



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Guía para formular Plan Operativo



Informe Final

Bogotá, 24 de Febrero de 2010

Yaira Pardo Mora

Convenio 256/09 Ministerio de la Protección Social/Organización
Panamericana de la Salud





GUÍA PARA FORMULAR PLAN OPERATIVO AJUSTES A LA PRIMERA VERSION

CONTENIDO

	Pág.
Introducción	6
Justificación	6
LA ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA: IMPORTANCIA DE SU IMPLEMENTACION EN EL NIVEL LOCAL	7
MARCO LEGAL DE LA ESTRATEGIA AIEPI	10
IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA AIEPI	12
PASOS PARA LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA AIEPI	14
I. ANALISIS DE LA REALIDAD LOCAL	17
1. Información general: descripción del área de trabajo y de la población	20
2. Datos de la situación de salud y desarrollo	22
2.1. Indicadores de desarrollo: factores determinantes de la salud y factores de riesgo	22
2.2. Indicadores de mortalidad y morbilidad en salud de mujeres gestantes, niños y niñas	23
2.3. Información del sistema local de salud para la atención de mujeres gestantes, niños y niñas menores de 5 años	26
2.3.1. Descripción de los servicios de salud del área	26
2.4. Descripción de la organización de la atención de mujeres, niños y niñas menores de 5 años	35
2.4.1. Información del personal de salud	35
2.5. Calidad de la atención a gestantes, recién nacidos, niños y niñas	37
3. Los actores sociales de la localidad y el estado de las practicas claves	38
3.1. Información del estado de la implementación a nivel comunitario	38
4. Criterios para priorizar los problemas	38
PLANEACION: PROCESO DE PLANEACION DE LAS ACTIVIDADES POR COMPONENTE DE LA ESTRATEGIA AIEPI	41
II. Componente Mejoramiento de las habilidades del personal de salud	42
Componente Fortalecer los sistemas y servicios de salud	45
Componente Mejorar las practicas familiares y comunitarias	51
III. EVALUACION	59
3.1. Monitoreo	59
3.1.1. Planeación del Monitoreo	59
3.1.2. Metodología	60
3.1.3. Análisis e interpretación de la información	60
3.2. Planeación de la evaluación	60





3.2.1.	Pasos para la planeación de la evaluación	60
3.2.2.	Metodología y materiales que se utilizarán en la evaluación	65
3.2.3.	Sugerencias de actividades que pueden realizarse en los servicios de salud para evaluar los avances en la implementación	66
3.2.4.	Identificar quienes serán los responsables de realizar la evaluación	66
3.2.5.	Definir cuando se realizará la evaluación	66
IV.	CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO	70
4.1.	Cronograma	70
4.2.	Presupuesto	74
V.	REFERENTES BIBLIOGRAFICOS	78

LISTADO DE TABLAS

1. Situación problemática dentro de cada uno de los componentes de la estrategia
2. Características Geográficas
3. Población del área geográfica
4. Indicadores de desarrollo: determinantes de salud y factores de riesgo
5. Indicadores de la situación de salud de mujeres gestantes, niños y niñas
6. Descripción de los servicios de salud del área
- 6a. Medicamentos necesarios para la implementación
- 6b. Otros insumos para la implementación de la estrategia AIEPI
7. Insumos para la evaluación, clasificación y aplicación del tratamiento
8. Información sobre el personal de salud que atiende a menores de 5 años por establecimiento de salud
9. Preguntas clave para la identificación de problemas en la atención de niños y niñas menores de 5 años
10. Estado de las prácticas clave
11. Criterios para priorizar problemas
12. Planificación de las actividades de capacitación del personal de salud del área
13. Planificación de las actividades de seguimiento posterior a la capacitación
14. Listado de las actividades y los estándares establecidos para el monitoreo en la implementación de estrategia: Componente I
15. Programación de la supervisión
16. Características de la supervisión
17. Listado de las actividades y los estándares establecidos para el monitoreo en la implementación de estrategia: Componente II
18. Características de la capacitación del componente: Mejorar las prácticas y habilidades comunitarias
19. Programación de actividades de capacitación en el componente
20. Listado de las actividades y los estándares establecidos para el monitoreo en la implementación de estrategia: Componente III
21. Planeación del monitoreo





22. Planeación del monitoreo
23. Indicadores de proceso y resultado propuestos por componente
24. Planeación de las actividades de evaluación
25. Indicadores de Evaluación de Impacto
26. Cronograma de actividades del primer semestre
27. Cronograma de actividades del segundo semestre
28. Programación de costos y financiamiento





AGRADECIMIENTOS

Esta guía ha sido ajustada para Colombia, en el marco del convenio entre la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Ministerio de Protección social de Colombia.

La orientación técnica estuvo a cargo de la Dra. Martha Idalí Saboya, OPS/OMS, Colombia y la Dr. Lenys Urquijo, Coordinador de Promoción y prevención del Ministerio de la Protección Social de Colombia. Participaron además: Dra. Luz Ángela Ochoa, Referente AIEPI Ministerio de la Protección Social, Nivel Nacional; Dra. Jovana A. Ocampo Cañas, Asesora AIEPI, OPS/OMS Colombia; Dra. Martha Beltrán Pediatra Intensivista, experta AIEPI; Dra. Patricia Granada, Pediatra, Universidad del Rosario; Dr. Miguel Eduardo Barrios, Pediatra, Universidad Nacional de Colombia; Dra. Olga Torrado, Pediatra, Universidad de La Sabana; Dra. María Lucía Mesa, Pediatra, Universidad Javeriana y Colsubsidio; Dra. Graciela Zamora Pediatra, Secretaría Distrital de Salud; Dra. Luz Helena Monsalve Pediatra Consultora OPS/OMS Colombia; Lic. Yaira Pardo, Enfermera Consultora OPS/OMS Universidad El Bosque; Dra. Zaida Mangones, Médica epidemióloga, Colsubsidio; Dr. David Palau, Medico General, Estudiante de Epidemiología, Universidad del Rosario; Dr. Carlos Villamizar, residente de pediatría, Universidad Nacional; Dra. Indira López, socióloga, Universidad del Rosario; Lic. Esperanza Avellaneda, Enfermera, Secretaría Distrital de Salud; Lic. Beatriz Hoyos, Enfermera, Secretaría departamental del Quindío; Lic. Luz Adriana Soto, Enfermera, Universidad de La Sabana; Dra. Sandra Tovar, Odontóloga, Ministerio de la Protección Social; Lic. María Cristina Idárraga, Enfermera epidemióloga, Ministerio de la Protección Social; Lic. Diva Bastidas, Enfermera, Secretaría departamental de Nariño. A todos los referentes de Salud Infantil y AIEPI de los municipios y departamentos que participaron de la Reunión Nacional de AIEPI, celebrada en la ciudad de Bogotá los días 3,4,5 y 6 de Noviembre del 2009, por su valiosos aportes al ajuste de este documento.

Esta Guía ajustada en su primera versión, ha sido validada, en un primer momento, en dos talleres realizados en los municipios colombianos de Tumaco (junio de 2009) y San José del Guaviare (junio de 2009) y el ajuste a esta primera versión se realiza en el marco de la Reunión Nacional de AIEPI de Colombia y en el municipio de Puerto Carreño. Agradecemos la participación y colaboración de las instituciones nacionales, departamentales y municipales.





El plan operativo de AIEPI es una herramienta que busca planificar una serie de actividades para el ejercicio efectivo de la implementación de la Estrategia por medio del establecimiento de un diálogo directo de la comunidad con el gobierno local, alrededor del planteamiento de soluciones a problemas priorizados para dicho fin.

Si bien es cierto los procesos llevados del centro a la periferia no responden en ocasiones a las necesidades de los pobladores, mediante esta metodología se logra nuevamente generar una dinámica de creer en el otro, de unirnos y de visualizar una red, una red de actores sociales apuntándole a un solo objetivo mejorar la calidad de vida de los niños y niñas de Colombia.





INTRODUCCIÓN

La presente guía proporciona la metodología y los instrumentos necesarios para la implementación efectiva de la estrategia AIEPI a nivel institucional, comunitario, municipal, departamental y/o Nacional. Es una herramienta para los tomadores de decisiones, como los Secretarios de Salud del nivel departamental, municipal, coordinadores de salud pública, gerentes de salud y las autoridades nacionales, departamentales, municipales, así como el equipo de salud; para que 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, Plan Territorial de Salud Desarrollo y Planes operativos institucionales.

Esta guía nos indica paso a paso cómo elaborar planes operativos, trabajo que inicia con un proceso de abogacía y concluye con la evaluación y monitoreo de las acciones. Con esta guía se busca contribuir a la aplicación e implementación del Plan Nacional de Salud Pública y se pretende que llegue a ser una herramienta que ayude a garantizar la titularidad de los derechos de los niños y de las niñas de Colombia.

JUSTIFICACIÓN

Un Plan Operativo (PO) se hace necesario dado 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 espera alcanzar y sirve de elemento para el seguimiento por parte de los entes de Vigilancia y Control para garantizar a los niños, a las niñas y a la madre gestante, su pleno desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión¹, respondiendo de esta manera al propósito de las diferentes iniciativas que buscan mejorar la calidad de vida de niños y niñas en Colombia

¹ Ley de Infancia.





LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI): IMPORTANCIA DE SU IMPLEMENTACIÓN EN EL NIVEL LOCAL

1. ¿Qué es AIEPI?

AIEPI - Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - es una estrategia que tiene como finalidad 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. AIEPI, busca incorporar en los servicios de salud una evaluación integrada e integral de los niños y las niñas cuando entran en contacto con un proveedor de asistencia en salud, ya sea en una institución o en la comunidad y asimismo, incluir dentro de las acciones cotidianas de distintos actores sociales actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

2. ¿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.

