

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

EVALUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE
“LA ATENCIÓN INTEGRADA A LAS
ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA
INFANCIA AIEPI”

Quito, del 13 al 21 de abril del 2000

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dr. Fernando Bustamante Riofrío
Ministro de Salud Pública

Dr. Bayardo García
Subsecretario General

Dr. Andrés Troya
Subsecretario de Desarrollo Administrativo

Dr. Carlos Recalde
Subsecretario Nacional de Medicina Tropical

Dr. Gerardo Rentería
Director General

Dr. Walter Torres I.
Director de Fomento y Protección

Dr. Miguel A. Hinojosa-Sandoval
Jefe de Salud Infantil

Lcda. Lupe Orozco Ramos
Coordinadora de la encuesta

Agradecemos la valiosa participación en la evaluación AIEPI de servicios de salud, a las siguientes personas e Instituciones y Organismos.

Dr. Adalid Zamora Gutierrez- Bolivia
Consultor temporal OPS/OMS

Dr. Sergio Arias - Argentina
Apoyo técnico, Consultor OPS/OMS

Dr. Thierry Lambrechhts
OMS/ Geneva

Dr. Christopher Drasbek
OPS/Washington

Dr. Elmer Escobar
OPS/Ecuador

Personal técnico de Salud Infantil

Directores Provinciales de Salud de las provincias evaluadas

Responsables de la AIEPI de las provincias evaluadas

Equipo de salud de las unidades evaluadas

Madres, cuidadoras, niños y niñas evaluadas

Funcionarios UNICEF-Ecuador

Funcionarios de OPS/OMS-Ecuador

Funcionarios de BASICS/USAID-Ecuador

PERSONAL EVALUADOR

Dra. Norma Arana,	Hospital Francisco Icaza Bustamante, Guayaquil
Dra. Freddy Andrade,	Área No. 5- Pichincha
Dr. Joao Amaral	Ministerio de Salud, Fortaleza - Brasil
Dra. Alicia Cajamarca	Área No. 4 Pichincha
Dr. Edgar Calderón	Hospital de la Policía Nacional, Quito
Dra. Mónica Cevallos	Hospital Eugenio Espejo, Quito
Dra. Gina del Rosario	Área No. 2 Guayas
Dr. Alfonso de Mora	Hospital San Miguel, Bolívar
Lcda. Rosa E. de Costales	Dirección de Salud, Chimborazo
Dra. Ma. de Lourdes Freire	Dirección de Salud, Tungurahua
Dra. Gioconda Gavilanes	Área No. 3, Pichincha
Dr. Stalin García	Hospital M.I. Mariana de Jesús, Guayaquil
Lcda. Magdalena Guevara	Área No. 2 Imbabura
Dr. Vicente Huilca	Hospital de Chillanes, Bolívar
Dr. Miguel Hinojosa-Sandoval	Salud Infantil - MSP
Dr. César Jauregui	Instituto de Seguridad Social - Colombia
Dr. Manuel Jácome	Salud Infantil -MSP
Dr. Flavio Landra	Instituto Emilio Coni – Santa Fe-Argentina
Dra. Iris Mendoza	Área No. 1 Manabí
Dr. Hugo Noboa	OPS - Ecuador
Dr. Wilson Nina	Dirección de salud, Chimborazo
Lcda. Lupe Orozco Ramos	Salud Infantil - MSP
Dra. Julia Palacios	Dirección de salud, Guayas
Lcda. Jaqueline Pinos	Dirección de salud, Bolívar
Dra. Rosa Romero	Universidad Central -Quito
Dr. Fausto Salazar	Área No. 3 Chimborazo
Dr. Adalid Zamora G.	Ministerio de Salud - Bolivia

CONTENIDO

No. pág.

Resumen Ejecutivo	6
Introducción	7
Antecedentes	9
Justificación	10
Objetivos	11
Metodología	11
Universo y selección de la muestra	
Instrumentos de la encuesta	
Conformación y responsables del equipo evaluador	
Selección y capacitación de evaluador	
Trabajo de campo	
Procesamiento y análisis de datos	
Cronograma de trabajo	
Resultados	17
Descripción general	
Indicadores de habilidades de desempeño	21
Búsqueda de signos y síntomas	
Examen clínico	
Tratamiento	
Indicadores de comunicación interpersonal	29
Indicadores de equipamiento, suministros y apoyo de los servicios de salud	30
Conclusiones y Recomendaciones	33
Bibliografía	35
Anexo (establecimientos de la muestra)	36

RESUMEN EJECUTIVO

La presente “Evaluación de servicios de salud, sobre la Atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia, AIEPI, tiene como objetivos: Determinar la calidad de la atención a los niños y niñas menores de cinco años, establecer la disponibilidad de equipo técnico, medicamentos, materiales y suministros y práctica de manejo integrado de casos.

