticas clave priorizadas.

Objetivo: Incrementar la proporción de menores de 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva.

Meta: Para finales del año 2... se habrá incrementado en 30% la proporción de menores de 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva.



Como se puede observar en los ejemplos anteriores, algunos de los objetivos y sus metas están planteados para el periodo correspondiente al PO, es decir un año, en tanto que en el caso de otros objetivos y metas se espera alcanzarlos en un plazo mayor, pues los avances no son factibles de ser observados en un corto plazo.

Recordemos que el cumplimiento de los objetivos específicos permite alcanzar el objetivo general. En el caso del PO para la implementación de AIEPI en el nivel nacional, regional o local, los objetivos específicos, metas, y actividades que permiten su implementación están referidos a los tres componentes de la estrategia.

Cuanto más participativo sea el proceso de formulación del PO, integrando a los actores sociales en el equipo de salud, mayores serán las probabilidades de alcanzar las metas planteadas. Por eso, involucrar a las instituciones representativas de los gobiernos locales u otras (ONGs, servicios de salud privados o de la seguridad social, iglesias, sociedades científicas, gremiales, de docencia y personas representativas de la población), es de gran utilidad para movilizar recursos y para generar un compromiso de todos en la implementación de AIEPI.

En la etapa de formulación del diagnóstico se pudo determinar la situación de salud de la población objetivo de mujeres, niños y niñas así como el estado actual en la implementación de la estrategia AIEPI y sus tres componentes (línea basal). Con la formulación de los objetivos y metas se establecen los logros a alcanzar y la factibilidad de conseguirlos, en base al análisis de las posibilidades y debilidades existentes.

A continuación, formule los objetivos generales y específicos del PO, y luego escriba las metas por cada componente de AIEPI si lo considera conveniente. Puede utilizar los ejemplos anteriores, pero con cifras analizadas para su área de trabajo y para cada localidad priorizada. Puede, asimismo, tener más objetivos y metas que los planteados en la tabla 12.



Tabla 12. Objetivos y metas

Objetivo estratégico: _____

Objetivo general: _____

COMPONENTE: Mejorar las habilidades del personal de salud	
Objetivos específicos	Metas
1.	
2.	
3.	
4.	
COMPONENTE: Mejorar los sistemas y servicios de salud	
Objetivos específicos	Metas
1.	
2.	
3.	
4.	
COMPONENTE: Mejorar las prácticas familiares y comunitarias	
Objetivos específicos	Metas
1.	
2.	
3.	
4.	

Para la implementación del PO, y por tanto para el cumplimiento de sus objetivos y metas, se requiere de la realización de un conjunto de actividades que están referidas a cada uno de los componentes de la estrategia AIEPI. El equipo de salud debe definir las actividades principales por cada componente.

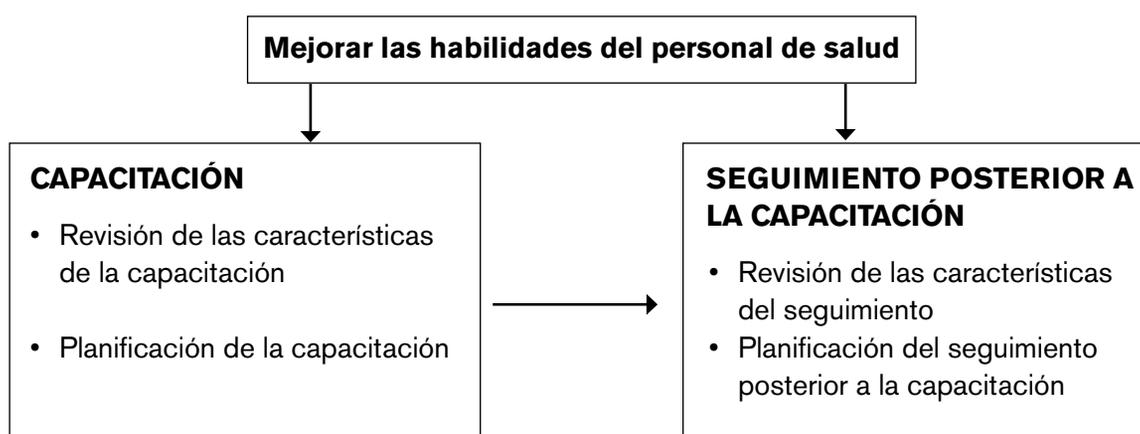


ACTIVIDADES ESPECÍFICAS POR COMPONENTES AIEPI

1. Actividades del primer componente: mejorar las habilidades del personal de salud

Estas actividades están referidas básicamente a la capacitación del personal de salud y a su seguimiento, que permite reforzar las habilidades logradas en la capacitación.

FLUJOGRAMA



1.1 Capacitación

La capacitación es el proceso mediante el cual se fortalecen los conocimientos, habilidades y actitudes para la atención integral de la niñez.

Revisión de las características de la capacitación

En este momento se deben revisar las características del personal de salud del área, de acuerdo a las siguientes características:

- a) Tipo de personal de salud (perfil ocupacional). De manera general, el tipo de personal que será elegible para ser capacitado incluye los siguientes grupos:
 - Médicos, enfermeras, auxiliares y otro tipo de profesionales de la salud que atienden a la población infantil y / o gerencian los servicios de salud del primer nivel de atención y los hospitales de referencia.
 - Docentes de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud.
 - Estudiantes de medicina, enfermería, y otros.
- b) Nivel de capacitación en la estrategia AIEPI.

Se debe basar en la información contenida en la tabla 6 (Diagnóstico), que se refiere a la información sobre el personal de salud que atiende a los menores de 5 años y requiere capacitación.



Planificación de la capacitación

En la estrategia AIEPI la capacitación se realiza por medio de cursos, generalmente presenciales, cuya organización depende de las competencias esperadas según las funciones que desempeña el personal. La metodología de capacitación contempla dos elementos rectores que siempre deben ser privilegiados al diseñar la capacitación en cada lugar específico:

- Que se trabaje con grupos pequeños para permitir una mayor interacción entre los participantes y los docentes (facilitadores), y
- Que se realice una fuerte actividad práctica de aplicación de los procedimientos y conductas desarrolladas en el curso.

El personal de salud para el que está dirigida la capacitación son los facilitadores o replicadores de la experiencia y personal de servicios; es decir, aplicarán la estrategia en sus centros de trabajo, lo cual redundará en la capacitación en servicio de sus colaboradores o compañeros de equipo; estas son personas clave para la adquisición de las habilidades propuestas por la estrategia. Ellos son los profesionales de salud encargados de orientar los trabajos de grupo y por esta razón se requiere que estén lo suficientemente comprometidos y motivados para promover las acciones dirigidas a la implementación de la estrategia. De ser posible, deben tener experiencia tanto en la atención de casos como en educación de adultos.

Una manera de ampliar la cobertura del sistema de salud con personal capacitado en AIEPI, es incorporando la estrategia en la educación de pregrado de médicos, enfermeras, técnicos, auxiliares y otros profesionales de salud. En tal sentido, es importante que el PO convoque a las instituciones formadoras del área para trabajar en este esfuerzo.

Se considera a la práctica como un pilar de la capacitación y se propone que cualquiera sea la adaptación que haya que hacer de las propuestas de capacitación disponibles por razones operativas, económicas o de cualquier otra índole, se mantenga un equilibrio entre las actividades realizadas en el aula, como la práctica concreta de aplicación de los conocimientos.

PLANIFICAR LA CAPACITACIÓN DE LOS RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE AIEPI REQUIERE:

- a. Establecer la lista de las personas con responsabilidad de implementación de la estrategia en el área de trabajo. Confeccionar una lista detallada de nombres, función y lugar de trabajo.
- b. Establecer la cantidad de cursos que deberán realizarse para capacitar al personal.
- c. Planificar las fechas y lugares donde se realizarán los cursos de capacitación.
- d. Establecer cuál es la cantidad de personal a capacitar e indicar que ese número es la meta de capacitación para este componente.

A continuación se describen los diferentes tipos de cursos con que se cuenta actualmente para la implementación y reforzamiento del componente clínico de la estrategia. El número y el carácter diverso de estos cursos obedecen a la necesidad de adecuarse a los diversos escenarios y condiciones que pudieran presentarse cada vez que se implemente la estrategia.



Tabla 13. Resumen de las características de unos cursos de capacitación disponibles para mejorar las habilidades del personal

Tipo de curso	Tipo de personal a capacitar	Contenido de la capacitación	Materiales	Duración del curso	Personas por curso
AIEPI Clínico	Personal de salud que atiende a niños en los servicios de salud: - Docentes - Estudiantes - Gerentes	- Evaluación y clasificación de niños en la consulta ambulatoria - Tratamiento ambulatorio - Referencia de casos graves - Consejería y educación	Módulos del curso - Cuadros de procedimientos - Afiches - Videos - Álbum de fotografías - Material de referencia - Guía del facilitador	7-11 días	20 a 30 participantes
AIEPI neonatal clínico	Personal de salud que atiende a niños en los servicios de salud: - Docentes - Estudiantes - Gerentes	- Evaluación y clasificación de riesgo en el embarazo, recién nacido y menor de 2 meses - Reanimación neonatal - Tratamiento - Referencia de casos graves - Consejería y educación	- Módulos del curso - Cuadros de procedimientos - Afiches - Videos - Álbum de fotografías - Material de referencia - Guía del facilitador	3 días	20 a 30 participantes
Reanimación neonatal	Personal de salud que atiende partos	- Evaluación y clasificación - Reanimación y referencia	Módulos del curso - Cuadros de procedimientos - Afiches - Videos - Álbum de fotografías - Material de referencia - Guía del facilitador	2 días	20 a 30 participantes
Seguimiento posterior a la capacitación	Curso dirigido a gerentes y trabajadores	- Objetivos del seguimiento - Metodología para efectuar el seguimiento - Instrumentos para el seguimiento posterior a la capacitación	- Guía para observación de manejo de casos (DMC) - Lista de verificación de instalaciones, equipos y suministros - Guía para entrevista a madres a la salida de la consulta - Informe de la visita	3 días	20 participantes
Capacitación en problemas de salud en el marco de la estrategia AIEPI: - Maltrato y abuso sexual - Desarrollo infantil - Asma y Síndrome de Obstrucción Bronquial - Diabetes y obesidad - Riesgos ambientales - Epilepsia - Lactancia materna - VIH/sida	Personal de salud que atiende a niños en los servicios de salud: - Docentes - Estudiantes - Gerentes	Evaluación, clasificación, tratamiento y consejería según corresponda	Módulos del curso - Cuadros de procedimientos - Afiches - Videos - Álbum de fotografías - Material de referencia - Guía del facilitador	1 a 3 días	20 a 30 participantes

Continúa



Tipo de curso	Tipo de personal a capacitar	Contenido de la capacitación	Materiales	Duración del curso	Personas por curso
Taller de reforzamiento de facilitadores	Facilitadores y docentes de los cursos de AIEPI clínico	- Revisión de técnicas educativas (demostraciones, videos, ejercicios de respuesta rápida, etc.) - Práctica clínica	- Módulos del curso - Cuadros de procedimientos - Afiches - Videos - Álbum de fotografías - Material de referencia - Guía del facilitador	5 días	20 a 30 participantes
Complementario para auxiliares de enfermería	Auxiliares de enfermería que atienden en los servicios de salud	Evaluación y clasificación de niños en la consulta ambulatoria: - Tratamiento ambulatorio - Referencia de casos graves - Educación a madres	- Módulos del curso - Cuadros de procedimientos - Afiches - Videos - Álbum de fotografías - Material de referencia - Guía del facilitador	5-11 días	20 participantes
Actualización en temas específicos	Personal de salud que atiende a niños en los servicios de salud: - Docentes - Estudiantes - Gerentes	Según necesidades	Ad hoc	1-2 días	Según demanda
AIEPI a distancia a través de Internet	Personal de salud que atiende a niños en los servicios de salud: - Docentes - Estudiantes - Gerentes	Evaluación y clasificación de niños en la consulta ambulatoria: - Tratamiento ambulatorio - Referencia de casos graves - Consejería y educación	- Computadora - Servicios de Internet - Campos clínicos	5 semanas (dos horas semanales)	Según demanda

Para planificar la capacitación se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- *Tipo y cantidad de cursos que deberán realizarse para capacitar al personal:* defina los tipos de cursos de capacitación (según listado indicado anteriormente) que deben ser programados en su localidad según el tipo de personal de salud con que se cuenta.
- *Perfil y cantidad de participantes y facilitadores:* basados en la información de la tabla 6 del diagnóstico, determine el perfil y la cantidad de personal de salud que atiende a los menores de 5 años que necesita ser capacitado en algún curso propuesto por la estrategia AIEPI. Cabe señalar que, en general, el número óptimo de participantes por curso es de 20 personas.
- *Fecha y lugar donde se realizará la capacitación.*
- *Aspectos logísticos:* material de escritorio y enseñanza, ambientes y equipos. En este momento se debe proceder a planificar las características de los cursos en función de las necesidades de capacitación del personal de salud.
- *Duración del curso:* la duración del curso ha sido señalada anteriormente, pero puede necesitarse una adecuación local. Por ejemplo, en algunos países el curso de AIEPI neonatal se encuentra integrado al curso clínico; o en otros, el curso neonatal incluye el de reanimación, necesitándose probablemente más tiempo de duración.

Si el tipo de curso lo amerita, es necesario determinar la sede para la práctica clínica o de campo.



Tabla 14. Planificación de las actividades de capacitación del personal de salud del área

Actividad de capacitación		Participantes		Fecha y lugar	Materiales	Duración del curso
Tipo de curso	Nº de eventos	Perfil	Nº			

1.2 Seguimiento posterior a la capacitación

El seguimiento posterior a la capacitación consiste en la visita al personal de salud que fue capacitado en el componente clínico de AIEPI, para apoyarlo en la aplicación efectiva de los conocimientos adquiridos, en condiciones reales de trabajo.

La principal finalidad del seguimiento posterior a la capacitación es el estímulo y apoyo al personal que se desempeña en el terreno y que tiene, sin duda, algunos problemas para la aplicación efectiva de lo aprendido.

Revisión de las características del seguimiento

Como paso previo a la planificación del seguimiento es necesario que usted revise la información con relación a las visitas de seguimiento realizadas al personal de salud. Para esto, utilice datos de la tabla 6 del diagnóstico.

Planificación del seguimiento

La metodología se basa en acompañar al personal de salud capacitado en su desempeño habitual, enfatizando en la aplicación correcta de la capacitación otorgada, e intercambiando ideas respecto de la aplicación para fortalecer lo que se realiza correctamente y corregir lo que se realiza de manera incorrecta.

Los aspectos destacados de la metodología son los siguientes:

- Personal al que se realiza el seguimiento: puede aplicarse a cualquier personal que haya sido capacitado.
- Actividades a realizar durante la visita: las actividades fundamentales durante las visitas de seguimiento son:
 - a) Observar el manejo de casos, es decir la atención que realiza el personal capacitado que debe compararse con la atención estándar de la persona que realiza el seguimiento;
 - b) Verificar que existen las instalaciones, equipos y suministros necesarios para que la estrategia AIEPI pueda ser aplicada; y
 - c) Entrevistar a las madres con el fin de identificar cualquier situación que influya de manera negativa en la aplicación de la estrategia.
- Instrumentos para realizar el seguimiento:



Se cuenta con cuatro instrumentos básicos:

- a) Guía para observación de manejo de casos (OMC);
- b) Lista de verificación de instalaciones, equipos y suministros;
- c) Guía para entrevista a madres a la salida de la consulta;
- d) Informe de la visita.

Estos instrumentos deben existir en cantidad suficiente en el momento en que se realiza la visita de seguimiento.

- Personal responsable del seguimiento: idealmente debe estar a cargo del mismo personal que dirige el curso clínico AIEPI en la red de salud para que puedan obtenerse las facilidades y realizar las recomendaciones con el nivel de autoridad adecuado; además, de preferencia debería estar acompañado por un facilitador para la OMC. Las características del curso se explican en detalle en el módulo del participante del curso titulado “Seguimiento posterior a la capacitación”, (OPS/ HCP/HCP/AIEPI/97.6) y se revisaron además en la sección sobre planificación de la capacitación.
- Momento en el que debe realizarse el seguimiento: la visita debe realizarse dentro de los tres primeros meses posteriores a la capacitación (usualmente al segundo o tercer mes), según las condiciones locales. Se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:
 - a. Los equipos de seguimiento.
 - b. La notificación a los servicios de salud.
 - c. La disponibilidad de los instrumentos de seguimiento.
 - d. La disponibilidad de medios de transporte.
 - e. Horario laboral de los servicios de salud a visitar.
 - f. Mapeo y rutas.