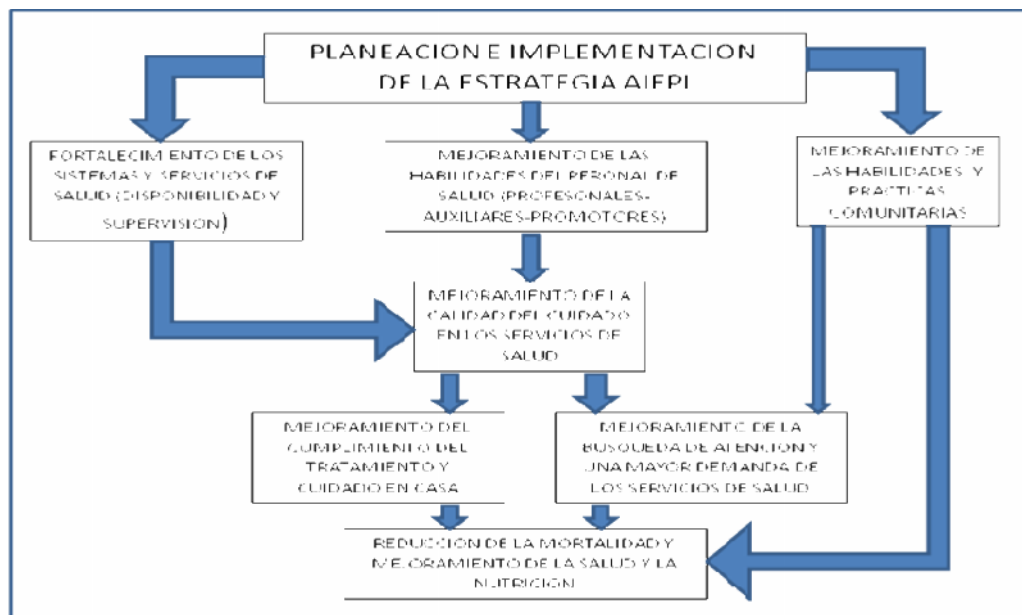
3. Marco conceptual de la estrategia AIEPI

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 de mejorar las habilidades del personal de salud para brindar una atención de calidad.
- Componente de mejorar los sistemas y servicios de salud, proporcionando las condiciones que permitan atender de manera integral e integrada.
- Componente de 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 No.1. Marco Conceptual para la planeación e implementación de la Estrategia AIEPI



Tomado y ajustado de: Bryce et al. The multi-country evaluation of the integrated management of childhood illness strategy: lesson for the evaluation of public health interventions. American Journal of Public Health. March 2004, Vol 94 No.3.

4. ¿Qué utilidad tiene implementar AIEPI?

AIEPI es una estrategia que integra las mejores medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad:

- 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).
- Para la detección precoz y tratamiento efectivo de las enfermedades más frecuentes prevalentes (problemas perinatales, neumonía, diarrea, malaria, desnutrición o anemia, entre otros).

Y al mejorar 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.

5. Beneficios de la estrategia AIEPI

5.1. Políticos: los actores sociales y líderes comunitarios trabajan activa y conscientemente por mejorar la salud familiar, fortalecen su rol social y participan en la gestión de la salud de su comunidad.

5.2. 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.

5.3. 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.

6. La salud infantil y la estrategia AIEPI

Según los reportes del 2008 por parte de UNICEF y Save the Children, cada año en el mundo mueren 10 millones de niños antes de los 5 años de edad, de manera que cada 3 segundos muere un niño en algún lugar del planeta. De estas muertes cuatro millones corresponden a niños menores de 28 días, de los cuales, tres millones mueren la primera semana, y de estos, dos millones durante el primer día². La elevada tasa de mortalidad infantil en países en desarrollo es una consecuencia directa de diversos factores que hacen a millones de niños en el mundo vulnerables a infecciones e incluso a morir, tales como los sistemas sanitarios insuficientes y la falta de acceso a los mismos, la desnutrición, la falta de agua potable, las condiciones de higiene mínimas, la falta de posibilidades para combatir esta situación y un pobre grado de alfabetización de las niñas.

La encuesta nacional de demografía y salud (ENDS) de 2005, en Colombia se evidencia que la "tasa de mortalidad infantil disminuyó a la mitad en los últimos 20-24 años, desde 41 por mil en el quinquenio 1980-1985 a 19 por mil en el 2000-2005. La tasa de mortalidad neonatal pasó de 23 por mil a 12 por mil. La

mortalidad postneonatal pasó de 18 a 6 por mil. Sin embargo, encontramos fuertes diferencias entre la zona rural y la zona urbana. La mortalidad infantil sigue siendo más alta en la zona rural 24 x mil frente a 17 por mil de la zona urbana; esto posiblemente se encuentre relacionado con niveles de educación de la madre y acceso a los servicios de salud. Sin embargo y pese a la mejora de los indicadores de salud infantil en el país, el problema de inequidad y desigualdad dentro de los sistemas de salud hacen que la oportunidad y la calidad de los mismos no son satisfactorios³.

La mayoría de estos problemas continúan afectando la salud de la niñez y son responsables de alrededor de las dos terceras partes de las muertes anuales en las Américas y en Colombia; sin embargo pueden ser prevenidos o tratados mediante la aplicación de intervenciones sencillas y de bajo costo. No obstante, 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.

² Save the Children. Situación de la infancia: Salvar vidas en tiempos de crisis. 2008. Disponible en: http://www.fundacionluisvives.org/upload/07/26/Informe_Crisis1008_1_.pdf

³ Colombia retrocede en salud pública. En: El Tiempo, Bogotá: (7 oct. 2006).





MARCO LEGAL DE LA ESTRATEGIA AIEPI

Como marco para la implementación de la Estrategia se tienen en cuenta los lineamientos de política del Plan nacional de Salud Pública (Decreto 3039 del 2007) y los Planes Territoriales de Salud (Resolución 425 del 2008):

Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida

- a. Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de los planes locales de salud infantil y control social de la política nacional de primera infancia y plan nacional de niñez y adolescencia.
- b. Desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario para mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad en la prevención y control de las enfermedades prevalentes de la infancia, Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia - AIEPI.
- c. Desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario para mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad para la promoción del buen trato al menor y la solución pacífica de conflictos.
- d. Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural, para promover los derechos en salud de la infancia y estilos de vida saludable.
- e. Promoción de las medidas de protección para la ubicación familiar de los niños y jóvenes con derechos vulnerados.
- f. Abogacía para desarrollar estrategias que promuevan la conformación de entornos favorables a la salud de la infancia y la adolescencia y prevención de accidentalidad con los sectores competentes y el fondo de prevención vial.
- g. Promover en el hogar ámbitos escolares e instituciones como guarderías y hogares de bienestar hábitos higiénicos de salud bucal como rutina de cuidado diario desde el nacimiento, primera infancia y edad escolar.
- h. Promover en los padres y cuidadores factores protectores para la salud bucal tales como: no usar chupos y biberones, establecer hábitos higiénicos orales y resaltar la importancia del cuidado del sexto molar y del control por odontólogo
- i. Vigilancia de la estrategia de fluoración de la sal y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y control de la fluorosis.
- j. Promover en los ámbitos laborales los hábitos higiénicos en salud oral y el ejercicio de los derechos y deberes de los usuarios a los servicios de salud bucal.

Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

- a. Promover proteger y apoyar en todos los ámbitos la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y con alimentación complementaria adecuada hasta los primeros dos años de vida y más.
- b. Garantizar el desarrollo de la estrategia instituciones amigas de la mujer y la infancia.
- c. Implementar en todas las entidades promotoras de salud - EPS e instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS la estrategia Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI.
- d. Garantizar el desarrollo de la estrategia de vacunación sin barreras.
- e. Suplementación con vitamina A, "estrategia PAI - plus" en poblaciones de riesgo.
- f. Introducción de nuevos inmunobiológicos al Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI, según evaluación de costo efectividad, factibilidad pro gramática y riesgo poblacional.





- g. Implementar en todas las entidades promotoras de salud - EPS e instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS estrategias para mejorar la prevención y control de la retinopatía perinatal, la sífilis gestacional y congénita; la detección y control del hipotiroidismo congénito.
- h. Impulsar el desarrollo del programa canguro para la atención del recién nacido de bajo peso al nacer en las instituciones prestadoras de servicios de salud, con los criterios de calidad requeridos.
- i. Mejorar el acceso y calidad en la prestación de los servicios de prevención y control de los riesgos y atención de las enfermedades que afectan a los niños y niñas, así como a sus madres durante el control prenatal y la atención del parto.
- j. Fortalecer dentro de la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia el rol de la familia para proteger la salud oral y generar hábitos higiénicos para su mantenimiento
- k. Difundir y vigilar el cumplimiento de la norma técnica de atención preventiva en salud bucal.
- l. Garantizar el acceso a servicios de calidad de salud oral, de conformidad con lo establecido en los planes obligatorios de salud – POS, del régimen contributivo y del régimen subsidiado.
- m. Fomentar una estrategia de información a las embarazadas y de educación al personal de salud sobre la importancia del componente de salud oral en el control prenatal y su impacto en el control del riesgo de la preeclampsia.
- n. Promover en las madres, padres y cuidadores el primer acceso a los servicios odontológicos en los niños menores de 1 año

Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

- a. Implementar un sistema de vigilancia de las anomalías congénitas con énfasis en rubéola, sífilis y toxoplasmosis, y de la mortalidad perinatal, neonatal e infantil.
- b. Fortalecer la vigilancia de los riesgos y determinantes de la salud infantil, a través del diseño y disposición de metodologías estandarizadas de carga de enfermedad y vigilancia de acceso y calidad de atención.
- c. Realizar estudios de costo efectividad, carga de enfermedad y de factibilidad pro gramática para la introducción de nuevas vacunas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.
- d. Fortalecer la formación continua y específica del recurso humano que se requiere para la atención integral y manejo de los riesgos relacionados con la salud infantil.
- e. Implementar la vigilancia multisectorial de maltrato infantil (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, Instituto Nacional de Medicina Legal, comisarías de familia, personerías y policía) para realizar intervenciones con base en la información generada.
- f. Promover en el hogar ámbitos escolares e instituciones como guarderías y hogares de bienestar hábitos higiénicos de salud bucal como rutina de cuidado diario desde el nacimiento, primera infancia y edad escolar.
- g. Promover en los padres y cuidadores factores protectores para la salud bucal tales como: no usar chupos y biberones, establecer hábitos higiénicos orales y resaltar la importancia del cuidado del sexto molar y del control por odontólogo
- h. Vigilancia de la estrategia de fluoración de la sal y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y control de la fluorosis.
- i. Diseño y ejecución de la III Encuesta Nacional de Salud Bucal - ENSB.
- j. Desarrollo de una estrategia de vigilancia centinela para las fluorosis.