La muestra incluyó 41 servicios de salud, de diferente nivel de complejidad de las provincias de Chimborazo, Guayas, Imbabura y Pichincha, se evaluaron a 63 profesionales de la salud (médicos, personal de enfermería y otros), de los cuales 49 habían recibido capacitación sobre la estrategia; se realizó del 13 al 21 de abril del 2000.

El estudio contempló, la observación del manejo de casos, una entrevista de salida a la madre y/o cuidadora del niño, la revisión del equipamiento y la verificación de disponibilidad de medicamentos.

Los principales resultados indican que: una proporción importante de niños (34.47%) fueron evaluados para los tres signos de peligro, al 68.7% le averiguaron acerca de la presencia de tos, diarrea y fiebre, en el 81.5% de los casos se utilizó la curva de crecimiento para evaluar el peso y en el 73.8% de los niños observados, se verificó el estado de la vacuna.

La consejería no se realiza de manera adecuada durante la consulta. Únicamente en la tercera parte de los evaluados se practicó esta acción.

Al momento de la visita de evaluación la mayor parte de los servicios evaluados no contaban con los insumos, materiales y medicamentos necesarios para la atención.

No se realiza una supervisión sistemática de los procesos de capacitación así como de los mecanismos gerenciales de la estrategia.

Los resultados de esta evaluación constituyen un elemento trazador para vigilar la calidad de la atención en los servicios de salud.

INTRODUCCION

En 1990, durante la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, los países de la Región de las Américas se comprometieron como meta común: disminuir en un 50% la mortalidad infantil para el año 2000.

En este contexto, la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia AIEPI, fue elaborada conjuntamente entre la Organización Panamericana de la Salud/Organización mundial de la salud OPS/OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, para proporcionar medidas de prevención y control de las enfermedades de los niños menores de cinco años, en los servicios básicos de atención, con el propósito de mejorar la salud del niño y contribuir a la reducción de la mortalidad de niños menores de cinco años, disminuir la morbilidad o la gravedad de la patología prevalente y mejorar la calidad de atención.

Esta estrategia, ha sido reconocida como la intervención más importante para mejorar la salud de niños y la OMS recomienda su aplicación en países donde existen tasas de mortalidad infantil superiores al 40 por mil nacidos vivos.

La OMS, presentó la estrategia AIEPI en febrero de 1996, fecha en la cual la mayoría de países en desarrollo, comprometieron su apoyo e implementaron la misma.

Ecuador con el apoyo político de sus autoridades y el apoyo técnico financiero de organismos internacionales y agencias de cooperación, como OPS/OMS, UNICEF, BASIC/USAID, bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública MSP, inició el proceso de implantación. Este proceso fue acompañado de una creciente participación de las instituciones formadoras de recursos humanos de salud (universidades); también concitó la participación y contingente humano de otros recursos para extender la implantación en el nivel local de organizaciones no gubernamentales, de atención a la infancia tal es el caso de los Proyectos Apolo/CARE y Plan Internacional.

Actualmente se ha iniciado el proceso de implantación del componente comunitario, cuyo objetivo fundamental es fortalecer el trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud ACS.

La estrategia AIEPI, al nivel de los servicios de salud, consiste en brindar la atención integrada y sistematizada a todo niño menor de cinco años, el proceso de atención muestra la secuencia de los siguientes pasos:

- Evaluar al niño,
- Clasificar la enfermedad,
- Determinar el tratamiento,
- Tratar al niño,
- Recomendar a la madre o al acompañante, y;
- Proporcionar atención de reevaluación y seguimiento.

El personal de salud que aplica la estrategia AIEPI, recibe capacitación a través de un curso teórico práctico, cuyo propósito es desarrollar habilidades y destrezas para dar una atención en forma correcta y eficiente.

Adicionalmente la AIEPI busca mejorar la relación interpersonal entre el personal de salud y usuari@s, y optimizar la consejería a las madres y/o cuidadores del nin@ para el manejo apropiado en el hogar y el reconocimiento de signos y síntomas que promuevan el acercamiento oportuno a los servicios de salud.

Es fundamental señalar que la AIEPI tiene un importante componente de prevención y promoción de salud.

Previa a la aplicación de la estrategia se requiere de un proceso de adaptación y validación de los materiales genéricos de la OMS a las normas nacionales, formación de un grupo de facilitadores para la capacitación, capacitación y seguimiento al personal de salud del nivel operativo, provisión de medicamentos e insumos y la organización de los servicios en el contexto de salud integral. En la actualidad la aplicación de la AIEPI ha hecho énfasis en la capacitación del personal de salud del primer nivel de atención.