Tabla 15. Planificación de las actividades de seguimiento posterior a la capacitación

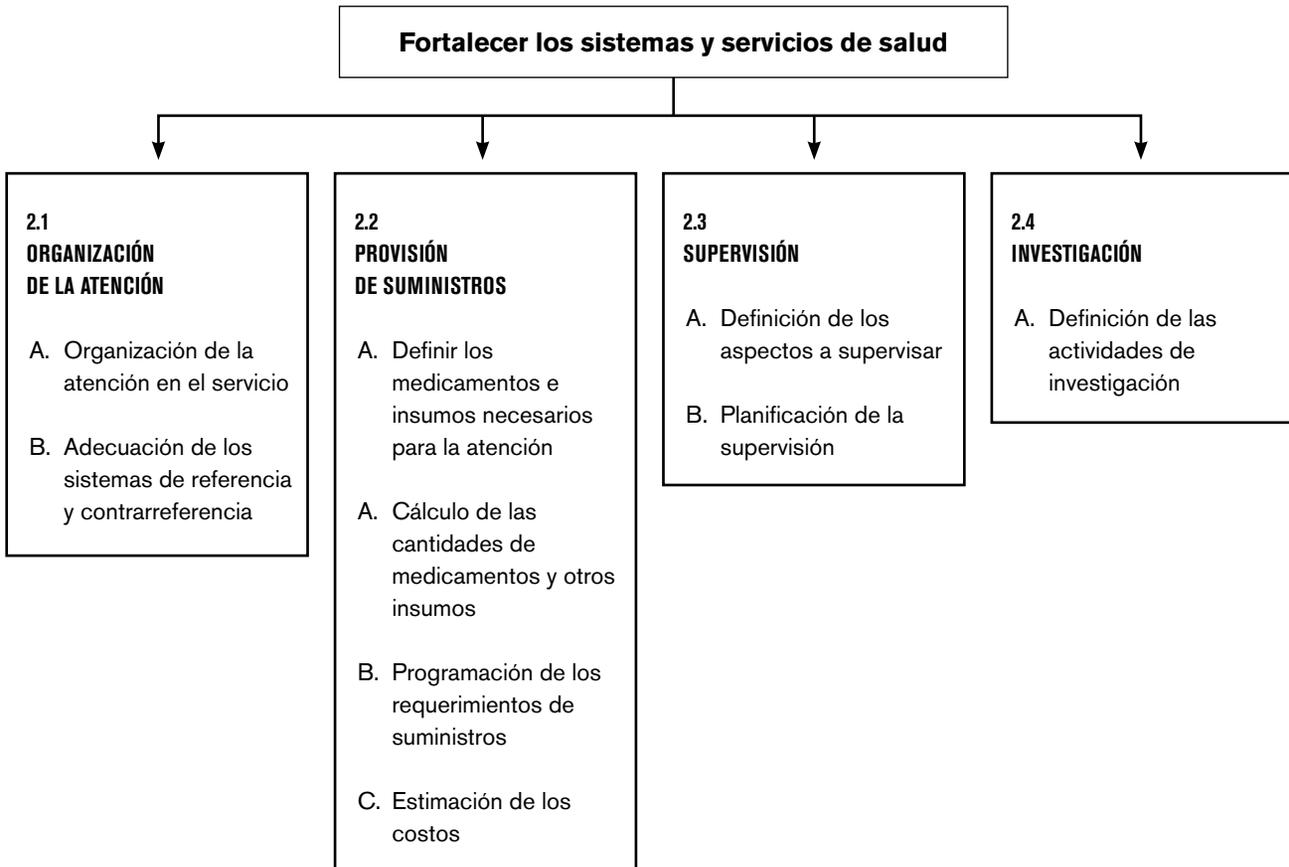
Actividad de seguimiento	Establecimiento de salud	Capacitado en seguimiento	Fecha	Responsable del seguimiento



2. Actividades del segundo componente: fortalecer los sistemas y servicios de salud

Estas actividades se refieren a la organización de la atención, la provisión de suministros básicos y la supervisión e investigación.

Flujograma





2.1 Organización de la atención

Para la aplicación de la estrategia AIEPI es necesario incorporar procesos de organización, recursos humanos e insumos en los servicios de salud, con el fin de hacer frente al perfil epidemiológico sujeto de los recién nacidos, niños, niñas y mujeres gestantes.

PAUTAS PARA SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS DE ORGANIZACIÓN EN EL SERVICIO

- A partir del diagnóstico identifique los problemas relacionados a los servicios con los que cuenta la institución (tabla 4) y la descripción de la organización de la atención de los servicios.
- Elaborar una propuesta de organización del servicio, que incluya:
 - El planteamiento de cómo debe funcionar en los diferentes momentos de la consulta para aplicar la estrategia AIEPI.
 - La adecuación de los espacios del establecimiento, si se considera necesario*.
 - El equipamiento necesario.
 - La asignación de responsabilidades para el cumplimiento de la propuesta.
- Discutir con el director o con el gerente del servicio las soluciones propuestas.
- Presentar el esquema de soluciones al personal de salud. Explicar al personal de salud, administrativo y al de apoyo, cuál será su rol en la atención al niño. Analizar las posibilidades de su aplicación (análisis de factibilidad).
- Implementar las soluciones y vigilar su cumplimiento.

*El escritorio se considera una barrera física al momento de la atención, por lo que se recomienda cambiar de posición y favorecer el contacto y calidez.

A. Organización de la atención en el servicio

Para una adecuada aplicación de los procedimientos propuestos por la estrategia AIEPI en la atención de la niña y el niño en la consulta, es necesario contar con una adecuada organización de la atención de manera tal que las madres, padres, responsables o cuidadores sean capaces de conocer los pasos a seguir.

Para planificar las actividades que mejorarán la organización de la atención en el servicio, tenga presente la descripción del mismo identificada en el diagnóstico. En tal sentido se debe de tener en cuenta lo siguiente:

- Señalización de los lugares de consulta e información.
- El diseño y la socialización del flujo de atención deben estar ubicados en un lugar visible: enumere los lugares a los que la madre debe acudir dentro del servicio para obtener la consulta, ser atendida y luego retirarse. Dibuje el recorrido.
- El personal del servicio debe estar disponible para orientar y ayudar a las madres en los procesos dentro del establecimiento.



B. Adecuación del sistema de referencia y contrarreferencia

Atender a los recién nacidos, las niñas y los niños aplicando los procedimientos propuestos por la estrategia AIEPI implica que algunos de ellos sean referidos para su evaluación y tratamiento en servicios de salud de mayor complejidad. En caso de que esta derivación implique el cambio de establecimiento, se debe contar con una red que asegure el traslado del niño y su adecuada recepción en el lugar al que sea referido.

Una vez que los niños referidos a un establecimiento de mayor complejidad superan la etapa más aguda de su enfermedad, son reintegrados a su lugar de origen, siendo necesario que el servicio de salud realice un seguimiento de su tratamiento y vigile su evolución. El traslado de pacientes entre un establecimiento y otro, y su regreso al lugar desde el que fueron referidos, implica que debe existir un sistema de referencia y contrarreferencia.

ADECUAR EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA IMPLICA:

- Establecer un libro de referencias y contrarreferencias, incluyendo las de los agentes comunitarios de salud (ACS).
- Elaborar con el equipo de trabajo local un esquema de solución para cada uno de los puntos críticos identificados.
- Discutir con los directores o gerentes de los establecimientos de la red las soluciones propuestas.
- Presentar al personal de salud el esquema de soluciones y analizar las posibilidades de su cumplimiento (análisis de factibilidad).
- Implementar las soluciones y vigilar su cumplimiento.

2.2 Provisión de suministros

Para lograr que la población tenga acceso efectivo a la estrategia AIEPI se debe elaborar una lista de todos los suministros necesarios para su implementación, y organizar el aprovisionamiento para garantizar que estén disponibles en la cantidad, el momento y el lugar oportuno.

La planificación de la provisión de suministros incluye varios pasos:

- La definición del tipo de suministros necesarios para realizar cada actividad, y del nivel en el que se utilizará cada uno.
- El cálculo de las cantidades necesarias de cada uno de esos suministros, incluyendo la estimación de la cantidad mínima que siempre debe estar disponible con el fin de evitar el desabastecimiento.
- La definición de los mecanismos para la obtención y distribución de los medicamentos e insumos en los sitios en que se utilizarán.
- El diseño y la aplicación de mecanismos para el control de las existencias y de su uso.



Definición de medicamentos e insumos necesarios para la atención

Basados en la información recolectada en las tablas 5-A y 5-B, determine los medicamentos y otros insumos necesarios para la evaluación, clasificación y tratamiento de los niños menores de 5 años en los establecimientos de salud del área. Para esta etapa es necesario tener en cuenta los cuadros de procedimientos y las normas técnicas de atención a los menores de 5 años de cada país.

Cálculo de las cantidades de los medicamentos y otros insumos

1. Suministro de medicamentos:

A continuación se presenta una descripción de cada uno de los pasos necesarios para realizar el cálculo de los medicamentos necesarios, acompañada de un ejemplo para la estimación de casos de IRA, EDA, malaria, desnutrición, anemia, parasitosis, problemas de oído, y el cálculo de los medicamentos necesarios para cada 100.000 habitantes.

- Estimar el número de casos que ocurrirán en una población y calcular las necesidades de medicamentos de acuerdo a la clasificación. Este número se calcula con base en la incidencia estimada de cada enfermedad en la población menor de 5 años (tabla 13).

Número de casos a los que se dará tratamiento

El número de casos que recibirá tratamiento dependerá de las variables de “acceso” y “uso”.

Acceso: Debe entenderse como acceso a la población alrededor del área de influencia del establecimiento de salud. Debe contar con por lo menos una persona de salud capacitada en el manejo estándar de casos de AIEPI, disponer de los medicamentos que se requieren y recibir por lo menos una visita de supervisión cada seis meses. En el ejemplo que se presenta, el acceso fue estimado en un 60% de la población.

Según el concepto de “acceso” el número de casos de neumonía, diarrea, fiebre, desnutrición, anemia, parasitosis, malaria, con el manejo estándar, se calcula de la siguiente forma:

Población menor de 5 años	x 0,60	Niños/as con acceso al manejo estándar de casos
---------------------------	--------	---

Uso: El uso del manejo estándar expresa qué proporción de la población que tiene acceso lo utiliza realmente los servicios. Si este uso es bajo, significa que la población no utiliza adecuadamente los establecimientos de salud, y en contraste, utiliza tratamientos case-ros o de practicantes tradicionales para la atención de los niños enfermos, o no utiliza ningún tratamiento o no reconoce su enfermedad. En el ejemplo, se estimó que la proporción de población que usaría el manejo estándar es el 50%.

En función de este concepto de “uso”, el número de casos de neumonía y diarrea que serán atendidos efectivamente en los establecimientos de salud será:

Nº de casos con acceso al manejo estándar	x 0,50	Manejo estándar
---	--------	-----------------



Tabla 16-A. Incidencias estimadas para el cálculo de casos en la población menor de 5 años en países en desarrollo (ejemplo)

Poblaciones y casos	Incidencia estimada	Casos estimados en niños menores de 5 años de edad
Población menor de 5 años	x 0,10	Casos de neumonía estimados
Casos de neumonía estimados	x 0,10	Casos de posible infección bacteriana (neumonía grave) en menores de 2 meses
	x 0,90	Casos de neumonía en niños de 2 meses a 4 años de edad
Población menor de 5 años	x 1,5	Casos de diarrea estimados
Casos de diarrea	x 0,80	Diarrea aguda
	x 0,10	Disentería
	x 0,10	Diarrea persistente
Población menor de 5 años	x 0,40	Casos de fiebre
<u>Malaria (alto riesgo)</u>		
Niños con fiebre	x 0,10	Casos de enfermedad febril muy grave casos de malaria
	x 0,90	
<u>Malaria (bajo riesgo)</u>		
Niños con fiebre	x 0,05	Casos de enfermedad febril muy grave
	x 0,10	Casos de malaria
	x 0,85	Fiebre por malaria poco probable
Población menor de 5 años	x 0,25	Casos de infección de oído
	x 0,01	Mastoiditis
Casos de infección de oído	x 0,09	Casos de infección crónica del oído
	x 0,90	Casos de infección aguda del oído
Población menor de 5 años	x 0,30	Casos con desnutrición, anemia o peso muy bajo
		Casos de desnutrición grave
Casos con desnutrición grave: Anemia o peso muy bajo	x 0,10	Casos de anemia grave
	x 0,10	Casos de anemia
	x 0,40	Casos de peso muy bajo
	x 0,40	
Población menor de 5 años	x 0,60	Nº de niños de 2 a 5 años
Nº de niños de 2 a 5 años	x 0,50	Casos de parasitosis (áreas de alta incidencia)
Población menor de 5 años	x 0,20	Nº de niños con fiebre alta, dolor de oído o de garganta
Población menor de 5 años	x 0,10	Casos de neumonía estimados
Casos de neumonía estimados	x 0,10	Casos de posible infección bacteriana (neumonía grave) en menores de 2 meses
	x 0,90	Casos de neumonía en niños de 2 meses a 4 años de edad
Población menor de 5 años	x 1,5	Casos de diarrea estimados
Casos de diarrea	x 0,80	Diarrea aguda
	x 0,10	Disentería
	x 0,10	Diarrea persistente

continúa



Tabla 16-A. (continúa)

Poblaciones y casos	Incidencia estimada	Casos estimados, en niños menores de 5 años de edad
Población menor de 5 años	x 0,40	Casos de fiebre
Malaria (alto riesgo)	x 0,10	Casos de enfermedad febril muy grave
Niños con fiebre:	x 0,90	Casos de malaria
Malaria (bajo riesgo)	x 0,05	Casos de enfermedad febril muy grave
Niños con fiebre	x 0,10	Casos de malaria
	x 0,85	Fiebre por malaria poco probable
Población menor de 5 años	x 0,25	Casos de infección de oído
	x 0,01	Mastoiditis
Casos de infección de oído	x 0,09	Casos de infección crónica del oído
	x 0,90	Casos de infección aguda del oído
Población menor de 5 años	x 0,30	Casos con desnutrición, anemia o peso muy bajo
		Casos de desnutrición grave
Casos con desnutrición grave, anemia o peso muy bajo	x 0,10	Casos de anemia grave
	x 0,10	Casos de anemia
	x 0,40	Casos de peso muy bajo
	x 0,40	
Población menor de 5 años	x 0,60	Nº de niños de 2 a 5 años
	x 0,50	Casos de parasitosis (áreas de alta incidencia)
Nº de niños de 2 a 5 años		
Población menor de 5 años	x 0,20	Nº de niños con fiebre alta, dolor de oído o de garganta

Clasificar los casos a los que se les dará tratamiento

La necesidad de clasificar los casos está dada en función de las diferencias existentes en los tratamientos según la clasificación. Para realizar esta clasificación se trabajará con cada una de las patologías por separado. En general y para todas las patologías se sugiere colocar que cuando se dispone de datos de morbilidad, se promediaran los últimos años (tendencia). Estas tablas se ofrecen cuando no se cuenta con estos datos.

Para estimar los casos de neumonía según la clasificación, se debe conocer la cantidad de casos de neumonía que ocurren en niños menores de 2 meses y en niños de 2 meses a 4 años. Esta información es difícil de obtener por lo que se utilizaron las **estimaciones** presentadas a continuación:

El 90% de las neumonías ocurren en niños de 2 meses a 4 años y el 10% restante en niños menores de 2 meses.

Según esta información el número de casos de neumonía por edad se calcula como sigue:

Tabla 16-B. Incidencias estimadas para el cálculo de casos de neumonía por edad (ejemplo)

Población total	x 0,15	Población menor de 5 años
Población menor de 5 años	x 0,60	Población menor de 5 años con acceso
	x 0,50	Población menor de 5 años que consultará en servicios de salud (uso)
Población menor de 5 años que consultará en servicios de salud (uso)	x 0,10	Casos de enfermedad muy grave o neumonía en menores de 5 años
Casos de enfermedad muy grave o neumonía en menores de 5 años	x 0,10	Casos de posible infección bacteriana grave en menores de 2 meses
	x 0,90	Casos de neumonía en niños de 2 meses a 4 años



En niños menores de 2 meses todos los casos de neumonía se consideran graves y requieren hospitalización. NO es recomendable su tratamiento ambulatorio.

Tabla 16-C. Incidencias estimadas para el cálculo de casos de neumonía en menores de 2 meses (ejemplo)

Casos de posible infección bacteriana grave en menores de 2 meses:	x 1,00	Casos de posible infección bacteriana o neumonía grave, que recibirán tratamiento hospitalario
--	--------	--

Para estimar el número de casos que requieren hospitalización en niñas y niños de 2 meses a 4 años, se debe conocer qué cantidad de estos corresponden a enfermedad muy grave o neumonía. En el ejemplo se sugiere realizar el cálculo de casos de enfermedad muy grave o neumonía sobre el 15% del total de casos de neumonía, y los casos de neumonía (no grave), sobre el 85%. En este caso, se tendrá en cuenta que es probable que el 10% de los casos de enfermedad muy grave o neumonía grave serán tratados ambulatoriamente. Con base en estas **estimaciones**, el cálculo del número de casos de enfermedad muy grave o neumonía grave, y neumonía (no grave) se realiza de la siguiente manera:

Tabla 16-D. Incidencias estimadas para el cálculo de casos de enfermedad muy grave o neumonía (ejemplo)

Casos de neumonía en niños de 2 meses a 4 años	x 0,15	Casos de neumonía grave o enfermedad muy grave en niños de 2 meses a 4 años
Casos de neumonía grave o enfermedad muy grave en niños de 2 meses a 4 años	x 0,10 x 0,90	Casos de neumonía grave o enfermedad muy grave tratados ambulatoriamente Casos de neumonía grave o enfermedad muy grave tratados hospitalariamente
Casos de neumonía en niños de 2 meses a 4 años	x 0,85	Casos de neumonía tratados ambulatoriamente

Para **estimar** el número de casos de diarrea que ocurren en la población infantil, en el ejemplo se estima que el 80% de los casos de diarrea será aguda, mientras que el 20% restante serán casos de disentería (10%) y de diarrea persistente (10%).

A su vez, de los casos de diarrea aguda el 3% tendrá deshidratación grave con *shock* (Plan C), el 17% presentará diarrea con algún grado de deshidratación (Plan B) y el 80% tendrá diarrea sin deshidratación (Plan A).