Al igual es necesario tener en cuenta que las actividades desarrolladas y evaluadas en la implementación de la Estrategia tienen soporte en la normatividad vigente





Cuadro 1. Normatividad vigente que soporta las acciones en AIEPI

Tema	Normas Técnicas 412	Guías de Atención 412
Planificación Familiar	Normas Técnicas para la Atención en Planificación Familiar	
Cuidado Prenatal	Normas Técnicas para la Detección temprana de las Alteraciones del Embarazo.	Guía de Atención de las Complicaciones Hipertensivas Asociadas al Embarazo
		Guía de Atención de las Complicaciones Hemorrágicas Asociadas al Embarazo
Atención del Parto	Normas Técnicas para la Atención del Parto.	
Atención al Recién Nacido pos-parto inmediato y alas 72 horas	Normas Técnicas para la Atención al Recién Nacido	
Alto riesgo Neonatal		Guía de Atención del Bajo Peso al Nacer
Crecimiento y Desarrollo	Normas Técnicas para la detección temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el menor de 10 Años.	Guía de Atención al Menor Maltratado
	Normas Técnicas para la Vacunación según el programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI	
	Normas para la Detección Temprana de las Alteraciones la Agudeza Visual	
	Normas Técnicas para la Atención Preventiva en Salud Bucal.	
Salud Bucal	Norma de Atención Preventiva en Salud Bucal.	

Fuente: Arias, P. Revisión y ajuste del modelo de gestión para la atención en AIEPI. 2009.

Por lo anterior, la estrategia AIEPI encaja en el marco legal vigente en Colombia y permite ser el eje articulador para facilitar la atención integral a la infancia y mejorar la calidad en la atención, aumentar la calidez y disminuir las oportunidades perdidas, con el fin de alcanzar los objetivos del milenio y las metas departamentales, nacionales e internacionales.

IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA AIEPI

Para la implementación de la Estrategia es necesario tener en cuenta, que este es un proceso integral que abarca cada uno de los componentes de manera simultánea. De esta manera en el Cuadro No.2 se presentan los criterios para la implementación y en el cuadro No.3 los aspectos que se evalúan al final de este proceso



Cuadro No.2 Criterios de implementación

CRITERIO	DESCRIPCION
Entrenamiento	Mas del 70% de los trabajadores de salud entrenados en la estrategia
Supervisión	Supervisión al personal entrenado después de 6 meses de la capacitación
Calidad del cuidado	Medición de la calidad de la atención del personal
Disponibilidad de medicamentos	Disponibilidad de los tratamientos, basados en facilidad de obtenerlos
Disponibilidad de vacunas	El establecimiento de salud cuenta con la disponibilidad adecuada de vacuna para garantizar la cobertura total
Equipamiento	Equipo necesario para la atención integral
Utilización	Numero de personal que atienden con la estrategia
Comportamientos de los cuidadores	Documentación sobre los comportamientos de los cuidadores y sus cambios
Cuidado de la enfermedad en casa	Mecanismos de reconocimiento de manejo y signos de peligro que se refleje en la demanda

Tomado y ajustado de: Bryce et al. The multi-country evaluation of the integrated management of childhood illness strategy: lesson for the evaluation of public health interventions. American Journal of Public Health. March 2004, Vol 94 No.3.

Cuadro No.3 Criterios para la evaluación de la implementación

INDICADOR	PREGUNTA	Ejemplo del Indicador
PROVISION	El servicio está disponible?	Numero de personal de salud que maneja la estrategia
	Son ellos accesibles?	Donde están ubicados
	Su calidad es satisfactoria?	Numero de personal de salud que realizan la estrategia con calidad
UTILIZACION	Están los servicios siendo utilizados?	Numero de niños que demanda el servicio
COBERTURA	El objetivo está siendo alcanzado?	Numero de niños atendidos integralmente
IMPACTO	Se han mejorado los patrones de comportamiento de salud - enfermedad	Reducción de la morbilidad Reducción de la mortalidad Mejoramiento de los indicadores de calidad de vida

Tomado y ajustado de: Bryce et al. The multi-country evaluation of the integrated management of childhood illness strategy: lesson for the evaluation of public health interventions. American Journal of Public Health. March 2004, Vol 94 No.3.





PASOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI

El Plan Operativo AIEPI, es una herramienta metodológica, que tiene como objetivo fundamental facilitar la implementación de la Estrategia, abordando la situación de salud infantil de manera integral, con la participación de los distintos actores sociales presentes en una realidad, para elaborar un plan de trabajo.

1. ¿Quiénes deben participar en la formulación del PO?

- Autoridades nacionales, departamentales, municipales: gobernadores, alcaldes, secretarios de salud.
- Gerentes o directores de establecimientos de salud, de ESES, EPS de régimen subsidiado y contributivo, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Directores o coordinadores de programas como Salud Infantil, AIEPI, salud Pública o proyectos de salud y desarrollo como familias en acción.

2. Las características relevantes del PO son:

Su formulación debe ser **concertada** como producto del trabajo del equipo de salud (Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), Empresas Promotoras de Salud (EPS) y 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**, porque permite ajustes cuando son necesarios.

3. La importancia de la interculturalidad en el Plan Operativo

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

Incorporar la perspectiva de interculturalidad en los servicios de salud debe coadyuvar a forjar una sociedad democrática y equitativa, pues es la respuesta del sector salud para superar la situación de exclusión en la que se encuentran las poblaciones pertenecientes a grupos étnicos en Colombia, por la desconfianza y la distancia que muchos sienten frente a los servicios de salud.

Trabajar desde una perspectiva intercultural plantea:

- Una relación entre iguales, entre pares, donde se reconozca a la persona.
- Desarrollar formas de interacción basadas en el vínculo y la expresión de afectos.
- Generar nuevos canales de comunicación que validen al otro/otra desde sus propias categorías.
- Promover confianza, libertad, alegría y seguridad en sí mismos.

Estas formas de expresión son operativizadas a través de la palabra como una estrategia no solo comunicativa sino central en el logro del reconocimiento y del vínculo.



En este sentido, el tema de salud desde la perspectiva intercultural no es un enfoque más, sino un tema que apunta a la equidad y a la disminución de la morbi-mortalidad en este grupo con el fin de alcanzar los Objetivos del Desarrollo del Milenio. Esto implica:

- Reconocer positivamente la existencia de diversidad (en los ámbitos personal, familiar, de la comunidad, la sociedad y el Estado)
- Proponer el diálogo horizontal y enriquecedor de diferentes culturas.
- Reconocer, armonizar y negociar las innumerables formas de diferencias que existen en el País⁴.

Aquellos que participen en el PO puedan ser capaces de crear redes a escala comunitaria, incrementando las capacidades de las organizaciones sociales para implementar cambios en el ámbito social y al interior de las diferentes culturas, tomando en cuenta la diversidad cultural del país. 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.

4. Etapas para la formulación del plan operativo

La formulación del PO de la estrategia AIEPI es un proceso secuencial que requiere en todo momento un fuerte proceso de gestión y abogacía y que consta de cuatro etapas o momentos:

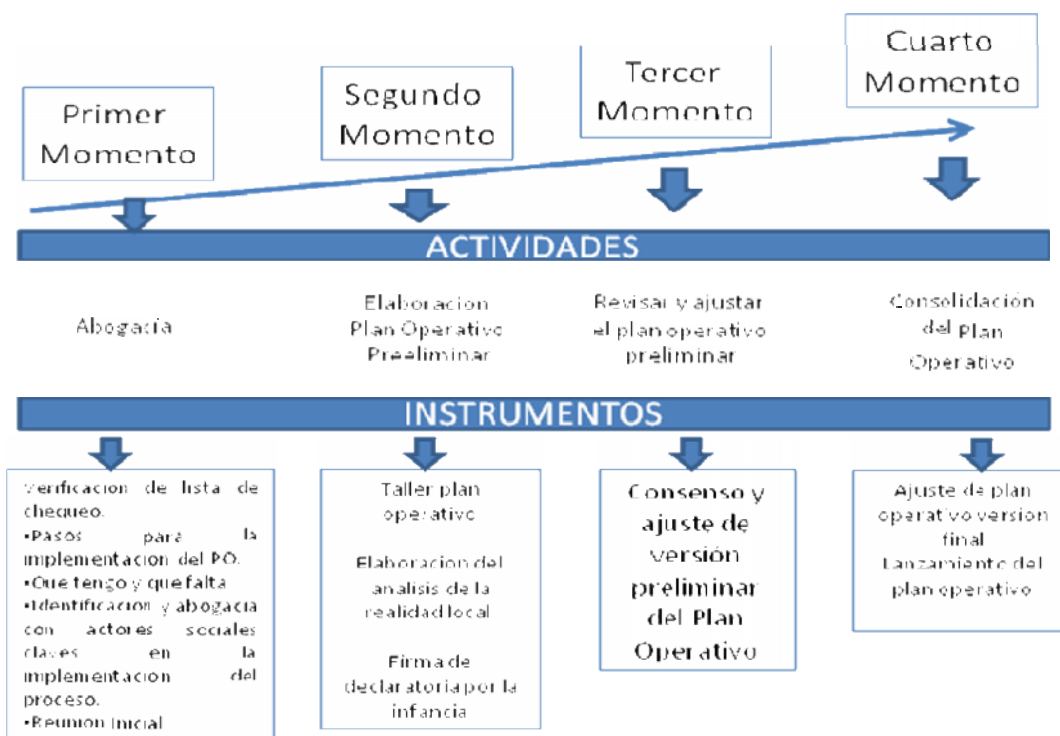


Diagrama adaptado de: Manual de Implementación en Gestión Ética para entidades públicas. USAID.2003

⁴ Una visión de salud Intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. OPS. 2008. pp. 35-36-37.



Gestión y abogacía

El proceso de implementación de AIEPI es un buen ejercicio en el cual la abogacía es el elemento fundamental para el posicionamiento de estrategias. Pero esta abogacía debe ser entendida como un ejercicio permanente con diferentes actores sociales que tienen en sus manos la responsabilidad del bienestar de la infancia.

Luego de entendido este proceso como un componente trazador de la implementación de la estrategia, la convocatoria a responsables directos de instituciones, programas y otros es posiblemente otra pieza importante para dar vida a la estrategia. El compromiso de acompañamiento y monitoria permanente a los municipios que decidieron iniciar este proceso posiblemente se constituya en un buen sustrato que dará sostenibilidad a la estrategia AIEPI.

Usted decide si convoca los actores claves identificados o si lo hace a través de visitas a cada uno de ellos. Recuerde, el tiempo de estos actores es muy limitado por lo cual se recomienda abarcar los temas propuestos en un tiempo no mayor de una hora. Dependiendo del éxito de su reunión, usted decide si es necesario realizar otras reuniones o si en este primer contacto es posible hacer firma de acta de compromiso de implementación de la estrategia AIEPI

El proceso de cabildeo tiene una duración aproximada de dos a tres meses y debe finalizar con una mesa de trabajo de no más de tres horas en las cuales se ratifica el compromiso de los asistentes para implementar la estrategia AIEPI y la conformación de una mesa técnica que será la responsable de la elaboración del plan operativo.