ANTECEDENTES

Desde 1996, el Ecuador ante la necesidad de garantizar una mejor calidad de prestación de servicios a la población infantil, a través del Ministerio de Salud Pública con sus recursos técnicos y operativos ha coordinado y llevado adelante la estrategia AIEPI, con el respaldo técnico en su elaboración y validación de la OPS. A partir de su adopción, ha desarrollado varias acciones, entre las más importantes:

Cuenta con el apoyo formal del MSP, como una estrategia clave para mejorar la calidad de la atención; es una prioridad nacional y consta en el Plan de Salud, Ecuador 2000 - 2005, adicionalmente forma parte del paquete de actividades promovidas dentro de las políticas de Reforma del Sector Salud.

Formación del Comité Nacional de la AIEPI, liderado por el MSP, bajo la Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral a la Salud y con representación de las principales instituciones y organismos no gubernamentales relacionados con salud infantil y comunitaria, quienes en consenso toman las decisiones las intervenciones de la estrategia.

Ha fortalecido la coordinación entre el sector público y privado a fin de integrar las acciones de la salud Infantil, elaborando conjuntamente los planes operativos, sobre la base de la realidad nacional y local (líneas de base) la adaptación de la estrategia a las normas nacionales, la formación de recursos humanos (equipo de facilitadores nacionales y provinciales), capacitación de los componentes de servicios y comunitario, investigaciones operativas, diseño de materiales educativos y paquetes de comunicación interpersonal.

Se ha integrado y fortalecido las acciones de los programas del MSP: EDA, IRA, PAI, control de crecimiento y desarrollo, Promoción de la Lactancia Materna y Nutrición.

Ha movilizado recursos técnicos, logísticos y financieros para la implementación y expansión de la estrategia en 18 de las 22 provincias del país, coordinando con los diferentes proyectos existentes en cada una de las provincias.

Ha capacitado a más de 3200 profesionales y personal de salud de las diferentes instituciones del sector salud, cubriendo alrededor de 900 unidades de servicio ambulatorios de los diferentes niveles de complejidad. La capacitación incluyó a personal de servicios formales de salud, instituciones formadoras de recursos (Universidades) y agentes comunitarios de salud.

Ha realizado, visitas de seguimiento a la capacitación a más del 70% del personal capacitado, a fin de reforzar la capacitación e identificar y resolver problemas de aplicación de la AIEPI; los resultados de este seguimiento, fueron la base para la retroalimentación y acción en los diferentes niveles del sistema. Los responsables provinciales jugaron un papel preponderante durante el seguimiento.

Así mismo se realizó evaluaciones anuales de los procesos, productos y resultados con

indicadores claves, a nivel nacional y provincial.

Se proveyó de medicamentos, insumos y materiales para la capacitación, coordinando con la Dirección de Control Sanitario, el Proyecto FASBASE y RPM.

Se han desarrollado varias investigaciones, la línea de base de la provincia demostrativa (Imbabura), la validación de la palidez palmar y se encuentran en proceso varias investigaciones operativas en 7 provincias para medir los resultados de la implantación de la AIEPI.

Se evaluaron las costumbres familiares respecto de los principales problemas de salud. Igualmente se evaluaron los recursos disponibles de las comunidades donde se halla implantando el componente comunitario.

Se adaptaron los mensajes claves sobre educación sanitaria y promoción de la salud, dirigidos a los proveedores de la atención y la comunidad.

Formación de un sub-comité nacional para la AIEPI comunitario con participación de representantes de todas las agencias, ONG's y otras instituciones que actúan en la comunidad.

Los responsables a nivel nacional han participado de forma continua en todas las reuniones técnicas de coordinación, ejecución y evaluación de la AIEPI, liderada por la OPS/OM y la participación de todos los países de la Región.

JUSTIFICACION

Al haber transcurrido cuatro años desde su implantación, se hace necesario disponer de indicadores que permitan el conocimiento del impacto de la capacitación, específicamente de las habilidades de desempeño del personal de salud del primer nivel de atención.

Los indicadores reflejarán el resultado de la aplicación de la estrategia AIEPI, en los servicios de salud y la comparabilidad entre los diferentes servicios, tanto en el ámbito nacional como internacional.

Los resultados de la evaluación, contribuirán como línea de base para evaluar la meta 2002, disminución de la mortalidad infantil y de la evaluación sistemática del seguro solidario de salud como un elemento de la calidad de la prestación del paquete básico de salud, planteado como uno de los principales elementos de la reforma del sector.

Probablemente la evaluación de la estrategia se convierte en una herramienta para medir el proceso de mejoramiento de la calidad de los servicios, al disponer de información objetiva sobre:

- Capacidad instalada para ofrecer servicios de atención integral e integrada.
- Habilidades de desempeño del personal de salud.
- Disponibilidad y provisión de medicamentos esenciales, insumos y materiales para la prevención y tratamiento de enfermedades.
- Servicios de vacunación.
- Ejecución de los sistemas de referencia, capacitación, Supervisión, logística, monitoreo y evaluación.
- Eficacia de la consejería.
- Percepción de la satisfacción de las usuari@s.