Tabla 16-E. Incidencias estimadas para el cálculo de casos de diarrea (ejemplo)

Población total	x 0,15	Población menor de 5 años
Población menor de 5 años	x 0,60	Población menor de 5 años con acceso
Población menor de 5 años con acceso	x 0,50	Población menor de 5 años que consultará en servicios de salud (uso)
Población menor de 5 años que consultará en servicios de salud (uso)	x 1,50	Casos de diarrea en niños
Población total	x 0,80	Casos de diarrea aguda
Casos de diarrea aguda	x 0,03 x 0,17 x 0,80	Casos de diarrea aguda con deshidratación grave con shock Casos de diarrea aguda con algún grado de deshidratación Casos de diarrea aguda sin deshidratación
Casos de diarrea en niños	x 0,10	Casos de disentería
Casos de diarrea en niños	x 0,10	Casos de diarrea persistente



Para **estimar** los casos de malaria entre los niños con fiebre es necesario definir en primer lugar si el distrito o región referida corresponde a un área de alto o bajo riesgo de malaria. Luego, con base en la población de menores de 5 años con acceso y uso de los servicios de salud, se realizarán cálculos estimativos de la incidencia de fiebre y malaria en base en los siguientes parámetros:

Tabla 16-F. Incidencias estimadas para el cálculo de casos de malaria (ejemplo)

Población total	x 0,15	Población menor de 5 años
Población menor de 5 años	x 0,60	Población menor de 5 años con acceso
	x 0,50	Población menor de 5 años que consultará en servicios de salud (uso)
Población menor de 5 años que consultará en servicios de salud (uso)	x 0,40	Población menor de 5 años con fiebre
Áreas de alto riesgo	x 0,10	Enfermedad febril muy grave
Población menor de 5 años con fiebre	x 0,90	Casos de malaria
Áreas de bajo riesgo	x 0,05	Enfermedad febril muy grave
Población menor de 5 años con fiebre	x 0,10	Casos de malaria
	x 0,85	Fiebre por malaria poco probable

Para los problemas de oído, la **estimación** de casos se realizará con los siguientes porcentajes de incidencia estimada para la población de menores de 5 años.

Tabla 16-G. Incidencias estimadas para el cálculo de casos de problemas de oído (ejemplo)

Población total	x 0,15	Población menor de 5 años
Población menor de 5 años	x 0,60	Población menor de 5 años con acceso
Población menor de 5 años con acceso	x 0,50	Población menor de 5 años que consultará en servicios de salud (uso)
Población menor de 5 años que consultará en servicios de salud (uso)	x 0,25	Casos de infección de oído
Población menor de 5 años que consultará en servicios de salud (uso)	x 0,01	Casos de mastoiditis
	x 0,09	Casos de infección crónica del oído
	x 0,90	Casos de infección aguda del oído

Para la **estimación** de casos de desnutrición grave, anemia grave, anemia y muy bajo peso se utilizarán los siguientes porcentajes de incidencia estimados para la población de menores de 5 años con acceso y uso de los servicios de salud. En lo que respecta al sarampión, no se ha realizado ninguna estimación en razón de que esta enfermedad se encuentra controlada en la mayoría de los países en desarrollo.

Tabla 16-H. Incidencias estimadas para el cálculo de casos de desnutrición grave, anemia grave, anemia y muy bajo peso (ejemplo)

Población total	x 0,15	Población menor de 5 años
Población menor de 5 años	x 0,60	Población menor de 5 años con acceso
Población menor de 5 años con acceso	x 0,50	Población menor de 5 años que consultará en servicios de salud (uso)
Población menor de 5 años que consultará en servicios de salud (uso)	x 0,30	Población menor de 5 años con desnutrición, anemia o muy bajo peso
Población menor de 5 años con desnutrición, anemia o peso muy bajo	x 0,10	Casos de desnutrición grave
	x 0,10	Casos de anemia grave
	x 0,40	Casos de anemia
	x 0,40	Casos de peso muy bajo



Para helmintiasis o *trichuriasis*, la tabla de cálculo propuesta es la siguiente:

Tabla 16-I. Incidencias estimadas para el cálculo de casos de helmintiasis o *trichuriasis* (ejemplo)

Población total	x 0,15	Población menor de 5 años
Población menor de 5 años	x 0,60	Población menor de 5 años con acceso
Población menor de 5 años con acceso	x 0,50	Población menor de 5 años que consultará en servicios de salud (uso)
Población menor de 5 años que consultará en servicios de salud (uso)	x 0,80*	Casos de parasitosis de 2 a 4 años de edad
Casos de parasitosis de 2 a 4 años de edad	x 1,00	Población de niños de 2 a 4 años de edad que recibirá tratamiento antiparasitario

Programación de los requerimientos de suministros

Siga los pasos analizados en la sección sobre la planificación de la provisión de medicamentos necesarios para la aplicación de la estrategia AIEPI:

1. Elaborar la lista de los suministros y medicamentos necesarios.
2. Calcular las necesidades de medicamentos y otros suministros.
3. Verificar la gestión adecuada de los medicamentos y, en caso contrario, programar o coordinar una capacitación sobre el tema.
4. Coordinar la obtención de los medicamentos con sus proveedores habituales.
5. Programar la distribución para asegurar que todos los servicios contarán con los medicamentos en forma permanente.
6. Establecer un mecanismo de control para verificar la disponibilidad continua de los medicamentos.

Para realizar la planificación específica de actividades a ser llevadas a cabo en su área de trabajo, calcule el número **estimado** de casos de neumonía, enfermedades diarreicas (aguda, disentería y persistente), fiebre (malaria), problemas de infección de oídos, desnutrición grave, anemia grave, anemia, peso muy bajo, fiebre alta, y parasitosis que requerirán tratamiento.

Utilice los datos de su área o región para elaborar cada una de las tablas (si no tiene datos propios, puede utilizar los de algún compañero de una región similar a la suya). Los datos básicos que necesita para realizar este ejercicio son: la población total y la de los niños menores de 5 años. Además, sería muy conveniente contar con información de las incidencias de cada enfermedad en su comunidad. De todas maneras, será muy improbable que usted cuente con toda esta información, por lo que si no tiene algún dato, utilice los datos del ejemplo dado en la sección que trata sobre la provisión de suministros.

Calcule el número de unidades (comprimidos, frascos de suspensión, ampollas, etc.) que serán necesarios para el tratamiento y su costo.

A partir de la información de las tablas anteriores se deberá **estimar** la cantidad de cada unidad de medicamentos que es necesaria para tratar los casos esperados. Para esto, y en función de los medicamentos seleccionados para el tratamiento, éstas se pueden estimar.



También se puede establecer el costo de las cantidades de medicamentos necesarios para el tratamiento. Si no cuenta con datos sobre el costo de cada unidad de medicamento, utilice la información que se le brinda en el **ejemplo** de la sección de suministros o en el ejercicio. En la tabla se presenta un modelo para realizar esta estimación.

A continuación, utilizando la tabla 17 y datos reales, el equipo de salud debe programar los insumos para tratar la neumonía:

Tabla 17-A. Estimación de casos de neumonía que requerirían tratamiento (ejemplo)

Área: _____ Año: _____

	Porcentaje estimado	Fórmula	Total
Número de casos de neumonía que ocurrirán en la población			
a. Población total			
b. Población menor de 5 años	15%	A x 0,15	
c. Casos de neumonía estimados	10%	B x 0,10	
Número de casos de neumonía que tendrán acceso y que harán uso de la estrategia			
d. Casos de neumonía con acceso al manejo estándar (acceso)	60%	C x 0,60	
e. Casos de neumonía con acceso que recibirán efectivamente el manejo estándar (uso)	50%	D x 0,50	
Número de casos de neumonía que harán uso, según edad y gravedad de la neumonía			
f. Casos de posible infección o neumonía grave en menores de 2 meses	10%	E x 0,10	
1. Que recibirán tratamiento hospitalario	90%	F x 0,90	
2. Que recibirán tratamiento ambulatorio	10%	F x 0,10	
g. Casos de neumonía (total) en niños menores de 2 meses a 4 años	90%	E x 0,90	
1. Casos de enfermedad muy grave o neumonía grave	15%	G x 0,15	
1.1 Que recibirán tratamiento hospitalario	90%	G.1 x 0,90	
1.2 Que recibirán tratamiento ambulatorio	10%	G.1 x 0,10	
2. Casos de neumonía	85%	G x 0,85	

Tabla 17-B. Estimación de cálculo del costo total de tratamiento de la neumonía

Medicamentos	Nº casos	Necesidad por caso	Total	Porcentaje pérdida (20%)	Costo unitario	Costo total
Cotrimoxazol suspensión (frasco)	1				1,00	
Penicilina sódica (1000000 U.I.) (frasco)	7				0,123	
Gentamicina pediátrica (20 mg) (ampolla)	14				0,08	
Cloranfenicol (1 gr.) (frasco o ampolla)	7				0,358	

Los medicamentos serán adaptados a las pautas nacionales existentes.

Costo total en dólares. El costo total **estimado** debe reajustarse a los precios actuales.



Cuando se dispone de información de morbilidad, se aplica el % o la proporción por tendencia; esto resarce el factor de corrección por ocurrencia, diferencias geográficas y ambientales. A continuación, utilizando la tabla 18 y datos reales, el equipo de salud debe programar los insumos para tratar casos de diarrea:

Tabla 18-A. Estimación de casos de diarrea que requerirían tratamiento (ejemplo)

Área: _____ Año: _____

	Porcentaje estimado	Fórmula (N° x %)	Totales
Número de casos de diarrea que ocurrirán en la población			
a. Población total	15%	A x 0,15	
b. Población menor de 5 años	15%	B x 1,5	
c. Casos de diarrea estimados			
Número de casos de diarrea que tendrán acceso y que harán uso de la estrategia			
d. Casos de diarrea que tendrán acceso al manejo estándar de casos (acceso)	60%	C x 0,60	
e. Casos de diarrea que recibirán efectivamente el manejo estándar (uso)	50%	D x 0,50	
Número de casos de diarrea que harán uso, según edad, tipo y grado de la diarrea			
f. Casos de diarrea aguda	80%	E x 0,80	
i. Casos de diarrea aguda con deshidratación y shock (Plan C)	3%	F x 0,03	
ii. Casos de diarrea aguda con algún grado de deshidratación (Plan B)	17%	F x 0,17	
iii. Casos de diarrea aguda sin deshidratación (Plan A)	70%	F x 0,70	
g. Casos de disentería	10%	E x 0,10	
h. Casos de diarrea persistente	10%	E x 0,10	

Tabla 18-B. Cálculo del costo total de tratamiento de la diarrea

Medicamentos	N° casos	Necesidad por caso	Total	Porcentaje pérdida (20%)	Costo unitario	Costo total
Cotrimoxazol suspensión (frasco)		1			1,00	
Sales de rehidratación oral (Plan A)		2			0,20	
Sales de rehidratación oral (Plan B)		4			0,20	
Solución de ringer Lactato (500 ml)		2			2,00	

Costo total en dólares. El costo total **estimado** debe reajustarse a los precios actuales.



A continuación, utilizando la tabla 19 y datos reales, el equipo de salud debe programar los insumos para problemas de oído:

Tabla 19-A. Estimación de casos de problema de oídos que requieren tratamiento (ejemplo)

	Porcentaje estimado	Fórmula (N° x %)	Totales
Número de casos de problema de oído que ocurrirán en la población			
a. Población total			
b. Población menor de 5 años	15%	A x 0,15	
c. Casos de infección de oído estimados	25%	B x 0,25	
Número de casos de infección de oído que tendrán acceso y harán uso de la estrategia			
d. Casos de infección de oído que tendrán acceso al manejo estándar (acceso)	60%	C x 0,60	
e. Casos de infección de oído con acceso que recibirán efectivamente el manejo estándar (uso)	50%	D x 0,50	
Número de casos de infección de oído que harán uso, según tipo			
f. Mastoiditis	10%	E x 0,10	
g. Casos de infección crónica del oído	9%	E x 0,09	
h. Casos de infección aguda del oído	90%	E x 0,90	

Tabla 19-B. Cálculo del costo total de tratamiento de problemas del oído

Medicamentos	N° casos	Necesidad por caso	Total	Porcentaje pérdida (20%)	Costo unitario	Costo total
Cotrimoxazol suspensión (frasco)		2			1,00	
Cloranfenicol frasco ampolla (1 gramo)		1			0,358	

El costo total **estimado** debe reajustarse a los precios actuales.

En la tabla 20 y con datos reales, estime los suministros necesarios para el manejo de fiebre (malaria, en zonas de alto y bajo riesgo):

Tabla 20-A. Estimación de casos de fiebre (malaria) que requieren tratamiento (ejemplo)

	Porcentaje estimado	Fórmula (N° x %)	Total
a. Población total			
b. Población menor de 5 años	15%	A x 0,15	
c. Número estimado de niños con fiebre	40%	B x 0,40	
Número de niños con fiebre que tendrán acceso y harán uso de la estrategia			
d. Número de niños con fiebre que tendrán acceso al manejo estándar	60%	C x 0,60	
e. Número de niños con fiebre que recibirán tratamiento (uso)	50%	D x 0,50	
Áreas de alto riesgo de malaria			
f. Casos de enfermedad febril muy grave	10%	E x 0,10	
g. Casos de malaria	90%	E x 0,90	
Áreas de bajo riesgo de malaria			
h. Casos de enfermedad febril muy grave	5%	E x 0,05	
i. Casos de malaria	10%	E x 0,10	
j. Fiebre por malaria poco probable	85%	E x 0,85	



**Tabla 20-B. Cálculo del costo total de tratamiento de la malaria
Área de alto riesgo**

Medicamentos	N° casos	Necesidad por caso	Total	Porcentaje pérdida (20%)	Costo unitario	Costo total
Quinina ampollas de 150 mg.		1			1,00	
Cloroquina comprimidos de 100 mg.		4			0,01	

**Tabla 20-C. Cálculo del costo total de tratamiento de la malaria
Área de bajo riesgo de malaria**

Medicamentos	N° casos	Necesidad por caso	Total	Porcentaje pérdida (20%)	Costo unitario	Costo total
Quinina ampollas de 150 mg.		1			1,00	
Cloroquina comprimidos de 100 mg.		4			0,01	

El costo total **estimado** debe reajustarse a los precios actuales.

En la tabla 21-A y con datos reales, estime los suministros necesarios para el manejo de desnutrición grave, anemia grave y sarampión.

Tabla 21-A. Estimación de casos de desnutrición grave, anemia grave y sarampión que requieren tratamiento (ejemplo)

Área: _____ Año: _____

	Porcentaje estimado	Fórmula (N° x %)	Total
a. Población total			
b. Población menor de 5 años	15%	A x 0,15	
c. Número estimado de niños con desnutrición, anemia o peso muy bajo	30%	B x 0,30	
Número de niños con desnutrición, anemia o peso muy bajo que tendrán acceso y harán uso de la estrategia			
d. Número de niños que tendrán acceso al manejo estándar	60%	C x 0,60	
e. Número de niños con fiebre que recibirán tratamiento (uso)	50%	E x 0,10	
Número de niños que recibirán tratamiento			
f. Casos de desnutrición grave	10%	E x 0,10	
g. Casos de anemia grave	10%	E x 0,10	
h. Casos de sarampión	0%		
i. Casos de anemia	40%	E x 0,40	
j. Casos de malaria	40%	E x 0,40	
k. Fiebre por malaria poco probable	85%	E x 0,85	



Tabla 21-B. Cálculo del costo total de suplementación con Vitamina A (ejemplo)

Grupo de riesgo	Número de beneficios (a)	Dosis (b)	# de dosis al año (c)	Total de dosis (d)	Perdidas 20% (e)	# total de cápsulas (f)	Costo unitario estimado US\$	Costo total US\$
< 6 meses		50.000 UI	1				0,02	
6 a 24 meses		100.000 UI	1				0,02	
2 a 5 años		200.000 UI	2				0,02	
Mujeres postparto*		200.000 UI	1				0,02	

Dentro de las ocho semanas del parto

Columna (d) = Columna (a) x Columna (c)

Columna (e) = Columna (d) x .02

Columna (f) = Columna (d) + Columna (e)

Tabla 21-C. Cálculo del costo total de la suplementación diaria con hierro y ácido fólico para la prevención de anemia* (ejemplo)

Grupo de riesgo	Número de beneficios (a)	Dosis diaria (b)	# de dosis al año (c)	Total de dosis (d)	Perdidas 20% (e)	# total de cápsulas (f)	Costo unitario estimado US\$	Costo total US\$
< 2 años		2-3 mg/kilo de peso	365				0,02	
2 a 5 años		20-30 mg	365				0,02	
6 a 11 años		30-60 mg	2				0,02	
Mujeres postparto*		60 mg	1				0,02	
Mujeres embarazadas		60 mg						

Dentro de las ocho semanas del parto

Columna (d) = Columna (a) x Columna (c)

Columna (e) = Columna (d) x .02

Columna (f) = Columna (d) + Columna (e)

El costo total **estimado** debe reajustarse a los precios actuales.



A continuación, deberá programar los suministros necesarios para su localidad, utilizando datos reales y colocándolos en la tabla 22-A.

Tabla 22-A. Estimación de casos de parasitosis que requieren tratamiento (ejemplo)

Área: _____ Año: _____

	Porcentaje estimado	Fórmula (N° x %)	Total
a. Población total			
b. Población menor de 5 años	15%	A x 0,15	
c. Número estimado de niños de 2 a 5 años de edad	60%	B x 0,60	
d. Número estimado de niños de 2 a 5 años con parasitosis	80%		
Número de niños de 2 a 5 años con parasitosis que tendrán acceso y harán uso de la estrategia	60%	C x 0,60	
e. Número de niños que tendrán acceso al manejo estándar	60%	D x 0,60	
f. Número de niños que recibirán tratamiento (uso)	50%	D x 0,50	
Número de niños que recibirán tratamiento	10%	E x 0,10	
g. Número de niños de 2 a 5 años (incluye niños de alta prevalencia de parasitosis y niños que no recibieron tratamiento en los últimos seis meses)	100%	E x 1	

Tabla 22-B. Estimación del costo total de tratamiento de la parasitosis (niños de 2 a 4 años de edad) (ejemplo)

Medicamentos	N° casos	Necesidad por caso	Total	Porcentaje pérdida (20%)	Costo unitario	Costo total
Mebendazol tabletas de 500 mg		2			0,25	

Costo total en dólares. El costo total **estimado** debe reajustarse a los precios actuales.