Finalmente, es importante señalar que los contextos del país varían y cada municipio tiene dinámicas enmarcadas por distintos problemas que requieren de intervenciones urgentes no sólo dirigidas a sus pobladores sino, además, a los funcionarios que trabajan en cada una de las instituciones.





I. ANALISIS DE LA REALIDAD LOCAL

CARACTERIZACION DE LA SITUACION ACTUAL DE LA ESTRATEGIA

La realización de la caracterización de la situación actual y la priorización de problemas permite identificar la realidad de los departamentos, municipios, redes de salud e instituciones prestadoras de servicios en salud, la definición de la problemática en la salud materno infantil, dificultades en la implementación de la estrategia AIEPI, y el grado de compromiso académico de las instituciones formadoras de personal en el área de salud, para llegar a priorizar los ámbitos de intervención en cada una de las Empresas Promotoras de Salud como responsables de garantizar la calidad de atención de la población asegurada.

La caracterización 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.

Para obtener esta información es necesario diligenciar la siguiente tabla para determinar la situación problemática dentro de cada uno de los componentes de la estrategia:

Tabla No.1 Situación problemática dentro de cada uno de los componentes de la estrategia AIEPI

Componente	Tabla	Ruta diagnóstica	Situación Problemática
FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Indicadores de desarrollo	La población que sea objeto de su intervención cuenta con un NBI y condiciones de saneamiento que les permite una calidad de vida óptima	
	Indicadores de morbi mortalidad	Cuales son las causas de las:	
		3 primeras causas de mortalidad materna	
		3 primeras causas de mortalidad perinatal	
		3 primeras causas de mortalidad infantil	
		3 primeras causas de mortalidad de niños menores de 5 años	





	RECURSOS	Cuales son las causas de que no se cuente con los recursos establecidos para el nivel:
		Primer nivel publico
		Primer nivel privado
		Segundo nivel publico
		Segundo nivel privado
		Tercer nivel publico
		Tercer nivel privado
		Otros
	MEDICAMENTOS	Cuales son las causas de que no se cuente con los medicamentos establecidos para el nivel:
		Primer nivel publico
		Primer nivel privado
		Segundo nivel publico
		Segundo nivel privado
		Tercer nivel publico
		Tercer nivel privado
		Otros
	INSUMOS	Cuales son las causas de que no se cuente con los insumos establecidos para el nivel:
		Primer nivel publico
		Primer nivel privado
		Segundo nivel publico
		Segundo nivel privado
		Tercer nivel publico
		Tercer nivel privado
		Otros
MEJORAMIENTO DE LA HABILIDADES DEL PERSONAL	CAPACITACION	Cuales son las deficiencias y dificultades en capacitación del personal:
		Clínico
		Comunitario
		Actores Sociales
		Cuales son la deficiencias y dificultades para el seguimiento del:
		Clínico
		Comunitario
		Actores Sociales





MEJORAMIENTO DE LAS PRACTICAS FAMILIARES Y COMUNITARIAS	INFORMACIÓN DEL ESTADO DE LA IMPLEMENTACIÓN A NIVEL COMUNITARIO	Se cuenta con la información suficiente acerca de este componente para la toma de decisiones	
		¿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 cinco años? ¿Qué han hecho al respecto?	

La caracterización comienza a elaborarse 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.

En la caracterización de la situación actual se seguirán los siguientes pasos:

1. Caracterización del territorio, área de trabajo y de la población.
2. Situación de salud y desarrollo del departamento, municipio, institución.
3. Información del funcionamiento del sistema local de salud, de las Empresas Promotoras de Salud y Empresas Sociales del Estado, esta información se obtendrá en acciones de asistencia técnica con los municipios empleando formato de la situación en salud y prestación de servicios que será diligenciado por cada municipio, prestadora y aseguradora.
4. Actores sociales de la localidad y las entidades de salud.
5. Análisis de la información y priorización de las áreas de riesgo para la implementación de la estrategia AIEPI.





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

Información de la localidad: ubicación geográfica

Esta tarea empieza con la información general del departamento, municipio y/o institución de salud, demografía, epidemiología y situación socioeconómica. Algunos de estos datos serán importantes para la caracterización de la situación actual en salud. Si usted ya elaboró el de salud territorial, la información allí recogida le será de muchísima utilidad.

Recuerde que el plan operativo AIEPI es una herramienta de trabajo para complementar los planes de salud territoriales y los planes operativos anuales.

Para este fin se debe consultar fuentes oficiales. Para los datos poblacionales se deben tener en cuenta las estadísticas del Departamento Nacional de Estadística DANE, tales como Censo 2005, estimaciones del censo 2005 y otros censos, estadísticas vitales proyecciones de poblaciones DANE, registros de certificados de defunción. Para otros efectos, registros de base de datos SISBEN, SIVIGILA; PAISOFT; base de datos de Acción Social: resultados de encuestas nacionales, indicadores básicos de salud-MPS; DNP; Instituto Nacional de Salud, Biblioteca Virtual de Salud Pública, Secretarías de salud departamentales. Las siguientes son algunas recomendaciones generales para la obtención y uso de información:

1. Año cero (0) o Punto de partida: año 2005
2. Denominador poblacional: datos de población Censo 2005 y estimaciones del censo 2005.

A continuación y siguiendo exactamente los mismos parámetros de los planes de salud territorial, para que usted no duplique esfuerzos se propone exactamente los mismos cuadros que consultan sobre alguna información necesaria para elaborar la caracterización de su municipio o departamento. Los datos que aparecen como respuesta en algunas casillas son ejemplos de un supuesto municipio.

A continuación se resumen en un cuadro los puntos que debe contener la parte inicial de la caracterización:

1. Primera parte: descripción general
2. Segunda parte: situación de salud e indicadores de salud
3. Tercera parte: situación de actores sociales y prácticas claves.
4. Priorización de problemas.

Primera parte

CARACTERIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO O DEL MUNICIPIO O RED PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD.

1. Aspectos generales del departamento, municipio o institución. En este punto se debe describir los siguientes aspectos de índole geográfica: ubicación, hidrografía, límites, si contiene resguardos, entre otros. Además describir su división política y administrativa y realizar un mapa del departamento y o municipio. Se debe señalar los aspectos más relevantes que afectan al departamento o al municipio.





Tabla No 2. Características geográficas.

MUNICIPIO	CARACTERÍSTICAS GENERALES		DESCRIPCION	INFLUYE DE ALGUNA MANERA EN LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD.
	Características Físicas	Ubicación general		
		Hidrografía		
		Relieve		
	Características Socio Económicas y Políticas	Situación de desplazamiento.		
		Conflicto armado		
		Cultivos ilícitos		
		Actividades económicas		
		Riesgos y amenazas naturales y antrópicas		
		Distancias hacia los centros poblados, resguardos etc.		
		Vías de comunicación y medios de transporte		
		Medios de comunicación		
		Electrificación		

Segunda parte: situación de salud e indicadores de salud

1. Situación de salud, demografía, capital humano y pobreza.

Datos demográficos: es importante conocer, a través de datos oficiales (www.dane.gov.co), e información epidemiológica entre otras, las cifras de:

- La población de menor de 0 a 5 años de edad
- Las mujeres en edad fértil (desde los 10 años hasta los 49)
- Las mujeres gestantes

Toda fuente que se utilice debe ser mencionada. 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, certificados de nacidos vivos, registro civil, 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 en el ámbito local.





- 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 por ciento de la población total,
 - Población de menores de 1 año: 3.5 por ciento de la población total,
 - Población de mujeres en edad fértil: 25 por ciento de la población total,
 - Gestantes: 4 por ciento de la población total.

Tabla 3. Población del área geográfica

MUNICIPIO	Población Total	Población menor de 5 años						Mujeres 10 a 49	Gestantes	Número de nacimientos
		<de 1		1 a 4		4 a 5				
		M	F	M	F	M	F			

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 3 y 4 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.

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

Consigne la información solicitada en la tabla 4 con datos que son utilizados en el país.





Tabla 4. Indicadores de desarrollo: determinantes de la salud y factores de riesgo

Indicador de desarrollo	Definición	Fuente	Valor local
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 demás.	
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.	
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".	Buscar en el POT, en la página de internet del DANE	

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

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

Mortalidad materna

Indicador	Fuente	Valor
Tasa de mortalidad materna		

Tres primeras causas de mortalidad materna

Causa	No de casos	%	Indicador





Mortalidad Perinatal - Neonatal

Indicador	Fuente	Valor
Tasa de mortalidad perinatal (hasta 28 días) pueden ser eventos obstétricos o infantiles.		

Tres primeras causas de mortalidad perinatal – neonatal

Causa	No de casos	%	Indicador

Mortalidad Infantil

Indicador	Fuente	Valor
Tasa de mortalidad infantil (TMI)		
Tasa de mortalidad en menores de 5 años (TMM5)		
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años		
Tasa de mortalidad por ERA en menores de cinco años por sexo		

Tres primeras causas de mortalidad en la niñez

Causa	No de casos	%	Indicador





Morbilidad y Mortalidad por enfermedades que son objeto de la estrategia AIEPI

Indicador	Fuente	Valor
Número de niños menores de 5 años con diagnóstico de malaria, dengue, tuberculosis, VIH/SIDA (ODM)		
Porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición global.		
Porcentaje de niños menores de cinco años con diagnóstico de Maltrato.		

Vacunación

Indicador	Fuente	Valor
Niños menores de 1 año con Polio	Secretaría de salud	
Niños de 1 año a 5 años con Triple Viral	Secretaría de salud	

Salud Bucal

Indicador	Fuente	Valor
Porcentaje de niños menores de 5 años con diagnóstico de caries	Registro individual de prestación de servicios (RIPS)	
Índice ceo-d	Historias clínicas de los niños menores de 5 años valorados en odontología.	
Índice de Loe y Silness	Historias clínicas de los niños menores de 5 años valorados en odontología.	





2.3. Información del sistema local de salud para la atención de mujeres, niños y niñas

2.3.1 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 la niñez, y que será el principal actor en la aplicación de los lineamientos y criterios propuestos en la estrategia AIEPI.

Tabla No 5. Indicadores de la situación de salud de mujeres gestantes, niños y niñas.