Finalmente la evaluación permitirá a los niveles correspondientes, la correcta toma de decisiones al identificar las principales barreras de la aplicación en los servicios de salud y permitirá realizar los ajustes necesarios para mejorar la calidad de la atención.

OBJETIVOS

Los principales objetivos de la evaluación AIEPI en los servicios de salud son:

- Determinar la calidad de la atención a los niños y niñas menores de cinco años en los servicios de salud.
- Establecer la disponibilidad del equipo técnico básico y medicamentos requeridos para la aplicación de la estrategia.
- Conocer las principales limitaciones que dificultan la práctica correcta del manejo integrado de casos.
- Utilizar la información para priorizar y planificar mejoras en la calidad de la atención en consulta externa de los servicios de salud, incluyendo necesidades de personal, organización del servicio, necesidades de equipamiento, medicamentos y suministros y práctica de manejo de casos.
- Dar recomendaciones para desarrollar planes de capacitación, modelos de monitoreo, supervisión y evaluación integral.

METODOLOGIA

Luego de la visita de la asistencia técnica de la OPS/OMS en Agosto de 1999 y de la aprobación por parte de las autoridades del Ministerio de Salud Pública se inició la planificación de la encuesta y se procedió a la adaptación y aplicación del documento “Lineamientos para la Encuesta Atención Integrada a las Enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) a servicios de salud” de la Organización Mundial de la Salud, a la realidad características propias del sistema de prestación de los servicios del país.

La ejecución de esta evaluación fue de responsabilidad de la Dirección Nacional de Promoción a través del Departamento de Salud Infantil de la Coordinación de Fomento y Protección, contó con el apoyo de tres consultores de la Organización Panamericana de Salud OPS/OMS, con quienes se establecieron acuerdos y cronogramas de trabajo para las

diferentes fases de la evaluación (capacitación, trabajo de campo y análisis de los datos).

Se establecieron contactos con las autoridades provinciales (Directores provinciales, Responsables de la estrategia) y de los servicios seleccionados con el propósito de determinar la participación del personal involucrado durante la evaluación, así como el apoyo logístico.

Universo y selección de la muestra:

Estuvo conformado por todas las unidades de la red de servicios del MSP, que al momento del estudio, cumplían con los requisitos preestablecidos para el efecto, esto es: contaban al menos con una persona capacitada y que se encontraban aplicando la estrategia por lo menos un año.

Así mismo para asegurar la presencia de niños durante la visita, se determinó seleccionar unidades de salud, que tenían un promedio de atención por encima de tres consultas diarias. Este cálculo se realizó tomando en cuenta, el total de las atenciones brindadas en el tercer trimestre (Julio a septiembre de 1999) dividido para 60 días, que se consideran días laborables en los servicios ambulatorios. Los rangos promedios de niños menores de cinco años atendidos, en cada tipo de servicio fluctuaban entre: 11.6 y 21.6 en hospitales; en centros de salud de 12.7 y 25.3; en subcentros de salud van de 0.2 a 14.4 y en puestos de salud las atenciones varían entre 0.1 y 5 atenciones promedio/diario.

Otros criterios para definir la población de estudio fueron: desarrollo de la estrategia, patrón estacional de las principales causas de morbilidad y mortalidad y las principales fechas de feriados locales y nacionales.

Con estos criterios y a fin de optimizar los recursos y el tiempo previsto, se determinó realizar el estudio en las diferentes unidades de salud que cumplen con los requerimientos establecidos de las provincias de: Chimborazo, Guayas, Imbabura y Pichincha (anexo 1).

Se seleccionaron las provincias de Guayas y Pichincha, por considerar que en ellas se encuentran concentrados más del 50% de la población del país, Imbabura por ser la provincia demostrativa de la aplicación de la estrategia, y Chimborazo por demostrar un mediano desarrollo en la implementación y tener los más altos índices de desnutrición y mortalidad infantil del país.

Para propósitos de la evaluación se utilizó un esquema de muestreo combinado, intencional y probabilístico en tres etapas, probabilístico porque todas las unidades que conforman el universo tenían la misma probabilidad de ser seleccionadas; e intencional porque se determinaron las provincias con criterios preestablecidos.

Cuadro No.1
Encuesta de servicios de salud de la estrategia AIEPI, Ecuador 2000
Diseño de la muestra para la evaluación

Tipo de Unidad	TOTAL		PROVINCIAS							
			Chimborazo		Imbabura		Guayas		Pichincha	
	N	n	N	n	N	n	N	n	N	n
TOTAL	205	41	59	12	57	12	34	7	55	10
Hospital Provincial	3	2	2		1	1	2	1		
Hospital Cantonal	9	3	2	1	3	1	4	1		
Centros	14	4	30	1	1	1				
Subcentros	146	27	25	6	44	8	4	1	7	1
Puesto	33	5		4	8	1	24	4	48	9

Población o universo = N

Muestra = n

Dentro de las unidades seleccionadas en cada provincia, se incluyó al menos una unidad de cada nivel de atención, es decir la muestra abarca Hospitales provinciales, cantonales, centros, subcentros (urbanos y rurales) y puestos de salud, donde se encontró diferente tipo de personal, médicos, enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería, este último recurso se hallan en los puestos de salud, este personal durante el último año estuvieron aplicando la estrategia.