Estimación de los costos

Sobre la base de la cantidad de casos **estimados** en el punto anterior de cada patología, se debe calcular la cantidad de medicamentos que serán necesarios para el tratamiento. Para esto es necesario definir qué medicamentos se utilizarán para cada caso y la dosificación necesaria. Además del cálculo de medicamentos para los casos estimados, se deberá establecer un porcentaje adicional por pérdida, que se agregará a la cantidad total de medicamentos. Este porcentaje es variable y difícil de precisar por las diferencias existentes entre establecimientos de salud, y en general se considera entre el 10 y el 30% del total de los medicamentos calculados.

En la tabla 23 se presenta un modelo de cálculo de costos de los medicamentos necesarios para tratar los casos estimados del siguiente ejemplo, para una población de 100.000 habitantes.

- Menores de 2 meses: para el tratamiento de infección bacteriana grave utilice penicilina cristalina y gentamicina.
- Niños de 2 meses a 4 años: para la neumonía grave: cloranfenicol; para neumonía ambulatoria, disentería y tratamiento de infección de oído: clotrimaxol; para diarrea: sales de rehidratación oral; para malaria: quinina y cloroquina. Se realiza el cálculo de vitamina A, hierro y mebendazol para los casos específicos. En el **ejemplo** se utiliza el 20% como estimación de la cantidad que se debe adicionar por pérdidas.



Tabla 23. Cálculo del costo total del tratamiento (ejemplo)

Medicamentos	N° casos	Necesidad por caso	Total	Porcentaje pérdida (20%)	Costo unitario	Costo total
Cotrimoxazol suspensión (frasco)	344	1	344	413	1,00	413
Cotrimoxazol suspensión (frasco)	675	1	675	810	1,00	810
Cotrimoxazol suspensión (frasco)	1013	2	2026	2431	1,00	2431
Penicilina sódica (1000000 U.I.) (frasco)	45	7	315	378	0,123	46
Gentamicina pediátrica (20 mg) (ampolla)	45	14	1630	756	0,08	60
Cloranfenicol (1 gramo) (frasco o ampolla)	61	7	427	512	0,358	183
Ampolla cloranfenicol (1 gramo) (ampolla)	11	1	11	13	0,358	5
Sales de rehidratación oral (SRO)	4320	2	8640	10368	0,20	2074
Sales de rehidratación oral (SRO)	1080	4	4320	5784	0,20	1037
Solución de ringer lactato (500 ml)	162	2	324	389	2,00	778
Quinina, ampollas de 150 mg. (*)	180	1	180	216	1,00	216
Cloroquina, comprimidos de 100 mg (*)	1620	4	6480	7776	0,01	78
Vitamina A, cápsulas de 50000 U.I.	270	4	1080	1296	0,02	26
Hierro en jarabe (frasco)	675	2	1350	1620	1,00	1620
Mebendazol, tabletas de 500 mg.	2160	2	4320	5184	0,25	1296
Paracetamol, comprimidos de 100 mg	900	10	9000	10800	0,10	1080

Costo total en dólares. El costo total **estimado** debe reajustarse a los precios actuales.

(*) Alto riesgo de malaria

Supervisión

El objetivo principal de la supervisión de los servicios de salud es verificar que posean las condiciones para que la atención a los niños y la aplicación de la estrategia sean adecuadas. Esta verificación permitirá identificar los problemas que entorpecen la labor del personal de salud que aplica la estrategia, y suministrará la información necesaria para analizar en conjunto las posibles alternativas para superarlos.

Definición de los aspectos a supervisar

La supervisión de los servicios deberá incluir la revisión de algunos aspectos esenciales para la aplicación de la estrategia, y la verificación de que se cumplan las recomendaciones preparadas para su organización, mencionados anteriormente.

En la tabla siguiente se presenta un esquema de los principales aspectos que deberán ser supervisados en los servicios de salud y en la gerencia, así como una sugerencia de las personas que deben ser entrevistadas para cumplir con este propósito.



Tabla 24. Principales aspectos que deberán ser supervisados en los servicios de salud, y personas que deben ser entrevistadas

Aspectos que deberán ser supervisados (1)	Personas que deben ser entrevistadas (2)
Espacios y equipos <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad de los espacios físicos adecuados para cada tarea de atención que se realiza (área de consulta, área de inmunización, sala de partos) - Disponibilidad de espacios y equipos adecuados para la atención del recién nacido - Disponibilidad de los equipos necesarios para la atención en el lugar donde se realiza cada tarea - Verificación del cumplimiento del plan realizado para la adecuación y mejoramiento del espacio y de los equipos (si se elaboró) 	<ul style="list-style-type: none"> - Gerentes - Directivos y administradores de los establecimientos
Consultorio y servicios de referencia <ul style="list-style-type: none"> - Continuidad de la atención y funcionamiento del consultorio durante el horario establecido - Disponibilidad de referencia para casos graves en un tiempo apropiado y en condiciones adecuadas - Equilibrio en la carga de pacientes por consultorio - Disponibilidad de servicios auxiliares de atención durante el horario de consultorio - Existencia de normas de referencia - Disponibilidad y/o funcionamiento de unidades de traslado de pacientes - Existencia de instrumentos de referencia adecuados, en uso y completos 	<ul style="list-style-type: none"> - Gerentes - Directores de establecimientos - Administradores - Médicos y/o personal de los servicios de salud que atienden a niños - Jefes o responsables de los servicios de emergencia de los establecimientos - Choferes de ambulancia y unidades de traslado
Organización de la atención <ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento de todas las tareas de atención incluidas en la estrategia AIEPI - Adecuada señalización para las madres y las personas encargadas del cuidado del niño - Conocimiento de las madres y de los responsables del cuidado del niño, de los pasos de la atención y del movimiento dentro del servicio - Información adecuada y disponible para los usuarios sobre el funcionamiento del servicio y el proceso de atención - Horarios de atención extensos y coordinados entre las distintas áreas para brindar atención integrada 	<ul style="list-style-type: none"> - Gerentes locales - Directores de los establecimientos - Administradores

Aspectos que deberán ser supervisados	Personas que deben ser entrevistadas
Sistema de manejo de información y calidad de los registros <ul style="list-style-type: none"> - Sistema de registro de pacientes individuales adecuados - Manejo y organización de historias clínicas y otros registros - Actualización y calidad de la información 	<ul style="list-style-type: none"> - Director de los establecimientos - Personal de estadística - Responsables de vigilancia epidemiológica
Suministros <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad continua de medicamentos y vacunas - Establecimiento de cantidades necesarias para cada insumo y medicamento - Existencia de un procedimiento estándar de pedido y envío - Almacenamiento adecuado de los medicamentos - Mecanismos para el control y actualización de stock 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsable de medicamentos del distrito o área - Responsable de medicamentos del servicio

2.3 Planificación de la supervisión

La planificación de la supervisión del personal de salud y de los servicios está muy ligada, por lo que es casi seguro que las supervisiones se realicen simultáneamente en los servicios y el personal de salud. Siguiendo los pasos analizados en la sesión sobre supervisión para garantizar la aplicación de la estrategia en el manejo de casos, planea la forma como llevará a cabo esta actividad en su lugar de trabajo (tablas 21A y 21B).



- Revisar o elaborar el instrumento de supervisión que se incorporará a la guía de supervisión de AIEPI.
- Recopilar los instrumentos disponibles en la actualidad.
- Revisar si incluyen los aspectos relevantes de la supervisión de AIEPI.
- Adaptar o elaborar el instrumento.
- Probar el instrumento.

Identificar a los supervisores de servicios en los niveles locales y regionales

Hacer un listado de las personas con funciones de supervisión en las áreas de implementación.

- Programar y realizar una capacitación para este personal.

Elaborar un cronograma de supervisión.

- Revisar las propuestas para la supervisión del personal de salud o coordinar la elaboración de un cronograma con el responsable de esta área.
- Proponer las fechas de supervisión, los lugares que se visitarán y los equipos supervisores.
- Establecer la meta de supervisión para el periodo del plan.

Defina las características de la supervisión

Con base en la información trabajada, complete la tabla 22a. Plantee las características de la supervisión: Qué aspectos va a supervisar, a quién va a supervisar, la metodología que empleará y el coordinador de cada actividad. Posteriormente debe definir quiénes están en condiciones de realizar la supervisión, listando las personas que pueden cumplir esta función y su estado de capacitación con respecto a la estrategia. Para esto se incluye la tabla 22b.

Organice y programe cuándo y con qué periodicidad se van a realizar las supervisiones durante el periodo programado

Tenga en cuenta el avance de las actividades y la periodicidad con que puede realizar la supervisión en cada semestre.

Fije las metas que espera alcanzar con relación a la supervisión

Una vez definida cada actividad de supervisión a realizar y la frecuencia necesaria, fije las metas en términos de personal de salud y establecimientos supervisados en el periodo de la programación.



Tabla 25-A. Programación de la supervisión: características de la supervisión

Área: _____ Año: _____

A quién va a supervisar	Qué aspectos va a supervisar	Qué metodología va a utilizar	Coordinador de la supervisión

Tabla 25-B. Programación de la supervisión: características de la supervisión

Área: _____ Año: _____

Nombre y apellido	Función	Capacitado en AIEPI	Capacitado en seguimiento

Observaciones: _____



2.4 Investigación

Definición de las actividades de investigación

Esta actividad está relacionada con la realización de estudios operativos prioritarios que permitan mejorar la implementación y reforzamiento de la estrategia en sus tres componentes. Estos estudios deberán ser programados en la localidad y con el personal del nivel operativo.

Existe un módulo con protocolos para las investigaciones operativas de AIEPI (OPS/OMS) que incluye líneas de investigación de interés:

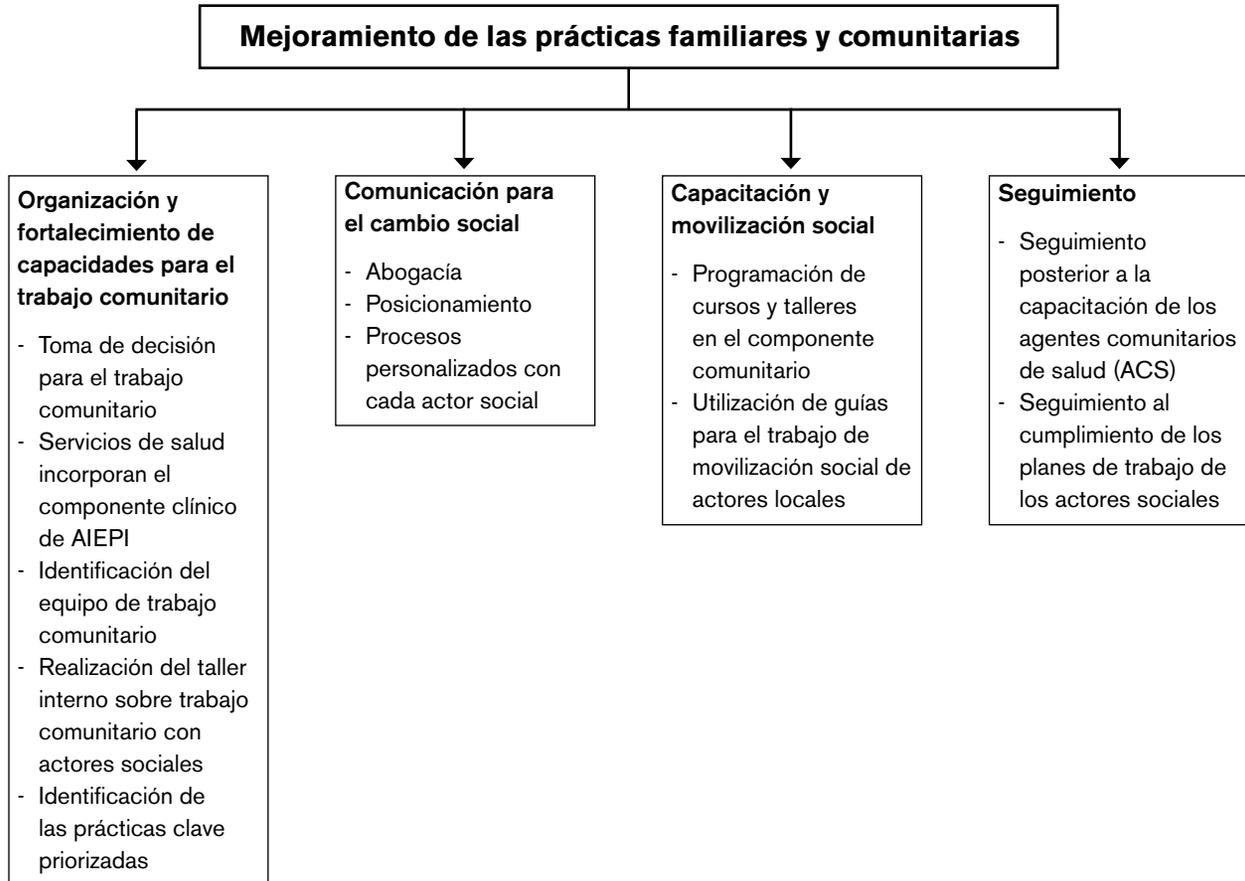
- Evaluación del impacto de la estrategia AIEPI en la salud de los niños: incluye la evaluación del impacto en la reducción de la mortalidad y la morbilidad debida a enfermedades incluidas en la estrategia de AIEPI.
- Evaluación de los resultados de la aplicación de la estrategia AIEPI: incluye la evaluación de la mejoría en la atención y el cuidado del niño gracias a la aplicación de la estrategia, principalmente a nivel del hogar*.
- Evaluación de la aplicación de la estrategia AIEPI: incluye la evaluación de la aplicación efectiva de la estrategia, principalmente a nivel de los servicios de salud, y su consiguiente efecto en la mejoría de la calidad de la atención.
- La calidad, oportunidad y eficiencia de la atención, entre cuyos objetivos está comprender los puntos críticos para superarlos.
- Demora en prestar la atención adecuada en todos los niveles del servicio, desde el acceso inicial hasta la consulta. Aquí también es necesario incluir la identificación de los puntos críticos. La madre es la primera persona en contactar estos servicios y, por lo general, acude a la asistencia de emergencia y a los consultorios.
- El uso de antibióticos para el tratamiento de los casos de IRA y diarrea.
- La tendencia a usar medicamentos inútiles para el tratamiento de IRA y diarrea. Los jarabes para la tos y los antidiarreicos son algunos de ellos.
- Una modificación en el perfil de la consulta y de la hospitalización de niños menores de 5 años, ya que, tomando como base el total de casos de niños que consultan o que son hospitalizados, se percibe lo siguiente: por una parte, ha disminuido el número y la proporción de casos de IRA y de diarrea que pueden ser tratados en el hogar o de manera ambulatoria; por otra parte, se ha incrementado la proporción de casos que requieren de atención de personal de salud, y la proporción de casos de niños que están gravemente enfermos.
- Investigaciones cualitativas con relación a las prácticas clave y desarrollo infantil.

* Estas investigaciones están relacionadas con el resultado de la implementación del Plan Operativo (PO).



3. Actividades del tercer componente: mejorar las prácticas familiares y comunitarias

Estas actividades se refieren a la organización y el fortalecimiento del servicio para el trabajo comunitario, a la comunicación para el cambio social, la capacitación y movilización y el seguimiento a los agentes ACS, así como a los planes de trabajo para los sectores sociales.



El componente comunitario de la estrategia AIEPI tiene como objetivo promover en la familia (madre, padre y cuidadores) y en la comunidad, la adopción de prácticas saludables que promuevan y cuiden la salud de la madre, el recién nacido y los menores de 5 años, que es además corresponsabilidad del Estado y la sociedad. El uso extendido de estas prácticas clave permitirá que las familias y comunidades mejoren las condiciones de salud y desarrollo de la gran mayoría de niños y niñas que no se han beneficiado hasta ahora de estos avances.

Comunidad

La comunidad es el medio ambiente físico y social en el que se desenvuelven las actividades vitales de la población en medio de procesos de socialización y relaciones interpersonales.

Los principales espacios de socialización desde la niñez son: la familia (con determinados conocimientos, prácticas, costumbres, situación económica); la escuela y la comunidad, con sus organizaciones, costumbres, cultura, tradiciones y usos en la vida y salud, tecnología de producción, relaciones económicas, servicios básicos, etc.



En los pequeños círculos de relación en los que se desenvuelven las niñas y los niños y en los más amplios como los grupos –clubes u organizaciones comunales que frecuentan los adultos– se reproducen los patrones culturales de la localidad construidos sobre la base de valores, conocimientos y prácticas.

La familia reproduce lo que aprenden y expresan sus miembros participando en la dinámica de la comunidad y comunicándose con los actores que intervienen en los procesos de socialización de la localidad.

Para motivar a las personas a adoptar nuevas actitudes o comportamientos, es necesario un proceso planificado de educación y comunicación interpersonal, grupal y comunitario, que intervenga espacios de socialización y promueva el diálogo entre los diversos protagonistas y el intercambio de información y comprensión de las prácticas clave con metodología problematizadora. El desarrollo de condiciones para su ejercicio y la valoración social de las prácticas clave reforzará su aplicación a nivel familiar.

Actores y redes sociales

Los actores sociales son grupos de personas y en circunstancias excepcionales sujetos individuales que conforman el Estado, entendido por éste el espacio social de articulación de los distintos grupos de actores sociales (*Testa salud pública: acerca de su sentido y significado*, Pub. Científica 540, OPS).

Los actores sociales por ser parte de la estructura y dinámica de la sociedad son los pilares sobre cuya acción descansa la sostenibilidad del esfuerzo colectivo para lograr la salud y el desarrollo de los niños de la localidad.

La forma de poder llegar a las familias es a través de la capacidad de los actores sociales y sus redes, conformadas por personas con un rol y función determinados y formalmente legitimados por la sociedad: profesores, líderes, pastores, personal de salud y ACS (promotores y parteras). Algunos actores cumplen funciones de atención de la salud y otros desarrollan principalmente actividades de promoción y prevención.