Indicador	Definición	Fuente	Valor
Proporción de partos institucionales	Número de partos institucionales que se dan en un período 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 cuatro o más CPN.	Registros de salud.	
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 estadísticas vitales, certificados de nacidos vivos, historia clínicas de hospitales del área o región.	
Prevalencia anual de déficit nutricional moderado y grave en niños	Número 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).	Encuestas información de estadísticas vitales, certificados de nacidos vivos, historias clínicas de hospitales del área o región.	
Porcentaje de consultas de niños menores de 5 años.	Número de consultas de niños menores de 5 años.	Total de consultas de la población en general.	
Accesibilidad a los servicios de salud	Hospitales IPS habilitadas	IPS IPS, SSM	
Porcentaje de consultas odontológicas de niños menores de 5 años	Número de consultas odontológicas de niños de menores de 5 años. (RIPS)	Total de consultas odontológicas de la población general. (RIPS)	





Primeras causas de consulta de urgencias para niños menores de 5 años, con denominación y código CIE 10 (lista ampliada).*

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Primeras 10 causas de consulta general para niños menores de 5 años, con denominación y código CIE 10.*

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

*La base para la consecución de información es el CIE10 que puede servir de punto de partida a esta lista de indicadores puede ser la siguiente: Enfermedades infecciosas intestinales (A01-A09); Difteria (A36); Tos convulsa (A37); Infección meningocócica (A39); Tétanos (A33-A35); Septicemia (A40-A41); Sarampión (b05); Malaria (084); Desnutrición (260-E40-E64); Anemia (D50-D53) ; Meningitis (G00- G04), Infecciones respiratorias agudas (00-j06); Bronquitis y bronquiolitis (j20-J22); Neumonía (J10-J17); Influenza (J18). Recientemente se han incorporado las principales afecciones perinatales relacionadas con la mortalidad en este periodo: sépsis, infecciones perinatales, asfixias y malformaciones congénitas (MFC). **ANEXO 1**

En la tabla 6 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 6** 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 de complejidad.
- Coloque **SÍ** o **NO** en cada columna de “Servicios y recursos con los que cuenta la institución”, de acuerdo con la disponibilidad real de los mismos (accesible y en buen estado).
- Suma los parciales para cada una de las columnas. Para la primera columna puede identificar el número de establecimientos por cada nivel de complejidad; para las columnas de servicios y recursos puede identificar la proporción de establecimientos que cuentan o no con cada tipo de servicio.





Tabla 6. Descripción de los Servicios de Salud del Área

Departamento/Municipio: _____

Año: _____

NIVEL DE ATENCION	Nombre del establecimiento o	NATURALEZA (privado o público)	SERVICIOS Y RECURSOS CON QUE CUENTA LA INSTITUCIÓN											
			Consulta médica	Atención de urgencia	Vacunación	Consultorio de control de crecimiento y desarrollo	Consultorio odontológico	Farmacia	Hospitalización	Sala de partos	Laboratorio	Unidad de radiología	Sistema de referencia/contrareferencia	Ambulancia y mecanismo de transporte
Primer nivel														
Segundo nivel														
Tercer nivel														
Otros servicios segmentados como consultorios particulares														
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 6-A (medicamentos) y 6-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 6a 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 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 7 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 con la disponibilidad real de los mismos.





Tabla 6a. Medicamentos necesarios para la implementación de la estrategia AIEPI

Nivel de Atención	Nombre del establecimiento de salud	Dicloxacilina	Gentamicina	Ampicilina	Ácido Nalidíxico	Penicilina benzatínica	Amoxacilina	Trimetropin sulfa	Doxiciclina	Nistatina oral	coartem x 10 mg	Cloroquina	Quinina
Primer Nivel													
Segundo Nivel													
Tercer Nivel													
Otros													





Tabla 6b. Otros insumos para la implementación de la estrategia AIEPI

Nivel de Atención	Nombre del establecimiento de salud	Sol. Lactato de ringer	Sol. Salina normal	SRO	Acetaminofen	Mebendazol	Vit. A	Hierro	Solución oftálmica	Vit. K
Primer Nivel										
Segundo Nivel										
Tercer Nivel										
Otros										

Nivel de Atención	Nombre del establecimiento de salud	Medicamentos de uso neonatal								Vacunas									
		Ampicilina	Penicilina G sódica cristalina O P: G PROCAINA	Gentamicina	Amikacina	Dicloxacilina	Nistatina	Antibiótico oftálmico	Vit. K	BCG	Anti polio	DPT	Hib	HB	TV	TTD	Fiebre Amarilla	Anti neumocócica	Anti rotavirus
Primer nivel																			
Segundo nivel																			
Tercer nivel																			
Otros																			





Tabla 7. Insumos para la evaluación, clasificación y aplicación del tratamiento

Nivel de Atención	Nombre del establecimiento de salud	Insumos para control de crecimiento y desarrollo						Insumos para vacunación							
		Termómetros	Balanza para pesar recién nacidos	Balanza con tallímetro?	Carné de Crecimiento y desarrollo	Carnet de vacunación	Material educativo de apoyo	Jeringas y agujas	Gasa	Agua destilada o solución salina	Nevera (Tipo)	Termómetro para refrigerador	Termos	Pilas	Caja Térmica
Primer Nivel															
Segundo Nivel															
Tercer Nivel															
Otros															

Nivel de Atención	Nombre del establecimiento de salud	Sala Era		UROC	UAIRA	Formularios de Registros		Otros insumos					
		Institucional	Situacional			< de 2 meses	De 2 meses a 5 años	Tarjetas para la madre	Eq. Venoclisis	Sondas naso gástricas	Gasa	Cuadro de procedimientos AIEPI	Equipo para esterilización
Primer Nivel													
Segundo Nivel													
Tercer Nivel													
Otros													





Nivel de atención	Nombre del establecimiento de salud	Insumos para odontología																		
		Guantes	Bajalenguas	Algodones en rollo	Gasas	Cepillos de dientes	Sustancia tinción reveladora de placa	Espejo de mano	Seda dental	Copa de Caucho	Pasta profiláctica	Cepillos para profilaxis	Fluor en barniz	Flúor en Solución 2%	Fluor en Gel 1,23%	Cubetas para fluor	Eyectores	Sellantes de fotocurado	Sellantes de autocurado	Agua oxigenada
Primer Nivel																				
Segundo Nivel																				
Tercer Nivel																				
Otros																				





2.4 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:

Para las gestantes o madres y acompañantes de los niños:

VARIABLES	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			

2.4.1 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, auxiliares y parteras complementadas 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 8 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 municipio / departamento y año al que corresponde la información.
- Consigne el nombre de cada una de las instituciones identificando el nivel de complejidad que corresponda.
- Coloque en cada columna la cantidad de recursos humanos existentes en las instituciones, considerando: médicos, enfermeras, auxiliares técnicos en salud pública, auxiliares de odontología 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, parteras).
- Escriba en las columnas (CAPACITACION) la cantidad de personal capacitado en AIEPI por grupo ocupacional, especificando cuántos hay en cada curso: a) AIEPI Clínico, b) Actores sociales en salud, c) Agentes comunitarios en salud
- En las columnas (SEGUIMIENTO) indique el número de personal de salud, por grupo ocupacional que ha recibido al menos una visita de seguimiento posterior a su capacitación.





Tabla 8. Información sobre el personal de salud que atiende a menores de 5 años por establecimiento de salud

Departamento/Municipio: _____

Año _____

Nivel de Atención	Nombre del establecimiento de salud	Médicos			Enfermeras o Enfermeros profesionales				Auxiliares de Enfermería			Técnicos en salud pública			Auxiliares de Odontología		
		Total	Capacitación		Seguimiento	Total	Capacitación			Seguimiento	Total	capacitación		Seguimiento	Total	capacitación	
			a	b			a	b	c			b	c			b	c
Primer Nivel																	
Segundo Nivel																	
Tercer Nivel																	
Otros																	
Total del Área																	

- a. AIEPI Clínico
- b. Actores Sociales en salud
- c. Agentes Comunitarios en Salud





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).

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

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 8 esta se basa en algunas preguntas clave que evalúan 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 local de salud para obtener una idea más clara del funcionamiento de los servicios de salud que permiten sacar las conclusiones.

Para una medición cuantitativa de la calidad de la atención se sugieren una serie de indicadores disponibles en el **ANEXO 2**

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

Tabla No 9. Preguntas claves para la identificación de problemas en la atención de niños y niñas menores de 5 años

PREGUNTAS CLAVES	RESPUESTA		DESCRIPCION
	SI	NO	
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?			
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.			
¿Existen y se encuentran en funcionamiento los sistemas de registro?			
¿Existe un procedimiento estandarizado para la adquisición y entrega de medicamentos e insumos para AIEPI? ¿Cuáles son las dificultades en este procedimiento?			
¿Existe demanda insatisfecha de atención de gestantes y niños?			
¿Se ha medido la demanda de atención por parte de la población? ¿Cómo y cuando?			
¿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?			
Existe un uso excesivo de tecnologías de diagnóstico y de tratamiento para la atención de niños que padecen enfermedades que son objeto de AIEPI.			



3. Los actores sociales de la localidad y el estado de las prácticas claves

3.1 Información del estado de la implementación a nivel comunitario

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, por medio de la siguiente tabla:

Tabla No.10 Estado de las prácticas clave

PREGUNTA CLAVE	RESPUESTA
¿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 9 y 10 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.

Esta información es la base para la planeación de las actividades para este componente, sin embargo sería ideal levantar una línea de base que contenga la información sugerida en el **ANEXO 3**. Para esto es necesario dejar recursos para la realización de esta actividad.

4. CRITERIOS PARA PRIORIZAR LOS PROBLEMAS

Después de realizar el análisis de la realidad local de salud de la embarazada, del recién nacido y del niño y niña, se requiere ponerse de acuerdo en priorizar algunos problema, basados en información relevante para la toma de decisiones.

Cada problema debe ser **valorado** de acuerdo a los lineamientos y criterios propuestos a continuación, antes de decidir sobre uno o varios problemas.

Los criterios propuestos son los siguientes:

- 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 quiénes son los afectados?
 - ¿Qué tan grave es el problema?



Pensar en problemas de salud que afecten 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 requieran para realizarlo. Pensar que en principio solo se cuenta con el personal, tiempo y dinero disponible 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 del milenio.
4. **Aplicabilidad de resultados:** ¿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 solucionarse primero y cuales después?





TABLA No. 11. Criterios para Priorizar Problemas (CPP).