Para la selección de las unidades del primer nivel de atención, se aplicó el método sistemático con arranque aleatorio, sobre la base de probabilidades proporcionales al tamaño, medidas en número de unidades de cada provincia.

De igual forma, para la selección en este nivel de atención, se consideró la accesibilidad geográfica, especialmente en la zona de Chimborazo, que se hallaba afectada por una erupción volcánica, lo cual hizo que se reemplazaran unidades ya seleccionadas.

Igualmente se previó unidades de salud, en el caso de no encontrar abierta la unidad y/o con el personal requerido, como ocurrió en la misma provincia del Chimborazo, donde se reemplazó un Subcentro de Salud por otro de las mismas condiciones por hallarse en paro de empleados y trabajadores (anexo 2).

Instrumentos de la encuesta

Los instrumentos utilizados para la evaluación fueron adaptados del documento genérico de la OMS, los mismos que se ajustaron a la AIEPI del país y validados en un trabajo piloto por el equipo técnico de salud infantil del MSP, con la participación de la OPS nacional y la asistencia técnica de BASICS.

Los instrumentos son:

1. Observación del manejo de casos
2. Entrevista de salida a la madre
3. Evaluación de equipos y suministros
4. Formulario de registro para la atención de los niños menores de cinco años (anexo 3).

Conformación y responsabilidades del equipo evaluador

Se conformaron 10 equipos evaluadores, cada equipo evaluador estuvo conformado por dos personas, y cada provincia evaluada contó con el apoyo de un supervisor y sus responsabilidades fueron:

Evaluador 1: Encargado de realizar la observación (todo lo que el trabajador de salud hacía y decía) y el registro en el formulario 1, “Observación del manejo de casos”, la atención de cada niñ@ incluidos en el estudio. Asimismo se encargó de aplicar el instrumento No. 3 “Evaluación de equipos y suministros”.

Evaluador 2: Encargado de aplicar y registrar el instrumento No.2 “Entrevista de salida a la madre” inmediatamente, cuando la madre o cuidador salió de la consulta. Igualmente se encargó de realizar el re-examen del niñ@ y fue el referente de comparación de cada consulta. Se le llamo Gold estándar.

Supervisor: Responsable de la supervisión del trabajo de campo, es decir se encargó de la coordinación para: entrevistar al personal de salud evaluado, identificar y organizar los niños a ser evaluados, especialmente en servicios de mayor complejidad. Igualmente fue el responsable de revisar la consistencia, calidad del llenado y validación de datos, así como de la retroalimentación diaria de actividades.

Cada equipo evaluador visitó una unidad de salud por día, de Lunes a Sábado, no se interfirió con el normal funcionamiento del servicio. Con excepción de las unidades de mayor complejidad (Hospitales provinciales) se observó la atención de todos las niñ@s comprendidos entre 2 y 59 meses, enfermos y/o sanos, que acudieron el día de la visita a los servicios de salud seleccionados para la evaluación.

Selección y capacitación de evaluadores

El equipo evaluador estuvo conformado por 22 profesionales a nivel nacional, que cuentan

con amplia experiencia en trabajo de salud infantil, con capacitación clínica en la AIEPI; han venido actuando como facilitadores en las distintas provincias del país y poseen práctica en estudios de seguimiento y encuestas.

Los evaluadores encargados de reexaminar al niño/ña (gold estándar) fueron Médicos Pediatras con gran experiencia clínica y de aplicación de la AIEPI.

A este grupo evaluador se sumó la participación de tres evaluadores extranjeros, en razón de que esta evaluación será replicada en otros países. Adicionalmente se contó con dos expertos en la metodología y análisis de datos, quienes actuaron durante el proceso de planificación, capacitación, trabajo de campo y análisis de datos.

Todos los evaluadores y supervisores fueron capacitados en el manejo de los instrumentos, durante 5 días, en esta capacitación se hizo mucho énfasis en la aplicación de los instrumentos en las diferentes unidades según niveles de complejidad, en donde se realizaron algunas pruebas de confiabilidad.

Al término de la capacitación, los evaluadores tenían pleno conocimiento de la asignación de las unidades a evaluarse y del equipo responsable.

Trabajo de campo

Cada uno de los miembros del equipo evaluador recibió un manual para el trabajo de campo, el mismo que contenía los objetivos de la encuesta, una breve sinopsis de la metodología, el resumen de acuerdos entre evaluadores, los formularios a utilizarse con las instrucciones para cada pregunta y algunas recomendaciones logísticas a contemplarse durante el trabajo en las provincias seleccionadas.