En este contexto, el alcalde, elegido para gobernar la localidad y ser el responsable de su desarrollo y bienestar, tiene una posición privilegiada para motivar e incentivar la concertación de esfuerzos e iniciativas por la salud, medio ambiente y entornos saludables, secundado en este esfuerzo por los trabajadores de salud y los agentes comunitarios de salud (ACS). Todos ellos tienen una relación importante con la población por su rol directamente ligado a su bienestar. En esta tarea coordinan con los dirigentes de las organizaciones de base, en las que se agrupa la población para resolver sus problemas y necesidades básicas. Un lugar importante en la comunidad lo ocupan el maestro, por la relación formadora de niños en edad escolar y sus familias, y la iglesia, por su cercanía a través de creencias, valores y costumbres, ingredientes que pueden significar una alta motivación. Los medios de comunicación también son parte de la dinámica de las familias e influyen en sus patrones de conducta y consumo. Se debe identificar e involucrar a otras instituciones públicas y privadas del ámbito local como aliadas clave, en favor de la salud de las niñas y los niños.



3.1 Organización y fortalecimiento de capacidades para el trabajo comunitario

La decisión del gerente de una red de servicios de salud del nivel local para iniciar o para fortalecer el trabajo comunitario, es la condición político estratégica más relevante para iniciar el proceso de involucramiento de los distintos actores sociales en su trabajo con las familias. Usualmente, el gerente (y el personal de salud en general) ya tiene experiencia de coordinación con algunas instituciones, pero casi siempre como “apoyo” a las acciones de salud. El salto cualitativo consiste en que para la formulación del PO, se debe aceptar conscientemente el trato igualitario en la toma de decisiones.

Identificación y conformación del equipo de trabajo comunitario

Una vez tomada la decisión de fortalecer el trabajo comunitario, se debe identificar y conformar el equipo de salud, que incluye al personal de salud con características y disposición para el trabajo comunitario, y los demás actores sociales del área de trabajo o localidad. Además, se debe contar con un facilitador o coordinador del equipo. También se sugiere contar con libro de actas para registrar y sistematizar las reuniones. Una ayuda importante es la *Guía del Coordinador Local AIEPI Comunitario* (Serie OPS/FCH/CA/04.2(3) E).

Realización del taller interno sobre trabajo comunitario con actores sociales

El objetivo de este taller es que el equipo de salud adquiera o incremente capacidades para reconocer otros actores sociales en su localidad, analizar el problema de salud de mujeres, niños y niñas y la situación de las prácticas clave familiares y comunitarias, así como la metodología de trabajo de cada actor social: gobierno local (alcalde), educación (profesores), organizaciones de base (líderes), ACS (promotores y parteras), iglesias (pastores), ONG y otras.

Priorización de las prácticas clave

Siendo el contenido del componente comunitario las prácticas clave, se hace necesario focalizar el trabajo con algunas de ellas (prácticas priorizadas), las mismas que deben guardar estrecha relación con el perfil epidemiológico local.

En un escenario ideal se debiera realizar la línea basal de las prácticas clave (*Guía para la Elaboración de Encuestas sobre Prácticas Clave*. Serie OPS/FCH/CA/04.4.E) y combinarlas con grupos focales, de tal manera que se pueda conocer su situación y la explicación causal de las mismas.

Cuando no sea posible obtener la línea basal de las prácticas, se sugiere priorizar las siguientes y realizar su línea basal.

- a) Alimentación: Lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria diversificada (prácticas 1, 2, 3 y 5).
- b) Afecto y amor relacionado a desarrollo infantil (práctica 4).
- c) Identificación de señales de peligro desde la madre, el recién nacido y el niño menor de 5 años (práctica 14).
- d) Cuidado de la mujer embarazada y atención del parto y del recién nacido (práctica 16).

Los resultados de la línea basal con respecto a las prácticas priorizadas deben expresarse como problemas, los que constituyen argumentos para la abogacía inicial a los actores sociales. Por ejemplo, en Cotahuma (Bolivia):



- Alrededor del 34% de los niños menores de 5 años se quedan en sus casas sin cuidado o son “cuidados” por menores de edad. De estos, el 9% son niños y niñas menores de 5 años, y el 25 % tienen menos de 12 (preguntas relacionadas a la práctica relacionada con el cuidado en el hogar).
- El 38% de los recién nacidos recibe lactancia materna después de la primera hora de vida, mientras que el 14% lo hace después de las ocho horas de vida (práctica lactancia materna).

3.2 Comunicación para el cambio social (CCS)

La comunicación para el cambio social es un proceso de diálogo y debate basado en la tolerancia, el respeto, la equidad, la justicia social y la participación activa de todos.

La comunicación para el cambio social posee cinco características esenciales:

[1] Participación comunitaria y apropiación

Sobran las experiencias de comunicación, en el contexto de los cambios sociales y del desarrollo, que han fracasado debido a la falta de participación y compromiso de los actores. Por esta razón en el contexto de la comunicación para el cambio social, los individuos, actores sociales y comunidad, tienen la posibilidad de decidir sus agendas e intervenciones, convirtiéndose de esta manera en agentes de su propio cambio.

[2] Lengua y pertinencia cultural

El proceso de comunicación no puede ignorar las particularidades de cada cultura y de cada lengua—por el contrario, debe apoyarse en ellas para legitimarse. La interacción cultural, es decir, los intercambios entre lenguas y culturas, son saludables cuando tienen lugar en un marco de equidad y respeto, a través del diálogo crítico, el debate de ideas, y la solidaridad.

[3] Generación de contenidos locales

La CCS fortalece el saber comunitario y promueve el intercambio de conocimientos en condiciones equitativas; el aprendizaje a través del diálogo, como un proceso de crecimiento conjunto. En la CCS es fundamental la generación de contenidos propios, que rescaten el saber acumulado a través de generaciones.

[4] Uso de tecnología apropiada

La comunicación para el cambio social promueve los procesos, no los instrumentos. El uso de la tecnología debe dimensionarse de acuerdo a las necesidades de cada proceso comunicacional. La capacidad de apropiación que desarrollen los actores involucrados define, en cada etapa del proceso, las características de la tecnología que debe usarse.

[5] Convergencias y redes

La CCS promueve el diálogo y el debate, no solamente en el interior del proceso de comunicación, sino hacia otros procesos similares. La constitución de redes contribuye a consolidar los procesos, y el intercambio los enriquece (Alfonso Gumucio Dagrón).

Abogacía

Alcanzar el compromiso político de líderes y autoridades de salud, así como el de los individuos y/o grupos organizados (incidencia política) es fundamental para el avance de cualquier estrategia en el ámbito local. La abogacía se puede abordar en dos niveles; desde el nivel personal, que se presenta cuando miembros de la comunidad se convierten en aliados del proceso y entran a promover



los aspectos fundamentales de una estrategia o programa; desde el nivel político o público, que se presenta cuando individuos, organizaciones, medios de comunicación—es decir actores sociales en diferentes niveles—se pronuncian en favor de determinadas políticas que favorecen la estrategia o trabajan por propiciar cambios en el entorno social, ambiental o económico.

Cómo generamos condiciones con la abogacía para la promoción de prácticas clave en la familia y la comunidad?

Generar condiciones es crear contextos propicios que faciliten y potencien las acciones que serán desarrolladas para la promoción de prácticas clave en la familia y en la comunidad. Estas condiciones se refieren a dos aspectos:

- Hacer visibles los beneficios del cuidado de la salud integral de mujeres, niños, niñas y adolescentes a las instituciones y actores sociales a escala nacional, regional y local, para lograr alianzas estratégicas para la promoción de las prácticas clave.
- Promover en los actores sociales el desarrollo de capacidades de comunicación asertiva con las familias, que les permitan promover los beneficios del cuidado de la salud integral y las prácticas clave.

3.3 Capacitación y movilización social

La metodología del componente comunitario requiere de la participación de los actores sociales para llegar a las familias. Algunos tienen un contacto personalizado a través de la visita domiciliaria (personal de salud y ACS) y otros interactúan con madres, padres y jóvenes en distintos espacios, los mismos que son propios a cada actor y constituyen una oportunidad para promover las prácticas clave.

Programación de cursos y talleres en el componente comunitario

En el siguiente cuadro se presentan los cursos y talleres del componente comunitario de AIEPI, y su descripción. En la tabla 26-B se indica cómo programar los cursos necesarios.



Tabla 26-A. Cursos y talleres del componente comunitario de AIEPI

Tipo de curso	Personas a capacitar	Contenido	Materiales	Duración del curso	Número y perfil de los participantes
Curso para ACS (promotores de salud)	- Facilitadores - ACS: promotores, parteras, vigías, voluntarios	- Marco conceptual - Atención del niño enfermo - Medidas preventivas - Factores protectores	- Guía del facilitador - Manual del participante - Cartillas de atención - Rotafolio - Guías para visitas domiciliarias	5-7 días	- 24 participantes por curso - Perfil: saber leer y escribir y ser elegido por la propia comunidad - Capacidad de liderazgo - Disponibilidad para trabajar
Curso "Conversando con las madres"	- Personal de salud - Docentes - Agentes comunitarios - Otros	- Bases de la comunicación en salud - Educación de adultos - Comunicación asertiva - Consejería	- Guía para el facilitador - Manual del participante	3-5 días	24
Taller para facilitadores en trabajo comunitario	Facilitadores	- Metodología con actores sociales - Planificación de base	- Guía para el coordinador local - Guía para el Diagnóstico Local Participativo	3-4 días	20
Talleres para cada actor local	Actores sociales	- Rol y función del actor - Prácticas clave - Elaboración del plan	- Guías para: alcaldes, personal de salud, organizaciones de base, maestros, voluntarios, iglesias	1-3 días, dependiendo del actor social	25-30
Taller para promover el encuentro intercultural	- Personal de salud - Gerentes del primer nivel	- Salud indígena - Metodología para el encuentro intercultural	Guía para el personal de salud que trabaja con poblaciones indígenas	2 días	20

Complete la información de la tabla 26-B, colocando:

- En la columna 1: el tipo de curso seleccionado. Utilice una fila por cada curso. Sumando verticalmente se tendrá el total de actividades de capacitación a programar.
- En la columna 2: el número de participantes por curso.
- En la columna 3: los materiales necesarios. Se refiere a manuales de texto y de ejercicios, cuadros de procedimientos, formularios, materiales de escritorio u otros. Los requerimientos pueden ampliarse en una hoja adicional.
- En la columna 4: la duración del curso también ha sido señalada anteriormente, pero puede necesitarse una adaptación local.

Tabla 26-B. Programación de actividades de capacitación en el componente comunitario

Actividades de capacitación	Nº y perfil del participante	Materiales	Duración del curso



Trabajo con actores sociales

El trabajo con actores sociales requiere de una secuencia de planificación, ejecución y seguimiento:

- **Planificación:** la metodología de trabajo con actores sociales requiere de una fase de sensibilización de la población organizada, sus actores y organizaciones. Esta etapa de planificación, denominada “construcción de condiciones”, constituye una fase para la construcción de condiciones locales en el trabajo con actores sociales.
- **Ejecución:** la ejecución o intervención del trabajo con actores sociales tiene su centro en el taller dirigido a cada actor social. En la misma ejecución es importante analizar la etapa previa al taller, llamada “convocatoria” y la metodología de los talleres, que debe culminar con un plan de trabajo.
 - a) La convocatoria: en la *Guía para el Diagnóstico Local Participativo* existe una matriz que refleja el nombre del actor (ejemplo: educación), la red con que cuenta (número de profesores, alumnos y padres de familia), las organizaciones de base que existen (clubes de madres, juntas vecinales) y la red con que cuentan (madres asociadas, familias, CTC). No obstante la participación de los actores sociales en los talleres dirigidos a cada uno de ellos mide indirectamente el grado de compromiso de la autoridad educativa o de los líderes, se requiere de una asertiva abogacía que permita que la convocatoria a los talleres de cada actor sean efectivas.
 - b) La metodología de los talleres: el contenido para desarrollar en todos los talleres son las prácticas clave. En el 60% de los talleres el contenido se facilita al contar con las prácticas priorizadas, que coincidan con los ámbitos donde se ha realizado la encuesta basal sobre conocimiento, actitudes y usos de las prácticas clave.

Antes de abordar las prácticas, en todos los talleres existe un momento previo (alrededor de seis horas) destinado a que los participantes se ubiquen en su realidad, conozcan a los otros actores que existen y que también participarán, reconozcan en profundidad su estructura y la función reconocida y legitimada por la población.

Todos los talleres se inician con el análisis de la realidad local, luego se presenta la matriz de actores que existen y se completa con un análisis de estructura del rol, función y recursos humanos con que cuenta dicho actor. Esta primera parte se completa con socio-dramas o juegos de roles donde se reproducen los espacios de interacción que tienen con la población y la familia, de tal manera que reconocer los espacios propios de cada actor constituya un aprendizaje.

Después de esta primera parte donde cada actor por separado identifica sus fortalezas y sus oportunidades, se problematiza en conjunto cada una de las prácticas clave utilizando como guía la siguiente matriz, tomada de la metodología de *Planificación de Base*, y que hace lectura del proceso de educación de adultos. Esta matriz puede acercar a dicho entendimiento:

El problema	Las causas	Las acciones
La práctica clave enunciada como problema	¿Por qué? ¿Por qué? ¿Por qué? ¿Por qué?	Qué hacer y cómo, desde el rol y función determinada (profesor, líder comunitario, alcalde, madre, padre, iglesia, Cruz Roja, ministerio de salud, etc.)



Las prácticas clave priorizadas son el contenido para todos los actores sociales en un ámbito determinado. El análisis de las causas (los porqué reiterativos) hace que este ejercicio, a la vez que evalúa el conocimiento de los integrantes de los grupos de trabajo, propicie el inter aprendizaje y las acciones que están referidas a las actividades de los planes de trabajo.

- c) El plan de trabajo: cada taller dirigido a cualquier actor social concluye con un plan de trabajo, que es producto de la visualización del rol y función, y debido a las oportunidades de interacción que cada actor tiene. Así, estos planes contemplan una serie de actividades que se programan y que directamente no constituyen un gasto para el proyecto, pues al aprovechar los espacios y tiempos propios de cada actor social, lo único que se agrega es un valor a dichos espacios en relación a las prácticas clave.

Para el trabajo con actores sociales se cuenta con una serie de guías dirigidas a las principales actividades sociales, las mismos que proporcionan una descripción del componente comunitario de la estrategia AIEPI, así como medidas que los actores sociales pueden adoptar a partir de su rol y en sus espacios de intervención dentro de la comunidad para la difusión de las prácticas clave priorizadas.

Tabla 26-C. Materiales para el trabajo con actores sociales

Material elaborado	Contenido
Guía para el Coordinador Local	Pautas para el trabajo comunitario con distintos actores sociales, partiendo del enfoque de equipo
Guía de Diagnóstico Local Participativo	Pautas para el desarrollo de los tres momentos del diagnóstico local participativo y formulación del proyecto con participación de la comunidad
Guía Voluntario de la Cruz Roja	Aspectos de promoción, prevención y prácticas clave. Se incorporan en esta guía los mapas de riesgo y la gestión del riesgo en salud
Guía para el Alcalde	Las condiciones del entorno inmediato al familiar relacionadas a las prácticas clave (prácticas sociales)
Guía para Profesores	Metodología de adultos para problematizar sobre las prácticas clave, haciendo uso de los espacios que ofrecen los padres de familia y los estudiantes
Guía para Dirigentes de Organizaciones de Base	Aspectos relacionados a las prácticas clave y de fortalecimiento de su organización de base
Guía para el Personal de Salud	Aspectos básicos de organización de los servicios del conocimiento de la realidad local y mejoramiento de la calidad
Guía de Salud para el Trabajo Intercultural	Aspectos básicos de salud, situación de salud indígena, metodología para el trabajo intercultural

3.4 Seguimiento

Tiene por objeto apoyar a los agentes comunitarios de salud (ACS) en su visita domiciliaria y para monitorear la ejecución del plan operativo de cada actor social.

Seguimiento posterior a la capacitación de los ACS

Los aspectos a tener en cuenta son los siguientes:

- **Personal al que se realiza el seguimiento:** actualmente se ha diseñado la metodología para el seguimiento de los ACS, que es una adaptación de la utilizada con el personal de salud que recibió capacitación en el Curso Clínico de AIEPI. Para realizar la actividad con este personal existe una metodología estandarizada, así como material y métodos de capacitación para quienes realizarán el seguimiento.



- **Actividades a realizar durante la visita:** las actividades fundamentales a realizar durante las visitas de seguimiento son la observación del manejo de la visita domiciliaria del ACS capacitado y entrevista a ellos y a las madres en el ámbito de trabajo. A partir de la aplicación de estos instrumentos se realiza el intercambio de opiniones y criterios sobre la aplicación de la estrategia AIEPI, y la revisión de los principales problemas e inquietudes que manifiesta el personal.
- **Instrumentos para realizar el seguimiento:**
 - Ficha para observación del manejo de la visita domiciliaria
 - Formulario para entrevista a los ACS capacitados
 - Formulario para entrevista a las madres
 - Informe resumido de la visita de seguimiento
- **Responsables de realizar el seguimiento:** idealmente, se propone que las visitas de seguimiento sean realizadas por un equipo compuesto por dos personas; una con experiencia clínica y otra en organización comunitaria. En condiciones ideales, al menos una persona debería ser quien facilitó el Taller de Capacitación para ACS en AIEPI. Eventualmente se deberá contar con personal de referencia del área y es un requisito que haya tomado un curso comunitario y/o un curso de seguimiento posterior a la capacitación.¹
- **Momento para realizar el seguimiento:** se considera apropiado un plazo de dos a cuatro meses posterior a la capacitación del ACS.
- **Planificación del seguimiento:** el seguimiento puede ser considerado como un segundo momento de la capacitación y, por lo tanto, debe ser planificado al mismo tiempo que ella. A partir de lo que se proponga para la capacitación del personal en materia de AIEPI, será necesario planificar el seguimiento.