COMPONENTE	PROBLEMAS	RELEVANCIA			FACTIBILIDAD			ACEPTABILIDAD POLITICA			APLICABILIDAD			URGENCIA			TOTAL
		1 No relevante	2 Relevante	3 Muy Relevante	1 No Factible	2 Factible	3 Muy Factible	1 No Acepta do	2 Mas o menos aceptado	3 Totalm ente acepta do	1 No Aplicable	2 Posible mente aplicable	3 Aplicable	1 No Urgente	2 Relativa mente Urgente	3 Urgente e indispensable	
FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD																	
MEJORAMIENTO DE LAS HABILIDADES DEL PERSONAL DE SALUD																	
MEJORAMIENTO DE LAS PRACTICAS FAMILIARES Y COMUNITARIAS																	

Tomado y ajustado del documento: Guía para la elaboración del Plan Operativo de la Estrategia AIEPI OPS/OMS. 2008.





II. PLANEACION

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 local debe orientarse en el proceso de planificación. Para lo cual se elaboraran un objetivo estratégico, objetivos específicos y una serie de actividades por componente.

Para abordar el proceso de planificación se deben seguir una serie de pasos sistemáticos para que se pueda cumplir con el objetivo del plan.

1. **Revisar la tabla de priorización de problemas** y tome el o los problemas con mayor puntaje por componente.
2. **Elaborar el objetivo estratégico:** Debe expresa los logros a alcanzar en el largo plazo (por lo general cinco o diez años), 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 POL como el siguiente: "Contribuir a mejorar la salud materna e infantil de la localidad..."

3. **Elaborar el objetivo general por componente.** Están formulados por el periodo de vigencia del PO.
4. **Elaborar objetivos específicos, para dar solución a los problemas.**
5. **Determinar las metas por actividad.**
6. **Determinar las actividades para operacionalizar los objetivos específicos**
7. **Determinar los responsables de la ejecución de cada una de las actividades.**

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.



**PROCESO DE PLANEACIÓN DE LAS ACTIVIDADES
POR COMPONENTE DE LA ESTRATEGIA AIEPI**

OBJETIVO ESTRATEGICO AIEPI



**COMPONENTE
MEJORAMIENTO DE 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



MEJORAR LAS HABILIDADES DEL PERSONAL DE SALUD

1. CAPACITACIÓN

- a. Revisión de las características de la capacitación
- b. Planificación de la capacitación

**2. SEGUIMIENTO POSTERIOR A LA
CAPACITACIÓN**

- a. Revisión de las características del seguimiento
- b. Planificación del seguimiento posterior a la capacitación

**3. SEGUIMIENTO
Y VERIFICACIÓN
A
INSTITUCIONES**



OBJETIVO GENERAL





PROBLEMAS PRIORIZADOS	OBJETIVO ESPECIFICO	METAS	ACTIVIDADES*

1. Capacitación

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

*Si su actividad es la **capacitación del personal de salud**, planifique las actividades apoyándose en la tabla 12.

Tabla 12. 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			

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

* Si su actividad es el **seguimiento** planifique las actividades apoyándose en la tabla 13.

Para más información sobre los cursos y las actividades planificación y seguimiento remítase al **ANEXO 4**

Tabla 13. Planificación de las actividades de seguimiento posterior a la capacitación

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





3. Seguimiento y verificación a Instituciones:

Tabla 14. Listado de las actividades y los estándares establecidos para el seguimiento y verificación en la implementación de la estrategia AIEPI.

Componente I: Mejorar las habilidades del personal de salud

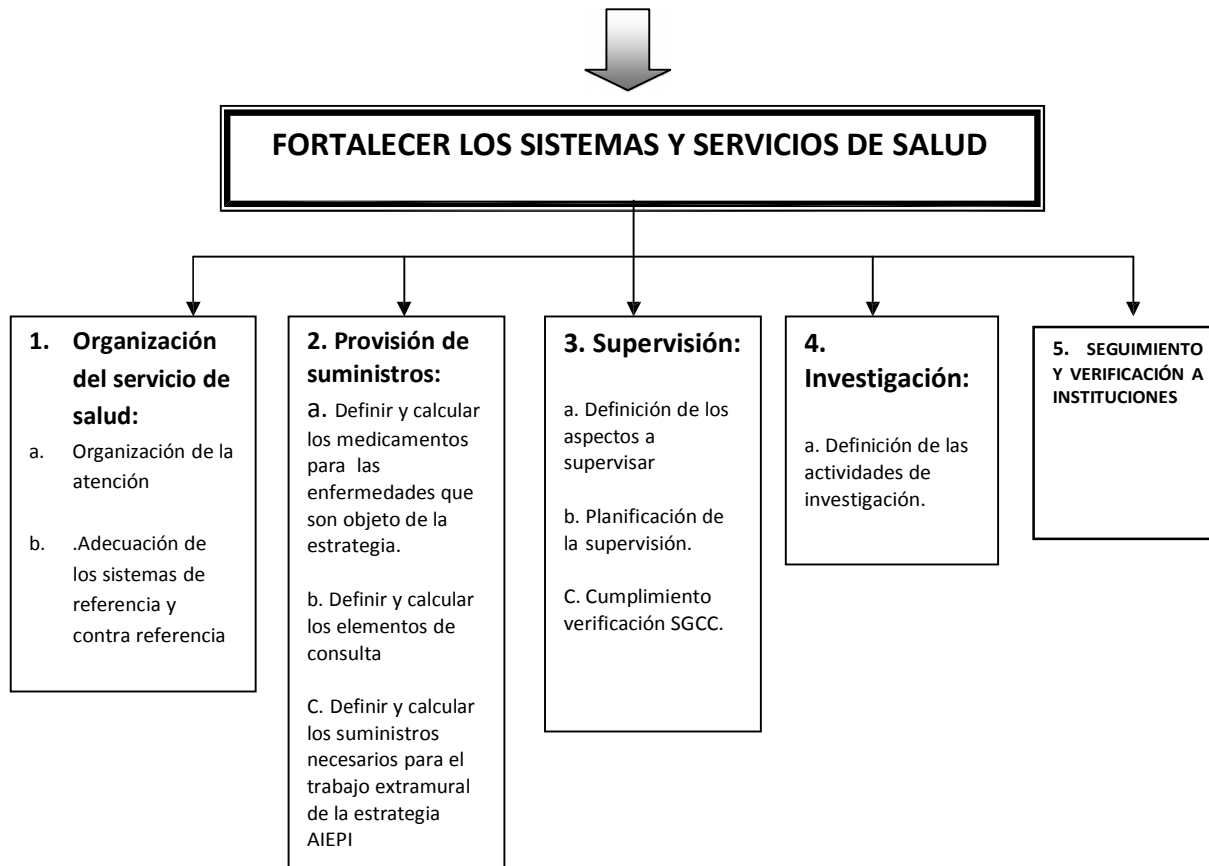
Actividad	Estándar	Sí	No	Observaciones
Capacitación	El curso se ha realizado en la fecha programada			
	La duración del curso ha sido la prevista			
	Ha asistido el número esperado de facilitadores y de participantes			
	Los participantes han tenido el perfil ocupacional previsto			
	Ha existido la proporción de un 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 efectuó 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 hecho la evaluación del curso			
Seguimiento posterior a la capacitación	La visita de seguimiento se ha efectuado 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 que se programó desde un principio			
	Se han dejado recomendaciones para el personal de salud visitado			
	Se ha dejado un informe escrito para el servicio de salud visitado			



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.



OBJETIVO GENERAL



PROBLEMAS PRIORIZADOS	OBJETIVO ESPECIFICO	METAS	ACTIVIDADES*

1 a. 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:

1. A partir del diagnóstico identifique los problemas relacionados con los servicios que tiene la institución y la descripción de la organización de la atención de los servicios.
2. Elaborar una propuesta de organización del servicio, que incluya:
 - a. Organización de la consulta para la aplicación la estrategia AIEPI: En consulta externa, en urgencias y hospitalización
 - b. Organización del servicio:
 - Tener las historias clínicas de AIEPI en cada uno de los servicios.
 - Tener los rotafolios para la atención del niño en cada uno de los servicios.
 - Tener en lo posible la historia clínica en línea.
 - Tener rotafolios para la educación al cuidador. Tener fichas de visitas domiciliarias de AIEPI. Señalización de los lugares de consulta e información El diseño del flujo de atención
 - El flujo de atención debe estar ubicados en un lugar visible
 - Dibuje el recorrido de ese flujo.
 - Destinar personal para orientar y ayudar a las madres en los procesos dentro del establecimiento
 - c. La adecuación de los espacios del establecimiento, para realizar una atención integral: Salas ERA, Salas SRO
 - d. El equipamiento de suministros necesarios para la consulta.
 - e. Discutir con el director o con el gerente del servicio la asignación de recurso para el cumplimiento de la propuesta.
 - f. 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.





1 b. Adecuación del sistema de referencia y contra referencia

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 local 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 contra referencia.

ADECUAR EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA IMPLICA:

- Establecer un libro de referencias y contra referencias, incluyendo las de los agentes comunitarios de salud (ACS).
- Establecer el estado de la red de referencia y contra referencia.
- 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. Provisión de suministros

Para lograr que la población tenga acceso efectivo a la estrategia AIEPI, este concepto debe ser definido o diferenciado de los conceptos de acceso y uso descritos en páginas anteriores, 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.

ELEMENTOS PARA LA PLANIFICACIÓN DE LA PROVISIÓN DE SUMINISTROS

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.





Si necesita definir y calcular el costo de medicamentos e insumos, dirijase al **ANEXO 5**.

3. 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.

Si necesita información sobre los pasos que se deben seguir en la supervisión de los servicios de salud dirijase al **ANEXO 6**.

Tabla. 15 Programación de la supervisión

Municipio/departamento: _____ Año: _____

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

Tabla 16. Características de la supervisión

Municipio/Departamento: _____ Año: _____

Nombre y apellido	Función	Capacitado en AIEPI	Capacitado en seguimiento

Observaciones: _____





4. Investigación

4.a. Definición de las actividades de investigación y de interés

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.

ELEMENTOS A TENER EN CUENTA EN LA INVESTIGACIÓN

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 anti diarreicos 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).