Procesamiento y análisis de datos

Para el Ingreso de datos se utilizó la base en Epi-Info 6.01b, elaborada y ajustada por la OMS/OPS. Para facilitar el ingreso y análisis de los datos se contó una lista de códigos.

Los supervisores en cada provincia, fueron los responsables de ingresar los datos, durante el trabajo de campo.

Una vez ingresados los datos, se realizó la depuración, consistencia y validación de los mismos, y se procedió a elaborar los principales indicadores sujetos a esta evaluación; y cuyos resultados preliminares se discutieron en la presentación realizada a las autoridades del MSP y representantes de Organismos Nacionales e Internacionales involucrados en el tema, el último día de la tercera semana de la evaluación.

Cronograma de trabajo

La ejecución de la presente evaluación se realizó en tres semanas, tomando en

consideración las recomendaciones de la metodología:

Capacitación y manejo de instrumentos a evaluadores	1ra. semana
Trabajo de campo	2da. semana
Análisis de datos, presentación preliminar de resultados y elaboración de informe final	3ra. semana

DIFUSION

Una vez concluido el informe final de la evaluación se prevé realizar talleres de retroalimentación de la información en primer lugar a las provincias donde se realizó la investigación.

En estos talleres se presentaran los resultados de la evaluación, a fin de identificar las posibles causas sobre los resultados encontrados y hacer viables algunas intervenciones a corto, mediano y largo plazo en los diferentes niveles del sistema de prestación de servicios en donde se esta aplicando la AIEPI.

RESULTADOS

1- Descripción general

El estudio de evaluación de la estrategia AIEPI de servicios, se realizó de acuerdo a lo establecido en la programación, esto es en 41 unidades de salud de distinto nivel de complejidad, de las provincias de Chimborazo, Guayas, Imbabura y Pichincha.

Intervinieron 28 profesionales (encuestadores y supervisores) provenientes de varias provincias del país (Bolívar, Chimborazo, Guayas, Manabí, Pichincha y Tungurahua), todos facilitadores con amplia experiencia en la AIEPI. Adicionalmente se integraron profesionales expertos en el tema de los países de Argentina, Brasil y Colombia.

De igual forma se contó con la participación de técnicos expertos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, OPS/OMS Ecuador, Argentina y Bolivia.

Cuadro No. 2
Encuesta de servicios de salud de la estrategia AIEPI, Ecuador 2000.
Principales características evaluadas por provincia

Características	TOTAL	Chimborazo	Guayas	Imbabura	Pichincha
Servicios de salud	41	12	7	12	10
Niños observados	195	51	31	68	45
Niños enfermos	180	45	30	61	44
Madres entrevistadas	192	51	31	65	45
Trabajadores de salud observados	63	14	15	18	16

El cuadro No. 2 muestra las principales características de la muestra en estudio.

Cuadro No. 3
Encuesta de servicios de salud de la estrategia AIEPI, Ecuador 2000.
Tipo de unidades visitadas según provincia.

Provincia	Total	Hospitales	Centros	Subcentros	Puestos Salud
Total	41 (100%)	5 (12.2%)	4 (9.8%)	27 (65.8%)	5 (12.2%)
Chimborazo	12 (29.3%)	1	1	6	4
Guayas	7 (17.1%)	2	1	4	0
Imbabura	12 (29.3%)	2	1	8	1
Pichincha	10 (24.4%)	0	1	9	0

El cuadro No. 3 indica los servicios de salud evaluados según nivel de complejidad, los mismos que completaron el ciento por ciento de la muestra prevista.

Se evaluaron a 63 profesionales, de los cuales el 44.4% son de sexo masculino y el 55.6% femenino, comportamiento que es similar según provincia. Por tipo de profesional se observó que el 76.2% son médicos, el 15.9% fue personal de enfermería, y el 7.9% otro personal, como Obstetrices e Internos Rotativos (estudiantes de medicina) (cuadro No. 4)

Cuadro No. 4
Encuesta de servicios de salud de la estrategia AIEPI, Ecuador 2000
Personal de salud evaluado según sexo y provincia

Provincia	Total	Tipo de personal de salud							
		Médicos		Enfermeras		Aux. Enfermería		Otros	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
TOTAL	63	23	25		4	2	4	3	2
Chimborazo	14	5	3		1	2	2		1
Guayas	15	6	8		-		1		
Imbabura	18	8	7		2		1		
Pichincha	16	4	7		1		-	3	1

Cuadro No. 5
Encuesta de servicios de salud de la estrategia AIEPI, Ecuador 2000.
Personal de salud evaluado, que recibió capacitación AIEPI,
por provincia

Provincia	TOTAL	Médicos	Enfermeras	Auxiliar de Enfermería	Otros
Total	49	36	4	5	4
Chimborazo	12	7	1	4	
Guayas	9	8		1	
Imbabura	14	12	2		
Pichincha	14	9	1		4

El cuadro No. 5 demuestra el personal de salud evaluado que ha recibido capacitación en la estrategia AIEPI.