En la planificación del seguimiento se deberá priorizar por dónde empezar, y para esto será importante determinar prioridades. Se puede, eventualmente, usar el mismo criterio que se utilizó para asignar las prioridades en capacitación.

Al momento de planificar el seguimiento es necesario tener en cuenta que hay muchos aspectos de coordinación a considerar:

- a. Los equipos de seguimiento
- b. La notificación a los ámbitos y la preparación de los mismos
- c. La disponibilidad de los instrumentos de seguimiento
- d. La disponibilidad de movilidad para trasladarse y de viáticos y otros gastos
- e. La realización de reuniones de retroalimentación con el equipo sobre las visitas efectuadas

¹ Esta capacitación se realiza en un tiempo variable que oscilará entre dos y tres días, y su componente más importante es la práctica. Las características del curso se explican en detalle en el módulo del participante del curso titulado “Seguimiento posterior a la capacitación” (OPS/HCP/HCP/AIEPI/97.6).



Seguimiento al cumplimiento de los planes de trabajo de los actores sociales

Al hablar de “seguimiento” se quiere expresar la labor que el mismo equipo de salud en su conjunto, con apoyo del facilitador o coordinador, realiza para monitorear la realización del plan de trabajo al que se comprometió cada actor social para el cumplimiento del Plan Operativo. Esto es una expresión real de que la localidad avanza en el mejoramiento de los servicios de salud y de la salud de la población, en especial de la población infantil.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo y la evaluación (M&E) son dos actividades básicas del Plan Operativo. El monitoreo permite determinar si se están cumpliendo las actividades programadas del PO, y la evaluación se relaciona con el cumplimiento de los objetivos y las metas y se realiza en momentos específicos, por ejemplo, a la mitad del tiempo fijado para el PO, y al final de éste.

1. Planeación del monitoreo

El monitoreo consiste en la recolección y análisis de la información de manera regular, y tiene como fin verificar si el proceso de ejecución de las actividades programadas para la implementación de la estrategia AIEPI se están ejecutando de la manera prevista, y si tienen el nivel de calidad esperado.

El monitoreo es una herramienta que ayuda a los responsables del PO a sistematizar la información y a clasificarla bajo la forma de indicadores. El análisis continuo de estos indicadores y de sus variaciones permite evaluar los avances y logros, detectando oportunamente las dificultades para realizar las intervenciones necesarias. Si fuera preciso se podría modificar, incluso, la programación original.

Cabe resaltar que debe existir coherencia entre el marco conceptual de AIEPI (introducción) y los objetivos y metas (capítulo II) con las actividades priorizadas en el capítulo III (actividades específicas por componente AIEPI) que son vitales para conseguir los logros, y por tanto deben ser monitoreadas.

Pasos para la planificación del monitoreo

Aspectos que serán objeto del monitoreo

- El avance en la ejecución de las actividades de acuerdo con lo programado.
- El producto de las actividades realizadas.
- La calidad de las actividades realizadas.

Metodología

En base a los aspectos objeto del monitoreo, deberá definirse:

- Cuáles son las actividades priorizadas (capítulo III). Esta información debe ser necesaria y factible de conseguir. Por ejemplo, si para el monitoreo de la capacitación se deben visitar los lugares en que se dictan los cursos en el momento en que se están dictando y, si además, dichos cursos se realizan en diferentes lugares, la recolección de los datos tendrá un alto costo operativo y requerirá del despliegue de varias personas y la realización de diferentes actividades. En este caso, el monitoreo de la capacitación podría hacerse sin recurrir a estas visitas.

IV

- Cuáles serán los estándares (definición explícita de la calidad que se espera alcanzar en cada actividad), que nos sirven de referencia para determinar si se lograron realizar las actividades con la calidad deseada.
- Indicar la forma de recolección y consolidación de la información: para obtener la información se debe confeccionar una ficha para la recolección de datos. El diseño de esta ficha puede ser confeccionada en relación a las actividades del PO.
- Indicar cada cuánto tiempo deberá realizarse el monitoreo (quincenalmente, mensualmente, bimensualmente, etc.). Aunque de manera general se sugiere realizar el monitoreo de la mayoría de las actividades de manera mensual o trimestral, la frecuencia para la recolección de los datos la definirá el equipo que lleva adelante el PO.

El monitoreo debe realizarse en todos los niveles que participan de la implementación de la estrategia AIEPI, ya que la evaluación de cada uno de ellos permitirá saber si se está avanzando de acuerdo con lo programado, y si se están obteniendo los resultados esperados. De esta manera, en estos niveles se podrán detectar a tiempo los problemas que entorpecen la aplicación de la estrategia y que retrasan el cumplimiento de las metas.

Es conveniente que las siguientes personas pertenecientes a los servicios de salud, participen en los procesos de generación de información: el personal que registra los niños que serán atendidos, el personal que realiza el diagnóstico e indica el tratamiento, el personal que tiene a su cargo la consolidación de la información, y el personal responsable de su envío al nivel inmediato superior.

1.1 Indicadores

En la tabla siguiente se resumen algunos indicadores que pueden utilizarse para los aspectos de monitoreo de la implementación del PO. Debe mencionarse que estos indicadores deben ser seleccionados y adaptados a los objetivos y metas planteados en el PO y a cada nivel en el que se realice el monitoreo.



Tabla 27. Indicadores de proceso, resultado e impacto propuestos por componente

Tipo	Indicador	Fuente de información
Proceso	<p>Mejorar las habilidades del personal de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas capacitadas del total de personas que se había programado capacitar. • Número de personal capacitado por establecimiento de salud. • Porcentaje de cursos realizados sobre los programados dentro del período previsto. • Porcentaje de personal de salud capacitado que fue visitado dentro del plazo de uno a tres meses posterior a la capacitación. 	<p>Registro de cursos realizados Programación de cursos del período Informe de los cursos Supervisión a los cursos Lista de personal capacitado Lista total del personal de los servicios de salud que atienden niños</p>
	<p>Fortalecer los sistemas y servicios de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de capacitación elaborado e implementándose. • Número de consultorios por establecimiento de salud que cuentan con normas de procedimientos y protocolos actualizado. • Número de consultorios por establecimiento de salud que cuentan con los insumos básicos necesarios para la atención del menor de 5 años. • Número de establecimientos de salud que cuentan con la señalización de los consultorios y lugares de información. • Número de establecimientos de salud que cuentan con un sistema de información actualizado. • Número de establecimiento de salud visitados que cuentan con facilidades para realizar referencia de niños graves en menos de 6 horas. • Porcentaje de entrega de medicamentos e insumos realizados, calculado sobre el número total de entregas previstas. • Porcentaje de supervisiones realizadas con guía de supervisión completa e informe. • Porcentaje de investigaciones operativas de AIEPI realizadas o en proceso. 	<p>Programación de la capacitación Lista de personal capacitado Inventario de material de los establecimientos de salud Registro de entregas de medicamentos e insumos realizadas Programación de entregas de medicamentos e insumos Reportes de supervisiones Lista de supervisiones realizadas Levantamiento de actas al finalizar la supervisión Informes de supervisión</p>
	<p>Mejorar las prácticas familiares y comunitarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prácticas clave priorizadas. • Número de actividades de abogacía realizadas. • Porcentaje de actores sociales involucrados en la promoción de las prácticas clave priorizadas. • Porcentaje de ACS capacitados del total de personas que se había programado capacitar. • Porcentaje de redes sociales capacitadas. • Porcentaje de planes de trabajo por actor social elaboradas. • Porcentaje de visitas de seguimiento posterior a la capacitación de ACS. • Porcentaje de seguimiento al cumplimiento de los planes de trabajo de los actores sociales. 	<p>Listado de participantes en las capacitaciones Reportes técnicos de los talleres de capacitación Libro de actas Matriz de actores sociales del área</p>



Tabla 27. (continúa)

Tipo	Indicador	Fuente de información
Resultado	<p>Mejorar las habilidades del personal de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Personal de salud aplicando adecuadamente AIEPI en menores de 5 años. Porcentaje de establecimientos de salud que cuentan con 65% del personal capacitado. Porcentaje de establecimientos de salud en los que se está aplicando AIEPI. Porcentaje de recién nacidos que requirieron reanimación. Porcentaje de gestantes con ruptura de membranas mayor de 12 horas que recibieron antibióticos. 	<p>Informes de visitas de seguimiento y supervisión del desempeño Levantamiento del número de personal capacitado Reportes de visitas de seguimiento y supervisión Encuesta</p>
	<p>Fortalecer los sistemas y servicios de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de oportunidades perdidas en vacunación y control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años. Porcentaje de los establecimientos que cuentan con los medicamentos e insumos necesarios para la aplicación de la AIEPI. Porcentaje de contrarreferencia hechas en el establecimiento de salud. Porcentaje de establecimientos de salud que cuentan con por lo menos 1 personal capacitado y con medicamentos e insumos para aplicar AIEPI. Número de niños menores de 5 años atendidos en los establecimientos de salud que están aplicando AIEPI. Porcentaje de niños menores de 18 meses con el esquema básico de vacunación completo. Aumento del parto institucional. 	<p>Registro de niños vacunados Análisis de coberturas Lista de insumos y medicamentos necesarios para AIEPI en los servicios Inventario de medicamentos del AIEPI Listado de establecimientos con cuadro de prioridades de prácticas clave Tarjetas de control de stock de los servicios de salud Listado de personal capacitado por establecimiento de salud Listado de niños atendidos en los establecimientos de salud Encuesta</p>
	<p>Mejorar las prácticas familiares y comunitarias</p> <ul style="list-style-type: none"> Madres de niños menores de 5 años con conocimiento de al menos dos signos de peligro (EDA-IRA). Equipo de trabajo comunitario conformado y realizando actividades. Número de planes de trabajo por actores sociales ejecutados. Porcentaje agentes comunitarios en salud que están aplicando AIEPI. Porcentaje de niños menores de 6 meses que son alimentados exclusivamente con leche materna. Porcentaje de referencias hechas por los ACS. 	<p>Reporte de estudios a nivel familiar Planes elaborados por actor social Listado de referencias por agentes comunitarios Encuesta Grupos focales</p>
	<p>Mejorar las habilidades del personal de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de niños atendidos adecuadamente según protocolo del AIEPI. Porcentaje de disminución de uso irracional de antibióticos. 	<p>Encuesta Registro</p>
Impacto	<p>Fortalecer los sistemas y servicios de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluación de desempeño del personal de salud coherente con el proceso de fortalecimiento de los conocimientos y aplicación del AIEPI. Población satisfecha con la calidad de atención brindada por el personal de salud. Letalidad de las enfermedades objeto del AIEPI disminuida en los establecimientos de salud. 	<p>Encuesta Grupos focales Registro</p>
	<p>Mejorar las prácticas familiares y comunitarias</p> <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de niños con Plan A en tratamiento de diarrea. Niños menores de 5 años que murieron en el hogar. Porcentaje de uso de remedios caseros inadecuados para las patologías incluidas en el AIEPI. Salud materno infantil en agendas de los actores sociales. 	<p>Encuesta Registro</p>



1.2 Análisis e interpretación de la información

Los resultados del monitoreo también deben compararse con las metas previstas en el Plan Operativo para determinar los avances y realizar las correcciones cuando sea necesario. A medida que se avanza en el proceso de implementación puede observarse la evolución de los indicadores a través del tiempo, saber si están mejorando, empeorando o permanecen estables.

- Es conveniente enviar primero una copia de los cuadros o gráficos que se confeccionen para que cada servicio de salud realice su propio análisis. Este es el mejor nivel para indicar las razones por las que en determinados aspectos no se han producido los avances esperados.
- Los responsables de los servicios de salud y el responsable del área de trabajo deberán participar en el análisis de la información del monitoreo y en la definición de las acciones necesarias para resolver los problemas.
- Posteriormente pueden realizarse una serie de reuniones individuales o en equipo para presentar las conclusiones y las propuestas. En este nivel participa el personal del establecimiento y también del nivel jerárquico superior, incluyendo a las personas que participan en la recepción de los datos, en su procesamiento y análisis, y en la decisión de dar paso a las acciones que se consideren necesarias.
- Analizando los resultados en conjunto con el personal del servicio, será posible identificar problemas y orientar las actividades en el servicio y en la comunidad para encontrar soluciones a los problemas. Por ejemplo, si continúan ocurriendo muertes domiciliarias sin atención, será posible identificar lugares en los que es necesario realizar acciones de comunicación sobre AIEPI. La localización de los casos de enfermedades que se pueden evitar conducirá a la ejecución de actividades especiales de vacunación y de educación para prevención de la diarrea.

En las tablas siguientes (28-A, 28-B, 28-C) se presenta un listado con algunas de las actividades por componente AIEPI, así como los estándares correspondientes, los cuales deben ser seleccionados y adaptados a cada nivel en el que se realice el monitoreo. Si con el monitoreo se determina que la actividad ha sido cumplida, se marcará "SÍ". Si no ha sido realizada, se marcará "NO". A continuación pueden anotarse las observaciones correspondientes, por ejemplo anotando los posibles factores que han incidido en el resultado.



Tabla 28-A. Listado de las actividades y los estándares establecidos para el monitoreo en la implementación de la estrategia AIEPI

Componente I: Mejorar las habilidades del personal de salud

Actividad	Estándar	Sí	No	Observaciones
Capacitación	El curso se ha realizado en la fecha programada			
	La duración del curso ha sido el previsto			
	Ha asistido el número esperado de facilitadores y de participantes			
	Los participantes han tenido el perfil ocupacional previsto			
	Ha existido la proporción de 1 facilitador por cinco a ocho participantes			
	Hubo materiales de escritorio y de enseñanza, así como equipos suficientes			
	Los ambientes para desarrollar las actividades teóricas y prácticas han sido suficientes y adecuados			
	Se trataron de manera suficiente todos los temas previstos en el curso			
	Cada participante realizó el manejo u observación de casos previsto			
	Se ha utilizado la metodología establecida			
	Se han cumplido los horarios programados para el trabajo diario			
	Se ha realizado la evaluación del curso			
Seguimiento posterior a la capacitación	La visita de seguimiento se ha realizado en la fecha programada			
	Los servicios fueron notificados de la visita en forma oportuna			
	Se visitó al personal de salud programado			
	En la visita participaron un facilitador y un supervisor de la red de salud			
	El equipo supervisor estableció previamente el mapeo y las rutas a seguir			
	Se ha contado con los medios suficientes para el transporte del personal supervisor			
	Se han utilizado los formatos estandarizados			
	El número de instrumentos para el seguimiento ha sido suficiente			
	Se realizaron todas las actividades programadas			
	El horario de trabajo ha sido el programado			
	Se han dejado recomendaciones para el personal de salud visitado			
	Se ha dejado un informe escrito para el servicio de salud visitado			



Tabla 28-B. Listado de las actividades y los estándares establecidos para el monitoreo en la implementación de la estrategia AIEPI

Componente II: Fortalecer los sistemas y servicios de salud

Actividad	Estándar	Sí	No	Observaciones
Organización de los servicios y provisión de los suministros	El establecimiento cuenta con señalización y flujograma			
	Se cumple con las normas de procedimientos y las guías clínicas para la atención de los niños			
	Se han adecuado los ambientes para brindar atención integral			
	Existen de manera continua suficientes equipos, medicamentos y vacunas			
	El tiempo de espera para la atención a los niños es menor a dos horas			
	Existen y se encuentran en funcionamiento los sistemas de registro e información			
	Las fichas/historias clínicas se registran según la normativa vigente			
	Se hace uso racional de medicamentos y de tecnologías de diagnóstico y tratamiento			
	Se ha elaborado al menos un protocolo de investigación operativa relacionada a la salud y nutrición en la niñez			
	Está funcionando la red de referencia y contrarreferencia entre la comunidad y la red de servicios de salud			
	Existe un comité que lidera el plan de mejoramiento continuo de la calidad			
Aumento del acceso	El establecimiento de salud cuenta con al menos una persona capacitada en AIEPI, que ha recibido visita de supervisión en los últimos seis meses, y dispone de medicamentos e insumos de manera continua			
	Está aumentando la cantidad de niños menores de 5 años atendidos en el servicio de salud que aplica AIEPI			
Aumento del uso	Está aumentando el número de madres y de otros responsables de niños menores de 5 años que conocen los signos de peligro señalados por AIEPI			
	Está aumentando el número de gestantes y puérperas que conocen los signos de peligro señalados por AIEPI			
	Está aumentando el número de niños menores de 2 años con el esquema básico de vacunación completo			
	Está aumentando el número de niños menores de 6 meses que son alimentados exclusivamente con leche materna			
	Está aumentando el número de niños entre 6 meses y 5 años de edad que reciben adecuada alimentación complementaria			



Tabla 28-C. Listado de las actividades y los estándares establecidos para el monitoreo en la implementación de la estrategia AIEPI

Componente III: Mejorar las prácticas familiares y comunitarias

Actividad	Estándar	Sí	No	Observaciones
Movilización social y comunitaria	Se han identificado y priorizado las prácticas clave en el ámbito local			
	Se ha capacitado en AIEPI a los agentes comunitarios de salud (ACS)			
	Se ha realizado un seguimiento posterior a la capacitación de los ACS			
	En la implementación de AIEPI están participando los actores sociales del área			
	Los actores sociales han elaborado y están desarrollando sus planes de trabajo para la implementación de la estrategia AIEPI			
Comunicación para el cambio social	Se realizan actividades de abogacía en el servicio y en la comunidad y se cuenta con los materiales suficientes			
	Se cuenta con los materiales suficientes para realizar actividades de abogacía, información, educación y comunicación			
	Los mensajes básicos de las prácticas clave priorizadas están siendo difundidos en la comunidad			

Utilice la Tabla 29 para la planeación de las actividades de monitoreo.