5. Seguimiento y verificación a instituciones:

Tabla 17. Listado de las actividades y los estándares establecidos para el seguimiento y monitoreo en la implementación de la estrategia AIEPI. Componente II: Fortalecer los sistemas y servicios de salud

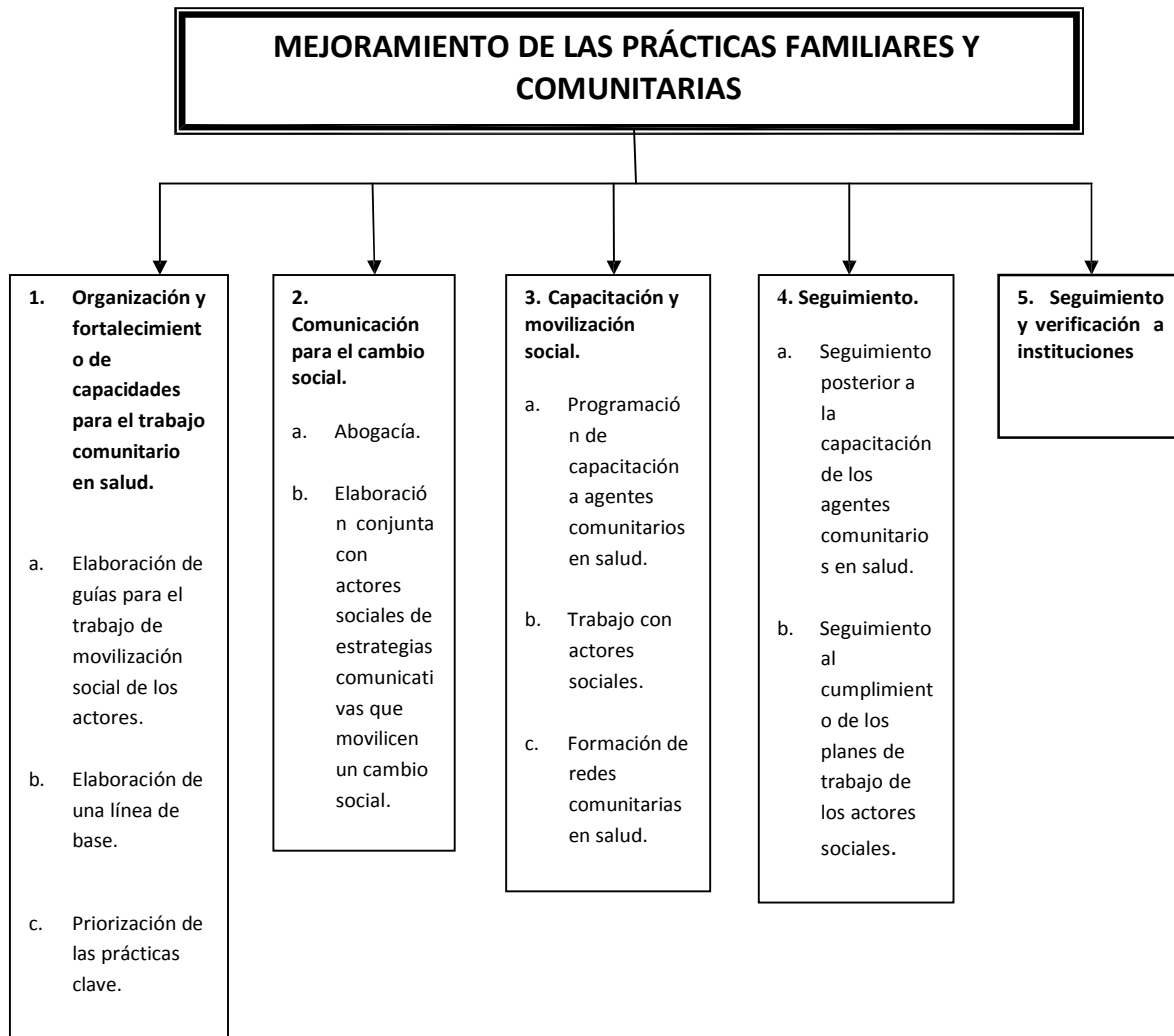
Actividad	Estándar	Sí	No	Observaciones
Organización de los servicios y provisión de los suministros	La institución cuenta con señalización y flujograma			
	Se cumple con las normas de procedimientos y las guías clínicas para la atención de los niños			
	Se han adecuado los ambientes para brindar atención integral			
	De manera continua existen los 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 normatividad vigente			
	Se hace uso racional de medicamentos y de tecnologías de diagnóstico y tratamiento			
	Se ha elaborado por lo menos un protocolo de investigación operativa relacionada con 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 por lo 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			



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.





OBJETIVO GENERAL

--



PROBLEMAS PRIORIZADOS	OBJETIVO ESPECIFICO	METAS	ACTIVIDADES*

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 contruidos 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, entendiendo por éste el espacio social de articulación de los distintos grupos de actores sociales (Testa, M. Salud pública: acerca de su sentido y significado. Pub. científica 540, OPS, 1992).

Los actores sociales por ser parte de la estructura y dinámica de la sociedad local 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 locales 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. Ocupan un lugar importante en la comunidad el maestro: por la relación formadora de niños en edad escolar y sus familias; 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.

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 inclusión 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.

1. a. Elaboración de guías para el trabajo de movilización social de los actores

Se sugiere que cada institución o ente territorial elabore conjuntamente con los actores sociales guías para el favorecimiento de la ejecución de las actividades y al mismo tiempo el seguimiento de las mismas.

1. b. Elaboración de una línea de base

Se sugiere que cada institución o ente territorial, realice una línea de base de las 16 prácticas clave de la estrategia AIEPI, la cual se puede desarrollar con cualquier instrumento de medición que se ajuste a la realidad local. La OPS cuenta con una guía para la realización de esta medición en su serie “OPS/FCH/CA/04.4.E.GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE ENCUESTAS SOBRE PRÁCTICAS CLAVE”. Esta línea de base debe ser sistematizada y analizada para que estos resultados sean un insumo para la priorización de las prácticas clave.





1. c. Priorización de las prácticas clave

Para facilitar el trabajo dentro del componente y su medición de impacto, se sugiere priorizar las prácticas que se consideren como críticas. Este proceso debería derivarse de la línea de base, sin embargo si no se cuenta con el recurso económico, se podría realizar la priorización en un taller con los actores sociales involucrados con la salud infantil en el que se realice el análisis de la realidad local y se prioricen las prácticas.

2 Comunicación para el cambio social (CCS)

2. a. 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 mujer, niños y niñas 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.

2. b. Elaboración conjunta con actores sociales de estrategias comunicativas que movilicen un cambio social.

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 con 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 sólo 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 Dagron).

3 Capacitación y movilización social

3. a. Programación de capacitación a agentes comunitarios en salud y Trabajo con actores sociales

La metodología del componente comunitario requiere de la participación de los actores sociales y agentes comunitarios en salud para llegar a las familias. Algunos tienen un contacto personalizado a través de la visita domiciliar (personal de salud y ACS) y otros interactúan con madres, padres y jóvenes en distintos espacios, los mismos que son propios de 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 16 se indica cómo programar los cursos necesarios.





Tabla 18. Características de la capacitación del componente: Mejorar las prácticas y habilidades comunitarias

Tipo de curso	Personas a capacitar	Contenido	Materiales	Duración del curso	Número y perfil de los participantes
Curso para ACS	- Facilitadores - ACS.	- 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
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 actores sociales	Actores sociales	- Rol y función del actor - Prácticas clave - Elaboración del plan. Remítase al ANEXO 7	- 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 19, consignando:

- 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 19. Programación de actividades de capacitación en el componente

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

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.

4. a. Seguimiento posterior a la capacitación de los ACS

Los aspectos que se deben tener en cuenta son los siguientes:

Personal al que se realiza el seguimiento: en la actualidad 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 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 debiera 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 capacitación⁵.

- **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.

⁵ 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).



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 que deben ser considerados:

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

4. b. 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.

5. Seguimiento y Verificación

Tabla. 20 Listado de las actividades y los estándares establecidos para el seguimiento y 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 efectuado 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			





III. EVALUACION

La evaluación es una actividad básica 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.

3.1 Monitoreo

3.1.1 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.

Tabla 21. Planeación del monitoreo

A quién va a monitorear	Qué aspectos va a monitorear	Qué metodología va a utilizar	Coordinador del monitoreo	Cada cuanto se va hacer este monitoreo (Periodicidad del monitoreo)

Tabla 22. Planeación del monitoreo

Nombre y apellido	Función	Capacitado en AIEPI	Capacitado en monitoreo y seguimiento





3.1.2 Metodología

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 participen en los procesos de generación de información las siguientes personas pertenecientes a los servicios de salud: 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.

3.1.3 Análisis e interpretación de la información

Los resultados del monitoreo también deben compararse con las metas previstas en el Plan Operativo Local 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 efectúe su propio análisis. Este es el mejor nivel para indicar las razones por las que en determinados aspectos no se ha 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.
- Luego puede hacerse una serie de reuniones individuales o en equipo para presentar las conclusiones y las propuestas. En este nivel interviene 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 las respectivas soluciones. Por ejemplo, si continúan ocurriendo muertes domiciliarias sin atención, será posible identificar lugares en los que es necesario realizar acciones de comunicación sobre la estrategia 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.

3.2. Planeación de la Evaluación

3.2.1 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 en 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 con 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 responder a estos interrogantes, la evaluación también debe dar respuesta a otros referidos 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 menor de 5 años?
- ¿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 incluidos en el plan?
- ¿Hubo provisión continua de suministros e insumos en los servicios definidos en el plan?
- ¿Ha sido capacitado en la aplicación de la estrategia AIEPI el personal de salud que integra el plan operativo?

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 uno de los interrogantes, 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.

Las respuestas a estas preguntas se responderán a través de la medición de indicadores de proceso y de resultado que pueden ser elaborados por cada servicio o por la gerencia del nivel jerárquico superior.