Al comparar con el cuadro No. 4 se puede concluir que el 76.6% de los evaluados recibieron capacitación. De estos la mayor parte (73.5%) son médicos; esta situación es similar en cada una de las provincias evaluadas a excepción de Guayas, donde apenas el 57.1% de médicos evaluados han recibido capacitación.

Casi la totalidad del personal de enfermería ha recibido capacitación.

Cuadro No.6
Encuesta de servicios de salud de la estrategia AIEPI, Ecuador 2000
Niños/niñas observados por grupo de edad y provincia.

Provincia	TOTAL	2 a 11 meses	12-23 meses	23-59 meses
Total	194	80	47	67
Chimborazo	51	17	15	19
Guayas	31	19	5	7
Imbabura	67	28	16	23
Pichincha	45	16	11	18

Durante la visita se pudo observar a 195 niñ@s que acudieron a los diferentes servicios de salud, de los cuales el 41.2% tenían una edad entre 2 y 11 meses, 24.2% entre 12 y 23 meses de edad y el 34.6% tuvieron entre 23 y 59 meses de edad. Según provincia, en Guayas, la mayor proporción (61.3%) fueron niños del grupo de 2 a 11 meses, mientras que en Pichincha el 40% perteneció a los que tenían entre 23 y 59 meses de edad (cuadro No.6).

Más de la mitad (53.3%) de los niños evaluados son de sexo masculino, en tanto que el 46.7% fueron mujeres. A excepción de la provincia de Chimborazo donde se observaron más niñas que niños el comportamiento en las demás provincias es similar al del total del estudio, (cuadro No.7).

Cuadro No.7
Encuesta de servicios de salud de la estrategia AIEPI, Ecuador 2000.
Niños/niñas menores de 5 años observados por sexo y provincia.

Provincia	TOTAL	Hombres	Mujeres
Total	195	104	91
Chimborazo	51	24	27
Guayas	31	18	13
Imbabura	68	36	32
Pichincha	45	26	19

Cuadro No. 8
Encuesta de servicios de salud de la estrategia AIEPI, Ecuador 2000
Niñ@s observados según tipo de personal de salud y provincia

Provincia	TOTAL	Médicos	Enfermeras	Áuxil.. Enfermería	Otros
Total	195	150	14	19	12
Chimborazo	51	29	5	16	1
Guayas	31	30	0	1	0
Imbabura	68	60	6	2	0
Pichincha	45	31	3	0	11

En el cuadro 8 se puede apreciar que la mayoría (76.9%) de los casos observados fueron realizados por personal médico. Por provincia el comportamiento es similar al total observado, sin embargo un porcentaje representativo (31.4%) de los casos en la provincia de Chimborazo fue realizado por personal Auxiliar de enfermería, así mismo el 44.4% de los casos de la provincia de Pichincha atendieron Obstetrices e Internos rotativos.

INDICADORES DE HABILIDADES DE DESEMPEÑO

1. *Búsqueda de signos y síntomas*

Para confirmar la ejecución de cada una de las acciones realizadas por el personal de salud, previa a la observación de los casos, se solicitó a los mismos, que la atención vaya expresando en voz alta, la presencia o ausencia de cada signo

No.	Indicador	Fórmula	Total	Chimborazo	Guayas	Imbabura	Pichincha
1	Proporción de niñ@s, evaluados por los 3 signos de peligro	# de casos con 3 signos de peligro en general <u>evaluados</u> / # total de niñ@s observados	67/195 (34.4%)	11/51 (21.6%)	8/31 (25.8%)	38/68 (55.9%)	10/45 (22.2%)
2	Proporción de niños evaluados para tos, diarrea y fiebre	# de niños preguntados para los 3 <u>síntomas</u> # total de niñ@s observados	134/195 (68.7)	29/51 (56.9%)	16/31 (51.6%)	58/68 (85.3%)	31/45 (68.9%)

El indicador uno, señala que la evaluación de los tres signos de peligro en general (puede beber y tomar el seno, vomita todo, presenta convulsiones) se ubican en el 34.4%, indicador que es altamente significativo en la provincia de Imbabura (55.9%), mientras que en las otras provincias es débil.

Referente al indicador dos, que evalúa la presencia de los síntomas principales tos, diarrea y fiebre, se observan altos porcentajes, cuyo promedio total es del 68.8%, por provincias estos porcentajes superan en Imbabura y Pichincha, en tanto que para las provincias de Guayas y Chimborazo, los porcentajes están por debajo del promedio general (51.6% y 56.9% respectivamente).