Tabla 29. Planeación del monitoreo

Actividad	Aspectos a monitorear	Cómo se va a realizar el monitoreo	Indicadores a monitorear	Responsable	Periodicidad

2. Planeación de la Evaluación

2.1 Pasos para la planificación de la evaluación

Definición de los aspectos que incluirá la evaluación

La finalidad principal de la evaluación es poner de manifiesto si se están logrando o no los objetivos y metas propuestos en el Plan Operativo, para planificar las actividades futuras con base a las lecciones aprendidas. Por lo tanto, la evaluación debe dar una respuesta concreta a las siguientes preguntas:

- Se ha reducido la mortalidad de niños menores de 5 años por enfermedades objeto de la estrategia AIEPI de acuerdo a lo previsto en el área de trabajo?



- ¿Se ha reducido la morbilidad de niños menores de 5 años que padecen enfermedades objeto de la estrategia AIEPI de acuerdo a lo previsto en el área de trabajo?
- ¿Se han mejorado las prácticas familiares y comunitarias de cuidado a la mujer gestante, recién nacidos niños y niñas menores de 5 años?
- ¿La calidad de atención en salud de los niños ha mejorado en los aspectos y magnitud propuestos en las metas específicas del Plan Operativo?

Además de estas preguntas, la evaluación también debe dar respuesta a otras referidas al logro de las metas incluidas en el plan. De este modo, la evaluación también permitirá responder a las siguientes preguntas:

- ¿El número previsto de responsables del cuidado del niño (o el porcentaje previsto sobre el total del área) ha seguido las recomendaciones propuestas por la estrategia AIEPI para su atención en el hogar y la búsqueda de ayuda fuera de él cuando es necesario?
- ¿Ha tenido acceso a la estrategia AIEPI la población prevista?
- ¿Ha recibido información sobre la estrategia AIEPI el número previsto de responsables del cuidado y atención de los niños?
- ¿Han recibido supervisión los servicios y personal de salud previstos en el plan?
- ¿Hubo provisión continua de suministros e insumos en los servicios previstos en el plan?
- ¿Ha sido capacitado en la aplicación de la estrategia AIEPI el personal de salud previsto?

Además, el proceso mismo de implementación es objeto de evaluación: las actividades realizadas, el uso de la estrategia, los costos del proceso de implementación y su correlación con los resultados obtenidos. Con respecto al costo que ha tenido la implementación del plan y a su relación con lo previsto inicialmente, se puede dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Se ha gastado el monto programado para la ejecución del plan?
- ¿Cuál es la relación entre el gasto realizado para la implementación del plan y los resultados obtenidos en términos de actividades, acceso, uso e impacto de la estrategia AIEPI?

Las preguntas anteriores ayudarán a obtener las respuestas esperadas durante la ejecución de la evaluación. Sin embargo, la evaluación no supone simplemente dar respuestas a cada una de las preguntas, sino que debe permitir analizar las razones por las cuales se obtuvieron los resultados. Por ejemplo, la evaluación permitirá investigar las posibles causas por las que no se obtuvo el acceso esperado a la estrategia AIEPI en la población, o también las posibles razones por las que no se obtuvo un impacto concreto sobre el problema en el momento esperado.

Los indicadores de evaluación pueden ser elaborados por cada servicio o por la gerencia del nivel jerárquico superior –o por consenso entre ambos– pudiendo ser seleccionados del listado que se indica más adelante en este capítulo.

Metodología y materiales que se utilizarán en la evaluación

En la evaluación se emplearán diferentes metodologías: la utilización de una u otra dependerá del aspecto que se evalúe. Dada la diversidad de métodos que se pueden utilizar, es muy importante seleccionar los métodos que reúnan las siguientes condiciones:

IV

- Que permitan obtener toda la información necesaria para evaluar cada aspecto.
- Que requieran una baja inversión de recursos para ejecutarse.

En la elección de los métodos para la evaluación deberá alcanzarse un equilibrio entre la posibilidad de obtener la información que se requiere, y la inversión de recursos de todo tipo necesaria para aplicarlos. Por ejemplo, para evaluar el avance en la meta de capacitación, se podrá acudir a uno o más de los siguientes métodos para obtener la información: revisión de los registros de personal capacitado, revisión de los informes de supervisión o visita a un grupo de servicios representativos de los servicios de salud del área.

Si se requiere evaluar aspectos cualitativos de la capacitación, probablemente sea necesario realizar visitas a los sitios de capacitación, o concertar un conjunto de entrevistas con docentes y con personal capacitado. Del mismo modo, los métodos de evaluación del componente de provisión de suministros pueden incluir visitas a algunos servicios de salud y al depósito de insumos y medicamentos, así como la revisión de los siguientes documentos: las órdenes de compra y de distribución, los registros de control de existencias, y los informes de supervisión.

En la evaluación de las metas de impacto podrán utilizarse encuestas en la comunidad, investigaciones sobre mortalidad y morbilidad, y estudios especiales sobre el uso de antibióticos o de otros medicamentos. De ser posible, se recomienda contrastar los resultados con una población control (que no implementa la estrategia AIEPI).

Sugerencias de actividades que pueden realizarse en los servicios de salud para evaluar los avances en la implementación de la estrategia AIEPI

La evaluación periódica permite conocer el grado de avance de los objetivos propuestos en la implementación de la estrategia. A continuación se enuncian algunas de las actividades que pueden implementarse:

- *Comité de análisis de fallecidos en la población menor de 5 años:* este comité actuará bajo la coordinación del director de área y deberá ser multidisciplinario, y compuesto por médicos y enfermeras que desempeñen funciones administrativas y que estén relacionados con la institución o con las instituciones de la localidad. En este comité también deben participar auxiliares asistenciales, agentes comunitarios de salud y representantes de los principales actores sociales. El comité debe reunirse de manera periódica cada mes o, como máximo, cada tres meses.

Las reuniones del comité deben contar con toda la información sobre los niños fallecidos: edad, sexo, estado nutricional, antecedentes de inmunización, antecedentes obstétricos de la madre, control prenatal, manejo en la comunidad, conducta institucional, factores socioeconómicos asociados, análisis científicos, técnicos y administrativos de la conducta adoptada. La obtención de la información para el análisis puede darse por distintas vías: registro hospitalario, autopsia verbal, etc.

- *Comité de auditoría de historias clínicas de pacientes ambulatorios:* este comité debe evaluar en forma aleatoria alrededor del 10% de las historias clínicas del mes anterior en la consulta ambulatoria. En la reunión se evalúa la coherencia de las acciones del equipo de



salud en la atención ambulatoria del niño y/o de las acciones de promoción y prevención realizadas.

- *Comité de evaluación de la mortalidad hospitalaria:* este comité debe evaluar el número total de fallecidos y, con este fin, estudiar la concordancia entre el diagnóstico obtenido al ingreso y al egreso, la terapéutica y los resultados de análisis y, por último, la necropsia (sólo si se tienen datos sobre ella).

Identificar quiénes serán los responsables de realizar la evaluación

La elección de las personas (o eventualmente instituciones) que realizarán la evaluación debe garantizar la calidad del resultado. Para que esto sea una realidad es necesario seleccionar personas que, en la medida de lo posible, hayan tenido experiencia previa en evaluación o, al menos, tengan conocimiento de las características de la estrategia AIEPI, del proceso de implementación y de sus resultados.

Por otra parte, la evaluación deberá asegurar la mayor objetividad posible. Para lograrlo, es conveniente formar un equipo de evaluación en el que estén representadas personas con distinta experiencia y relacionadas de forma diferente con la tarea a realizar.

La conformación del equipo de evaluación también puede contribuir a fortalecer la implementación del plan de trabajo si se integran dentro del equipo de evaluación representantes de diferentes sectores. Por ejemplo, al incluir una persona que desempeña su función en los servicios de salud, participar en la evaluación de la tarea en la que él mismo ha trabajado hará que se sienta más motivado.

Es conveniente diversificar el equipo responsable de la evaluación, de manera que se logre un equilibrio en los puntos de vista subjetivos que permitan que la información que se recolecte, consolide y analice sea considerada con la mayor objetividad posible.

Definir cuándo se realizará la evaluación

De acuerdo a la descripción realizada respecto de la finalidad de la evaluación, no queda duda que esta deberá realizarse al final del periodo de implementación del plan. Sin embargo, puede ser conveniente realizar una evaluación durante la implementación del plan (evaluación de medio periodo), con el fin de disponer de una visión más completa que la que brinda el monitoreo, respecto de cómo está avanzando la implementación de la estrategia AIEPI y el logro de las metas de acceso, uso e impacto. Debería hacerse todo lo posible para tener una línea de base de los planes, especialmente de aquellos de mediano plazo.

Este tipo de evaluaciones, denominadas en ocasiones de “mediano plazo”, o “evaluaciones formativas”, pueden resultar de mucha ayuda para el ajuste del plan operativo sobre la marcha, lo que puede contribuir a mejorar los resultados que se obtengan al final del periodo previsto para la ejecución completa del plan. No obstante, debe tenerse en cuenta que, cuando el periodo de ejecución del plan es relativamente corto, por ejemplo de un año, una evaluación de mediano plazo puede representar un esfuerzo demasiado grande para obtener datos sobre el desempeño del programa que podrían obtenerse también mediante las actividades de monitoreo.

En base a las consideraciones anteriores se deberá fijar la o las fechas para la evaluación, en el marco del plan general de actividades que se ha ido confeccionando a lo largo de la elaboración de todo el Plan Operativo.



En la tabla 30 se presentan algunos indicadores a considerar para la evaluación. Se puede elaborar indicadores basados en las Prácticas Familiares Clave para el crecimiento y desarrollo saludables también (verse tabla 10 del presente documento).

Tabla 30. Indicadores de evaluación

Componente	Indicador Sugeridos
<p>Componente I: Mejorar las habilidades del personal de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de niños que son evaluados para tres signos de peligro en general (no puede beber o mamar, vomita todo, convulsiones)
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de niños que son evaluados para los cuatro signos de peligro en general
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de niños que son evaluados para la presencia de tos, diarrea y fiebre
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de cuidadores de niños menores de 2 años que se les preguntó sobre LM y/o alimentación complementaria
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de niños cuyo peso fue utilizado con una curva de crecimiento
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de niños con verificación del estado de vacunación durante la visita
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de niños que necesitan un antibiótico/antimalárico oral o a los que se prescribió medicamento correctamente
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de niños a cuyos cuidadores se recomendó dar líquidos adicionales y continuar la alimentación
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de niños que dejan el servicio de salud con todas las vacunas necesarias
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de niños con diarrea sin deshidratación y sin otra clasificación que necesita un antibiótico, que recibieron un antibiótico o antidiarreico
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de niños con anemia a los que se recetó tratamiento correctamente
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de niños con peso bajo que fueron clasificados correctamente
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de niños con peso bajo evaluados para problemas de alimentación
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de niños a los que se indicó SRD y/o un antibiótico oral y/o un antimalárico oral, cuyos cuidadores pueden describir cómo dar el tratamiento correctamente
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de niños que reciben medicamentos orales a cuyos cuidadores se les da al menos dos mensajes de consejería sobre el tratamiento
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de niños a cuyos cuidadores se les indican tres signos para volver inmediatamente
<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de cuidadores de niños que pueden describir al menos tres aspectos de manejo de casos en el hogar 	
<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de cuidadores de niños que pueden describir al menos dos signos para búsqueda de ayuda inmediata 	
<p>Componente II: Fortalecer los sistemas y servicios de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de niños que necesitan referencia y que son referidos
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de servicios de salud que han recibido al menos una visita de supervisión en los cuatro meses previos que incluya observación de manejo de casos
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de servicios de salud que tienen todo el equipo esencial y materiales disponibles para AIEPI
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de servicios de salud que tienen todos los medicamentos esenciales de AIEPI disponibles
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de servicios de salud que tienen equipamiento y suministros disponibles para proveer servicios completos de vacunación
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de servicios de salud con al menos 60% de trabajadores de salud, capacitados en AIEPI, que atienden a niños
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de niños que necesitan referencia y que son referidos
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de servicios de salud que han recibido al menos una visita de supervisión en los cuatro meses previos que incluya observación de manejo de casos
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de servicios de salud que tienen todo el equipo esencial y materiales disponibles para AIEPI
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de servicios de salud que tienen todos los medicamentos esenciales de AIEPI disponibles
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de servicios de salud que tienen equipamiento y suministros disponibles para proveer servicios completos de vacunación
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de servicios de salud con al menos 60% de trabajadores de salud, capacitados en AIEPI, que atienden a niños

Tabla 30. (continúa)



Componente	Indicador
Componente III: Mejorar las prácticas familiares y comunitarias	• Porcentaje de niños menores de 6 meses que están recibiendo lactancia materna exclusiva en las últimas 24 horas
	• Porcentaje de niños 0-12 meses de edad que recibieron lactancia materna dentro de la primera hora después del parto
	• Porcentaje de niños de 6 a 9 meses que reciben lactancia materna y alimentos sólidos en las últimas 24 horas
	• Promedio de número de veces que recibieron alimentos en las últimas 24 horas por edad en meses
	• Porcentaje de niños de 18 a 23 meses que todavía reciben lactancia materna
	• Carné de vacunas: porcentaje de niños que tienen carné de salud infantil
	• Acceso: porcentaje de niños de 12-23 meses que recibieron pentavalente DPT1
	• Cobertura: porcentaje de niños de 12 a 23 meses que recibieron su esquema completo de vacunación antes de los 12 meses
	• Porcentaje de casas que tienen agua por sistema de agua (cañería) o pozo cubierto
	• Porcentaje de madres que refieren tratar el agua (hervir, filtrar o clorar) antes de beberla
	• Porcentaje de la población empleando servicios sanitarios
	• Porcentaje de cuidadores y preparadores de alimentos con un comportamiento apropiado de lavado de manos
	• Porcentaje de madres que le dieron más o igual cantidad de líquidos y/o leche materna o alimentos a su hijo en el último episodio de diarrea
	• Porcentaje de niños menores de 5 años con diarrea en las dos últimas semanas que han recibido sales de rehidratación, y/o líquidos caseros, incluyendo leche materna
	• Porcentaje de niños de 0-59 meses que tuvieron tos y respiración dificultosa que fueron llevados a un servicio de salud
	• Porcentaje de madres que reconocen los signos de gravedad
	• Porcentaje de madres que reconocen los signos de peligro para la diarrea
	• Porcentaje de madres que reconocen los signos de peligro para la neumonía
	• Porcentaje de mujeres que tuvieron por lo menos cuatro visitas prenatales con personal calificado en su último embarazo
	• Porcentaje de mujeres que tuvieron sus controles prenatales en un establecimiento de salud en su último embarazo
	• Porcentaje de mujeres cuyo último parto fue atendido por un personal de salud calificado
	• Porcentaje de madres que tuvieron por lo menos un control posnatal
	• Porcentaje de madres que reconocen los signos de peligro durante el embarazo
• Porcentaje de madres que reconocen los signos de peligro durante el puerperio	



CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO

1. Cronograma

En cada capítulo del PO se incluyó la elaboración de un cronograma con las fechas en que se realizarán las distintas actividades propuestas para cada componente. Una vez finalizada la planificación de todas las actividades se debe realizar un único cronograma. Su importancia radica en que:

- a. Permite ubicar cuál es la carga general de actividades que se han propuesto y ubicar todas las actividades juntas en un cronograma único, lo cual dará una idea del volumen total de actividad.
- b. Es una guía rápida de los próximos pasos a seguir para distribuir las actividades propuestas para un periodo de tiempo.
- c. Permite anticipar a todos los involucrados los momentos en que se realizará cada actividad.
- d. Ordena las necesidades presupuestarias.

Personas que deben participar en la revisión y ajuste del calendario de actividades

La revisión y ajuste del calendario de actividades no debe ser una tarea realizada por una sola persona, sino que debe compartirse con el equipo de trabajo del área y, eventualmente, con los responsables de los servicios de salud en los que se implementará la estrategia. De este modo, se tendrán más posibilidades de diseñar un plan realista que pueda ser ejecutado en los plazos previstos.

Aspectos que deben ser revisados:

La revisión del cronograma de actividades debe tener en cuenta:

1. Los plazos asignados a las distintas tareas y actividades.
2. La secuencia de las distintas tareas y actividades.
3. Las personas a quienes se les asignó la responsabilidad de cada tarea o actividad.

Utilice las tablas 31–A y 31–B, y a partir de ellas complete el cronograma de todas las actividades propuestas en la planificación por componente, revise el cronograma global y responda a las siguientes preguntas:

- a. ¿Cuántas actividades le quedaron consignadas por mes? ¿Es realista la cantidad dada de actividades para la disponibilidad humana y de recursos?
- b. Revise la lógica de las actividades, ¿Existe alguna fecha ilógica o incoherente?
- c. Revise si cuenta con una estructura de gerencia adecuada para el desarrollo de todas las actividades. Si no la tiene, ¿Es realista el planteamiento del cronograma?
- d. En caso de que el cronograma general sea demasiado optimista, ¿Qué actividades pueden definirse como prioritarias y cuáles pueden ser replanteadas para otra etapa?



Tabla 31-A. Cronograma de actividades del primer trimestre

Área: _____ Año: _____

Tipo de actividad	Total de actividades necesarias	Total de actividades durante el semestre	Fecha en la que se realiza cada actividad					
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Componente I: Mejorar las habilidades del personal de salud								
Capacitación								
Seguimiento posterior a la capacitación								
Componente II: Fortalecer los sistemas y servicios de salud								
Organización de la atención								
Provisión de suministros								
Supervisión								
Investigación								
Componente III: Mejorar las prácticas familiares y comunitarias								
Organización y fortalecimiento de capacidades para el trabajo comunitario								
Comunicación para el cambio social								
Capacitación y movilización social								
Seguimiento								

Tabla 31-B. Cronograma de actividades del segundo trimestre

Área: _____ Año: _____



Tipo de actividad	Total de actividades necesarias	Total de actividades durante el semestre	Fecha en la que se realiza cada actividad					
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Componente I: Mejorar las habilidades del personal de salud								
Capacitación								
Seguimiento posterior a la capacitación								
Componente II: Fortalecer los sistemas y servicios de salud								
Organización de la atención								
Provisión de suministros								
Supervisión								
Investigación								
Componente III: Mejorar las prácticas familiares y comunitarias								
Organización y fortalecimiento de capacidades para el trabajo comunitario								
Comunicación para el cambio social								
Capacitación y movilización social								
Seguimiento								



2. Presupuesto

El presupuesto del Plan Operativo representa la cantidad de dinero que es necesario disponer para llevar adelante las actividades específicamente programadas para la implementación de cada uno de los componentes de la estrategia AIEPI.