Tabla 23. Indicadores de proceso y resultado propuestos por componente

Tipo	Indicador	Fuente de Información	VALOR
Proceso	Mejorar las habilidades del personal de salud		
	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.		
	Fortalecer los sistemas y servicios de salud		
	Porcentaje de oportunidades perdidas en vacunación y control de crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años.		
	Plan de capacitación elaborado y que está implementándose.		
	Número de consultorios por establecimiento de salud que cuentan con normas de procedimientos y protocolos actualizados.		
	Número de consultorios por establecimiento de salud que cuentan con los insumos básicos necesarios para la atención de los menores 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 historia clínica sistematizada.		
	Porcentaje de supervisiones realizadas con guía de supervisión e informe.		
	Mejorar las prácticas familiares y comunitarias		
	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 elaborados.		
	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.		
Resultado	Mejorar las habilidades del personal de salud		
	Porcentaje de personas capacitadas en el componente clínico aplicando adecuadamente la estrategia AIEPI en menores de 5 años.		
	Porcentaje de establecimientos de salud que cuentan con un plan de capacitación permanente del personal de salud en AIEPI.		
	Proporción de niños que son evaluados para la presencia de tos, diarrea y fiebre		
	Proporción de cuidadores de niños menores de 2 años a quienes se les preguntó sobre lactancia materna y/o alimentación complementaria		
	Proporción de niños cuyo peso fue evaluado con una curva de crecimiento.		
	Proporción de niños con verificación del estado de vacunación durante la visita		
	Proporción de niños que necesitan un antibiótico/antimalárico oral o a los que se prescribió medicamento correctamente		
	Proporción de niños a cuyos cuidadores se recomendó dar líquidos adicionales y continuar la alimentación		
	Proporción de niños que dejan el servicio de salud con todas las vacunas necesarias		





	Proporción de niños con diarrea sin deshidratación y sin otra clasificación que necesita un antibiótico, que recibieron un antibiótico		
	Proporción de niños con anemia a los que se recetó tratamiento correctamente		
	Proporción de niños con peso bajo que fueron clasificados correctamente		
	Proporción de niños con peso bajo evaluados para problemas de alimentación		
	Proporción de niños a los que se indicó sales de rehidratación oral y/o un antibiótico oral y/o un antimalárico oral, cuyos cuidadores pueden describir cómo dar el tratamiento correctamente		
	Porcentaje de establecimientos de salud en los que se está aplicando AIEPI.		
Fortalecer los sistemas y servicios de salud			
	Porcentaje de los establecimientos que cuentan con los medicamentos e insumos necesarios para la aplicación de la estrategia AIEPI.		
	Porcentaje de contra referencias realizadas en el establecimiento de salud.		
	Número de niños menores de 5 años a los que se atendió integralmente a través de la estrategia AIEPI		
	Porcentaje de niños atendidos adecuadamente según protocolo del AIEPI.		
	• Proporción de niños que reciben medicamentos orales a cuyos cuidadores se les da por lo menos dos mensajes de consejería sobre el tratamiento		
	• Proporción de niños a cuyos cuidadores se les indica tres signos para volver inmediatamente		



	• Proporción de cuidadores de niños que pueden describir por lo menos tres aspectos de manejo de casos en el hogar		
	• Proporción de cuidadores de niños que pueden describir al menos dos signos para búsqueda de ayuda inmediata		
	Porcentaje de niños menores de 1 año con el esquema básico de vacunación completo.		
Mejorar las prácticas familiares y comunitarias			
	Madres de niños menores de cinco 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 de agentes comunitarios en salud que están aplicando la estrategia AIEPI.		
	Porcentaje de referencias hechas por los ACS.		

3.2.2 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 usar, es muy importante seleccionar los métodos que reúnan las siguientes condiciones:

- 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).

3.2.3 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 la mortalidad en población menor de 5 años: que 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 la red de prestadores de la localidad. En este comité también deben participar auxiliares de enfermería, 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, género, 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 por ciento 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).

3.2.4. 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.

3.2.5. 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 efectuarse 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. Para la planeación de las actividades de evaluación puede utilizar la tabla 24.

Tabla 24 – Planeación de las actividades de evaluación

Aspectos que va a evaluar	Metodología que va a utilizar	¿Quién será el responsable de recolectar la información para la evaluación de este aspecto?	¿Cada cuánto se va a evaluar este aspecto?

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.

Teniendo en cuenta 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 este marco dependiendo del grado de implementación de la estrategia AIEPI se puede considerar realizar una evaluación de impacto, cada 2 años.

Para este proceso se propone los siguientes indicadores de impacto para cada uno de los componentes:



Tabla 25. Indicadores de evaluación de impacto

Tipo	Indicador	Fuente de Información	VALOR
Impacto	Fortalecer los sistemas y servicios de salud		
	Población satisfecha con la calidad de atención brindada por el personal de salud.		
	Disminución del 10% en los casos de mortalidad al año, de las enfermedades objeto de la estrategia AIEPI.		
	Disminución del 10% en los casos de morbilidad al año, de las enfermedades objeto de la estrategia AIEPI.		
	Proporción de cuidadores de niños que pueden describir al menos dos signos para búsqueda de ayuda inmediata		
	Porcentaje de madres de niños menores de cinco años con conocimiento de al menos dos signos de peligro (EDA-IRA)		
	Proporción de de niños menores de 5 años que fueron evaluados por maltrato infantil		
	Porcentaje de niños cuyas madres dieron más o igual cantidad de líquidos y/o leche materna o alimentos a su hijo en el último episodio de diarrea.		
	Número de establecimientos de salud que cuentan con un sistema de información actualizado en AIEPI		
	Número de establecimientos de salud visitados que cuentan con facilidades para realizar referencia de niños graves en menos de 6 horas.		
	Aumento en el porcentaje del parto institucional.		
	Porcentaje de investigaciones operativas de AIEPI realizadas o en proceso.		
	Porcentaje de disminución de uso irracional de antibióticos.		
	Mejorar las practicas familiares y comunitarias		
	Porcentaje de niños con Plan A en tratamiento de diarrea.		
	Numero de casos de niños menores de cinco años que murieron en el hogar.		



	Porcentaje de uso de remedios caseros inadecuados para las patologías incluidas en la estrategia AIEPI		
	Proporción de cuidadores de niños que pueden describir al menos dos signos para búsqueda de ayuda inmediata		
	Proporción de cuidadores de niños que pueden describir por lo menos tres aspectos de manejo de casos en el hogar		
	Porcentaje de madres de niños menores de cinco años con conocimiento de al menos dos signos de peligro (EDA-IRA)		
	Porcentaje de niños cuyas madres 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 esquema completo de vacunación		
	Porcentaje de niños menores de 6 meses que son alimentados exclusivamente con leche materna.		
	• 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 madres que tuvieron por lo menos un control postnatal		
	• Porcentaje de madres que reconocen los signos de peligro durante el embarazo		
	• Porcentaje de madres que reconocen los signos de peligro durante el puerperio		



IV. CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO

4.1 Cronograma

En cada capítulo del PO se incluyó la elaboración de un cronograma con las fechas en que se efectuarán 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:

- 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.
- Es una guía rápida de los próximos pasos a seguir para distribuir las actividades propuestas para un periodo de tiempo.
- Permite anticipar a todos los involucrados los momentos en que se realizará cada actividad.
- 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:

- Los plazos asignados a las distintas tareas y actividades.
- La secuencia de las distintas tareas y actividades.
- Las personas a quienes les fue asignada la responsabilidad de cada tarea o actividad.

Utilice las tablas 26 y 27, 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:

- ¿Cuántas actividades le quedaron consignadas por mes? ¿Es realista la cantidad dada de actividades para la disponibilidad humana y de recursos?
- Revise la lógica de las actividades, ¿existe alguna fecha ilógica o incoherente?
- 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?
- 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 26. Cronograma de actividades del primer semestre

Municipio/Departamento: _____

Año: _____

COMPONENTE I: MEJORAR LAS HABILIDADES DEL PERSONAL DE SALUD									
Tipo de actividad	Total actividades necesarias	de	Total actividades durante semestre	de	Fecha en la que se realiza cada actividad				
					Ene	Feb	Mar	Abr	May
Capacitación									
Seguimiento posterior a la capacitación									

COMPONENTE II: FORTALECER LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD									
Tipo de actividad	Total actividades necesarias	de Total actividades durante semestre	de el	Fecha en la que se realiza cada actividad					
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Organización de la atención									
Provisión de suministros									
Supervisión									
Investigación									





COMPONENTE III: MEJORAR LAS PRÁCTICAS FAMILIARES Y COMUNITARIAS								
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
Organización y fortalecimiento de capacidades para el trabajo comunitario								
Comunicación para el cambio social								
Capacitación y movilización social								
Seguimiento								

Tabla 27. Cronograma de actividades del segundo semestre

Municipio/Departamento: _____
Año: _____

COMPONENTE I: MEJORAR LAS HABILIDADES DEL PERSONAL DE SALUD								
Tipo de actividad	Total de actividades necesarias	Total de actividades durante el semestre	Fecha en la que se realiza cada actividad					
			Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Capacitación								
Seguimiento posterior a la capacitación								





COMPONENTE II: FORTALECER LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

Tipo de actividad	Total actividades necesarias	de Total de actividades durante el semestre	Fecha en la que se realiza cada actividad					
			Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Organización de la atención								
Provisión de suministros								
Supervisión								
Investigación								





COMPONENTE III: MEJORAR LAS PRÁCTICAS FAMILIARES Y COMUNITARIAS								
Tipo de actividad	Total de actividades necesarias	Total de actividades durante el semestre	Fecha en la que se realiza cada actividad					
			Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Organización y fortalecimiento de capacidades para el trabajo comunitario								
Comunicación para el cambio social								
Capacitación y movilización social								
Seguimiento								

4.2. Presupuesto

El presupuesto del Plan Operativo Local 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.

Las principales utilidades de elaborar el presupuesto son:

- Permite estimar la cantidad de dinero que cuesta el desarrollo propuesto e iniciar su solicitud sobre bases sólidas.
- Sirve para negociar la disponibilidad del dinero con las autoridades políticas y los administradores en los momentos necesarios y en las cantidades precisas.
- 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. Será necesario conocer todo esto al momento de comenzar la búsqueda y solicitud de fondos.

Además de brindar apoyo en la formulación del proyecto específico que pueda resultar atractivo a quien financia, el programa nacional puede dar una adecuada orientación de los puntos de interés de cada ONG, agencia y demás organismos que ofrecen financiamiento. 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

Se sugieren los siguientes pasos para la elaboración del presupuesto:

- 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.
- Coordine con las secciones administrativas del nivel donde se desempeña, para el apoyo en la elaboración del presupuesto.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 28 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.
- En las columnas 6 a 9 se detalla 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).

Tabla 28. Programación de costos y financiamiento

Municipio/departamento: _____

Año: _____

Componente I: Mejorar las habilidades del personal de salud								
Actividad por componente	Cantidad necesaria		Costo		Fuente de financiación			
	Unidad de medida	Cantidad	Unitario	Total	Sector salud		Otro sector	
					Fuente	Cantidad	Fuente	Cantidad
SUBTOTAL								

Componente II: Fortalecer los sistemas y servicios de salud								
Actividad por componente	Cantidad necesaria		Costo		Fuente de financiación			
	Unidad de medida	Cantidad	Unitario	Total	Sector salud		Otro sector	
					Fuente	Cantidad	Fuente	Cantidad
SUBTOTAL								





Componente III: Mejorar las prácticas familiares y comunitarias								
Actividad por componente	Cantidad necesaria		Costo		Fuente de financiación			
	Unidad de medida	Cantidad	Unitario	Total	Sector salud		Otro sector	
					Fuente	Cantidad	Fuente	Cantidad
SUBTOTAL								





V. REFERENTES BIBLIOGRAFICOS

Bibliografía AIEPI Comunitario

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.