La elaboración del presupuesto es la actividad final que debe ser realizada sobre la base de contar con todas las actividades singulares discutidas y consensuadas.

La elaboración del presupuesto es la actividad final que debe ser realizada sobre la base de contar con todas las actividades singulares discutidas y consensuadas.

Las principales utilidades de elaborar el presupuesto son:

- a. Permite estimar la cantidad de dinero que cuesta el desarrollo propuesto e iniciar su solicitud sobre bases sólidas.
- b. Sirve para negociar la disponibilidad del dinero con las autoridades políticas y los administradores en los momentos necesarios y en las cantidades precisas.
- c. Tiene utilidad también en cuanto a la “valoración” de lo que se realizará, y si hubiera la misma asignación presupuestaria para otros programas y estrategias, sería posible comparar la inversión propuesta para cada intervención, en relación con su impacto potencial.
- d. Ayuda también a ordenar la solicitud de apoyo a distintas organizaciones y fuentes de financiamiento, ya que al establecer montos por componente y por actividad se puede orientar mejor la solicitud de apoyo según el interés o ámbito de trabajo de quien financia.

Es importante, en cuanto al financiamiento, la búsqueda de la mayor cantidad de fuentes posibles y no limitarse sólo a una. Puede suceder que el ministerio de salud financie algunos puntos, que una ONG en particular esté interesada sólo en financiar actividades de capacitación de personal de salud, o que otras puedan tener su foco de interés en el financiamiento de actividades de inserción comunitaria. Todo esto será necesario conocer al momento de la búsqueda y solicitud de fondos.

Una adecuada orientación de los puntos de interés de cada ONG, agencia y demás organismos que ofrecen financiamiento lo puede dar el programa nacional, además de apoyo en la formulación del proyecto específico que pueda resultar atractivo a quien financia. También, en caso de que exista, los comités de coordinación interagencial pueden ser de utilidad para orientar sobre el punto.

Pasos para la elaboración del presupuesto

Para la elaboración del presupuesto se sugieren los siguientes pasos:

- a. Ordene las actividades propuestas para la implementación de cada componente, según las definió en la revisión de cada componente y las acomodó en el cronograma de actividades.
- b. Coordine con las secciones administrativas del nivel donde se desempeña, para el apoyo en la elaboración del presupuesto.
- c. Si el presupuesto es para contar con apoyo de una organización no gubernamental (ONG)



o agencia de cooperación, solicite y coordine con dicho organismo o agencia para conocer y utilizar los procedimientos formales que requiere dicha organización.

- d. Presupueste las tareas una por una y consolide al final de cada una de las actividades, para tener una idea de la inversión necesaria para cada actividad.
- e. Establezca las posibles fuentes de financiamiento para cada tarea y actividad, y en todos los casos, indique el monto (aunque sea estimado) del financiamiento del ministerio de salud.
- f. Consolide el presupuesto general de cada componente y los montos que pretende que sean cubiertos por cada financiador.

Adicionalmente, también se requerirá que una vez completado el procedimiento de elaborar los presupuestos de los siguientes componentes de la estrategia de AIEPI, se consoliden todos en uno solo y se revise el producto final de esta etapa de la planificación.

A continuación, debe elaborar el presupuesto de cada localidad, considerando las actividades de implementación de las estrategias de control de forma independiente. La tabla 32 incluye nueve columnas donde se detalla el componente del gasto, las cantidades necesarias con su respectivo costo y la forma de financiamiento.

- El componente gasto (columna 1): se puede dividir de acuerdo a las actividades básicas de implementación de la estrategia (capacitación del personal en la aplicación de la estrategia, provisión de suministros para la aplicación, supervisión de la aplicación y comunicación social para fomentar el uso de la estrategia por parte de la población).
- La cantidad necesaria de cada elemento (columna 2 y 3): en la columna 2 se debe incluir la unidad de medida correspondiente al elemento de gasto. En la columna 3 se debe incluir la cantidad prevista de cada actividad, de acuerdo a la unidad de medida que propuso.
- El costo de cada componente/elemento (columna 4 y 5): en la columna 4 se debe incluir el costo de cada actividad, de acuerdo a la unidad de medida que se indicó. En la columna 5 se debe calcular el costo total, multiplicando el costo unitario por la cantidad necesaria de cada actividad en el año.
- Las columnas 6 a 9 detallan la forma de financiación, diferenciando los fondos. En la columna 6 se detallan los fondos del ministerio de salud y en la 7, los fondos provenientes de las direcciones de salud y/o instituciones de salud. En las columnas 8 y 9 detalle la fuente y la cantidad de recursos provenientes de otras instituciones diferentes al ministerio de salud (por ejemplo, OPS, UNICEF, entre otros).

Anexo 1. Bibliografía AIEPI

1. OPS/OMS.- Agentes Comunitarios de Salud: Guía general, Serie HCT/AIEPI-15. E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. , enero 1999.
2. OPS/OMS.- Regional workshop for the presentation and analysis of IMCI community materials: Report of the meeting, Santo Domingo, Dominican Republic 15-16 abril 1999, Serie HCT/AIEPI-24.I, Pan American Health Organization, World Health Organization, Washington DC, junio 1999.
3. OPS/OMS.- Taller regional en República Dominicana para la presentación y el análisis de los materiales AIEPI comunitario, Santo Domingo, República Dominicana, 15-16 abril 1999, Serie HCT/AIEPI- 24.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. , junio 1999.
4. OPS/OMS.- Taller de Planificación del componente comunitario, Quito, Ecuador del 5-7 de octubre 1999, Serie HCT/AIEPI-34.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. EE.UU.
5. OPS/OMS.- Bibliografía AIEPI comunitario, Serie HCT/AIEPI-36.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. EE.UU, marzo 2001.
6. OPS/OMS.- IMCI community component bibliography. Serie HCT/AIEPI-36.I Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. EE.UU, julio 2001.
7. OPS/OMS.-Proyecto Regional AIEPI Comunitario. Taller regional de trabajo técnico, Serie HCT/AIEPI-50E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, marzo del 2001.
8. OPS/OMS.- Regional IMCI Community Project. Regional Technical Workshop, Serie HCT/AIEPI 50.I, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, marzo de 2001.
9. OPS/OMS.-Prácticas familiares clave para el crecimiento y desarrollo Infantil saludables, Serie FCH/CA 62.E. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, octubre 2001.
10. OPS/OMS.- Key family practices, Serie FCH/CA-62.I. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, octubre 2001.
11. OPS/OMS.- Pratiques de Santé Familiale, Favorables, à la croissance, et au Développement des Enfants, Serie FCH/CA-62.F. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, octubre 2001.
12. OPS/OMS.- Brochure Proyecto Regional AIEPI Comunitario, Serie HCT/AIEPI 62(4).E. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, octubre 2001.



13. OPS/OMS.-Guía para el desarrollo de proyectos comunitarios AIEPI, Serie HCT/AIEPI 62(6).E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, octubre 2001.
14. OPS/OMS.- Prácticas familiares clave y comunitarias para la salud y nutrición del niño, Serie HCT/AIEPI-62(7).E. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC.EE.UU, octubre 2001.
15. OPS/OMS.- Curso AIEPI para agentes comunitarios de salud, Serie HCT/AIEPI 67.1.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, agosto 2002.
16. OPS/OMS.-Taller de Planificación, Acción por la Salud familiar, Nicaragua 2003, Serie FCH/CA/04.1.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2004.
17. OPS/OMS.- Guía para facilitadores de la capacitación a Agentes Comunitarios de Salud. Componente comunitario de la estrategia AIEPI, Serie OPS/FCH/CA/04.2.1.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. EE.UU, 2004 (Disponible en inglés y CD ROM).
18. OPS/OMS.- Guía para dirigentes de organizaciones de base. Componente comunitario de la estrategia AIEPI, Serie OPS/FCH/CA/04.2.2.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2004 (Disponible en inglés y CD ROM).
19. OPS/OMS.-Guía para los coordinadores locales, la Cruz Roja y el personal de salud. Componente comunitario de la estrategia AIEPI, Serie OPS/FCH/CA/04.2.3.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. EE.UU, 2004 (Disponible en inglés y CD ROM).
20. OPS/OMS.- Guía del alcalde en su gobierno local. Componente comunitario de la estrategia AIEPI, Serie OPS/FCH/CA/04.2.4.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2004 (Disponible en inglés y CD ROM).
21. OPS/OMS.- Guía del maestro y su escuela. Componente comunitario de la estrategia AIEPI, Serie OPS/FCH/CA/04.2.5.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. EE.UU, 2004 (Disponible en inglés y CD ROM).
22. OPS/OMS.- Guía para profesionales de los servicios de salud. Componente comunitario de la estrategia AIEPI, Serie OPS/FCH/CA/04.2.6.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2004 (Disponible en inglés y CD ROM).
23. OPS/OMS.- Guía para voluntarios de la Cruz Roja. Componente comunitario de la Estrategia AIEPI, Serie OPS/FCH/CA/04.2.7.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2004 (Disponible en inglés y CD ROM).
24. OPS/OMS.- Guía para realizar la encuesta de hogares sobre las prácticas clave que protegen la salud infantil. Componente comunitario de la estrategia AIEPI, Serie OPS/FCH/CA/04.4.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. EE.UU, 2004 (Disponible en inglés y CD ROM).



25. OPS/OMS.- Guía de prácticas y mensajes clave para actores sociales: Componente del hogar y la comunidad. Serie FCH/CA/05.2.E Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, diciembre 2005.
26. OPS/OMS.- Guía para el diagnóstico local participativo. Serie FCH/CA/05.4.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. EE.UU, 2004.
27. OPS/OMS.- Guide for participatory local assessment. Serie FCH/CA/05.4.I, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2005.
28. OPS/OMS.- Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones. Serie FCH/CA/05.5.E (Traducción WHO, ISBN 92 4159150 1) Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2005.
29. OPS/OMS.- Acción por la salud de la infancia y la familia. Sistematización del taller subregional de evaluación y planificación, El Salvador, abril 2005. Serie FCH/CA/05/10.E. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. EE.UU, 2005.
30. OPS/OMS.- Informe Taller subregional. Situación, lecciones aprendidas y perspectivas dentro del contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Ecuador, 2004. Serie FCH/CA/05-11.E Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC. EE.UU, 2005.
31. OPS/OMS.- Informe taller subregional. Situación, lecciones aprendidas y perspectivas dentro del contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Honduras, 2004. Serie FCH/CA/05-12.E Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2005.
32. OPS/OMS.- Estrategias de comunicación para la salud integral en la infancia. Guía metodológica para su desarrollo. Serie FCH/CA/05-13.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2005 (Disponible en CD Rom).
33. OPS/OMS.- Acciones AIEPI en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Cámara Junior Internacional. Serie FCH/CA/05.14.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2005.
34. OPS/OMS. Curso para agentes comunitarios y parteras, AIEPI Neonatal. Manual del Participante (FCH/CA/06.1.E), Guía del Facilitador (FCH/CA/06.1.1.E), Cuaderno de Trabajo (FCH/CA/06.1.2.E), Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC. EE.UU, 2005.

VI

Anexo 2. Índice de tablas

- Tabla 1.** Población del área geográfica p. 22
- Tabla 2.** Indicadores de desarrollo: determinantes de la salud y factores de riesgo p. 23
- Tabla 3.** Indicadores de mortalidad y morbilidad en salud de mujeres, niños y niñas p. 24
- Tabla 4.** Descripción de los Servicios de Salud del Área p. 27
- Tabla 5-A.** Medicamentos necesarios para la aplicación de la estrategia AIEPI p. 29
- Tabla 5-B.** Insumos para la evaluación, clasificación y aplicación del tratamiento p. 30
- Tabla 6.** Para las embarazadas o madres y acompañantes de los niños p. 31
- Tabla 7.** Información sobre personal de salud que atiende a menores de 5 años por establecimiento de salud p. 32
- Tabla 8.** Indicadores para evaluar la calidad de atención de gestantes, recién nacidos, niñas y niños que consultan en los servicios de salud p. 34
- Tabla 9.** Información de los actores sociales de la localidad p. 37
- Tabla 10.** Prácticas familiares clave para el crecimiento y desarrollo saludables p. 38
- Tabla 11-A.** Situación de la salud de mujeres, niños y niñas p. 40
- Tabla 11-B.** Situación actual de los tres componentes de la estrategia AIEPI p. 40
- Tabla 12.** Objetivos y metas p. 47
- Tabla 13.** Resumen de las características de unos cursos de capacitación disponibles para mejorar las habilidades del personal p. 51
- Tabla 14.** Planificación de las actividades de capacitación del personal de salud del área p. 53
- Tabla 15.** Planificación de las actividades de seguimiento posterior a la capacitación p. 54
- Tabla 16-A.** Incidencias estimadas para el cálculo de casos en la población menor de 5 años en países en desarrollo (ejemplo) p. 59
- Tabla 16-B.** Incidencias estimadas para el cálculo de casos de neumonía por edad p. 60
- Tabla 16-C.** Incidencias estimadas para el cálculo de casos de neumonía en menores de 2 meses (ejemplo) p. 61
- Tabla 16-D.** Incidencias estimadas para el cálculo de casos de enfermedad muy grave o neumonía (ejemplo) p. 61
- Tabla 16-E.** Incidencias estimadas para el cálculo de casos de diarrea (ejemplo) p. 61
- Tabla 16-F.** Incidencias estimadas para el cálculo de casos de malaria (ejemplo) p. 62
- Tabla 16-G.** Incidencias estimadas para el cálculo de casos de problemas de oído (ejemplo) p. 62
- Tabla 16-H.** Incidencias estimadas para el cálculo de casos de desnutrición grave, anemia grave, anemia y muy bajo peso (ejemplo) p. 62
- Tabla 16-I.** Incidencias estimadas para el cálculo de casos de helmintiasis o trichuriasis (ejemplo) p. 63



- Tabla 17-A.** Estimación de casos de neumonía que requerirían tratamiento (ejemplo) p. 64
- Tabla 17-B.** Estimación de cálculo del costo total de tratamiento de la neumonía p. 64
- Tabla 18-A.** Estimación de casos de diarrea que requerirían tratamiento (ejemplo) p. 65
- Tabla 18-B.** Cálculo del costo total de tratamiento de la diarrea p. 65
- Tabla 19-A.** Estimación de casos de problema de oídos que requieren tratamiento (ejemplo) p. 66
- Tabla 19-B.** Cálculo del costo total de tratamiento de problemas del oído p. 66
- Tabla 20-A.** Estimación de casos de fiebre (malaria) que requieren tratamiento (ejemplo) p. 66
- Tabla 20-B.** Cálculo del costo total de tratamiento de la malaria, área de alto riesgo p. 67
- Tabla 20-C.** Cálculo del costo total de tratamiento de la malaria, área de bajo riesgo de malaria p. 67
- Tabla 21-A.** Estimación de casos de desnutrición grave, anemia grave y sarampión que requieren tratamiento (ejemplo) p. 67
- Tabla 21-B.** Cálculo del costo total de suplementación con Vitamina A (ejemplo) p. 68
- Tabla 21-C.** Cálculo del costo total de la suplementación diaria con hierro y ácido fólico para la prevención de anemia (ejemplo) p. 68
- Tabla 22-A.** Estimación de casos de parasitosis que requieren tratamiento (ejemplo) p. 69
- Tabla 22-B.** Estimación del costo total de tratamiento de la parasitosis (niños de 2 a 4 años de edad) (ejemplo) p. 69
- Tabla 23.** Cálculo del costo total del tratamiento (ejemplo) p. 70
- Tabla 24.** Principales aspectos que deberán ser supervisados en los servicios de salud, y personas que deben ser entrevistadas p. 71
- Tabla 25-A.** Programación de la supervisión: Características de la supervisión p. 73
- Tabla 25-B.** Programación de la supervisión: Características de la supervisión p. 73
- Tabla 26-A.** Cursos y talleres del componente comunitario de AIEPI p. 80
- Tabla 26-B.** Programación de actividades de capacitación en el componente comunitario p. 80
- Tabla 26-C.** Materiales para el trabajo con actores sociales p. 82
- Tabla 27.** Indicadores de proceso, resultado e impacto propuestos por componente p. 87
- Tabla 28-A.** Listado de las actividades y los estándares establecidos para el monitoreo en la implementación de la estrategia AIEPI. Componente I: Mejorar las habilidades del personal de salud p. 90
- Tabla 28-B.** Listado de las actividades y los estándares establecidos para el monitoreo en la implementación de la estrategia AIEPI
Componente II: Fortalecer los sistemas y servicios de salud p. 91
- Tabla 28-C.** Listado de las actividades y los estándares establecidos para el monitoreo en la implementación de la estrategia AIEPI.
Componente III: Mejorar las prácticas familiares y comunitarias p. 92



Tabla 29. Planeación del monitoreo p. 92

Tabla 30. Indicadores de evaluación p. 96

Tabla 31-A. Cronograma de actividades del primer trimestre p. 100

Tabla 31-B. Cronograma de actividades del segundo trimestre p. 101

Tabla 32. Programación de costos y financiamiento p. 104

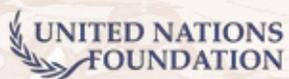


Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037

www.paho.org



Canadian
International
Development
Agency

Agence
canadienne de
développement
international



AGENCIA ESPAÑOLA
DE COOPERACION
INTERNACIONAL