2. Examen clínico

No.	Indicador	Formula	Total	Chimborazo	Guayas	Imbabura	Pichincha
3	Proporción de cuidadores de niñ@s, < de 2 años que se les pregunto sobre LM y/o alimentación complementaria	Cuidadores de niñ@s, < de 2 años a los que se les pregunto sobre LM y/o alimentación <u>complementaria</u> #total de niñ@s < de 2 años observados	62/134 (46.3%)	12/34 (35.3%)	11/25 (44.2)	26/48 (54.2%)	13/27 (48.1)
4	Proporción de niñ@s cuyo peso fue utilizado con una curva de crecimiento	# de niñ@s cuyo peso fue utilizado con una curva de <u>crecimiento</u> # total de niñ@s observados	159/195 (81.5%)	47/51 (92.2%)	15/34 (48.4%)	59/68 (86.8%)	38/45 (84.4%)
5	Proporción de niños/as con verificación del estado de vacunación durante la visita	Casos en los que el trabajador de salud verifica el estado de <u>vacunación</u> # total de niñ@s observados	144/195 (73.8%)	35/51 (68.6%)	18/31 (58.1%)	60/68 (88.2%)	31/45 (68.9%)

Indicador complementario

	Proporción de niñ@s que son pesados el día de la encuesta	Niños cuyo peso fue <u>determinado</u> # total de niñ@s observados	192/195 (98.5%)	51/51 (100%)	29/31 (93.5%)	68/68 (100%)	44/45 (97.8%)
--	-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	--------------------	-----------------	------------------	-----------------	------------------

Los indicadores que evalúan el capítulo examen clínico, presentan valores significativos para los indicadores 4, 5 y complementario, no así cuando se les observó a los trabajadores de salud si averiguaron sobre la alimentación de niñ@s menores de dos años de edad, los cuales presenta valores del 46.3% para el total general, mientras que por provincia esta

deficiencia es más notoria en Chimborazo (35.5%).

A excepción de los trabajadores de la provincia de Guayas, que muestra, que menos de la mitad (48.4%) de ellos utilizaron la curva para catalogar el estado del peso/edad, la mayoría del personal de salud de las otras provincias lo hicieron en porcentajes significativos, por ejemplo Chimborazo utilizó en un 92.2%, seguido de Imbabura con el 86.8%, porcentajes por encima del promedio general evaluado (81.5%). Es de suponer que el elevado porcentaje de la provincia del Chimborazo, se deba a que una buena proporción de personal evaluado fueron Enfermeras y Auxiliares de Enfermería, que generalmente son las que realizan esta acción en las unidades de salud.

Únicamente la provincia de Imbabura presenta el indicador más elevado (88.2%) y por encima del promedio general (73.8%), en lo relacionado a niñ@s a los que se les verificó el estado de vacunación, el día de la evaluación, a través del carnet de salud, Historia clínica única y/o interrogatorio a la madre y/o cuidadora.

El indicador complementario relacionado con la verificación si fueron pesados o no los niñ@s el día de la evaluación, casi la totalidad cumplió con este requisito de ser pesados antes de pasar a la consulta médica, así mismo en la totalidad de las unidades lo hicieron en una balanza pediátrica.

Tratamiento

No	Indicador	Formula	Total	Chimborazo	Guayas	Imbabura	Pichincha
6	Proporción de niñ@s, que necesitan referencia y que son referidos	# de niñ@s con clasificación validada de enfermedad grave que necesitan referencia y <u>son referidos</u> # total de niños con clasificación validada de enfermedad grave	2/6 (33.3%)	0/2	0/0	2/3 (66.7%)	0/1

De los 6 niños validados como de casos graves y referidos por el personal de salud; únicamente dos debieron ser clasificados como tal según el reexaminador los casos en mención fueron atendidos en el Hospital de referencia provincial.

No.	Indicador	Formula	Total	Chimborazo	Guayas	Imbabura	Pichincha
7	Proporción de niñ@s/as, que necesitan un antibiótico /antimalárico oral y que se prescribió el medicamento correctamente	# de niñ@s que no necesitan referencia, con clasificación validadas que necesitan un antibiótico/anti malárico oral a los que se prescribió el medicamento <u>correctamente</u> # total de niños con clasificación validadas que necesitan un antibiótico o antimalárico oral	22/36 (61.1%)	5/10 (50.0%)	3/6 (50.0%)	8/13 (66.7%)	6/8 (75.0%)

Hablar de prescripción correcta de antibióticos, esto implica: la selección del antibiótico adecuado, la dosis requerida, la administración (número de veces al día y duración del tratamiento).

En este indicador se puede constatar que, de manera general un buen porcentaje (61.1%) de niños/ñas que necesitaban, recibieron antibióticos correctamente, al revisar por provincia se observa que en Pichincha e Imbabura estos porcentajes superan al promedio general con un 75% y 66.7% respectivamente.

No.	Indicador	Formula	Total	Chimborazo	Guayas	Imbabura	Pichincha
8	Proporción de niñ@s, a cuyos cuidadores se recomendó dar líquidos adicionales y continuar la alimentación	#de niñ@s, a cuyos cuidadores se recomendó dar más líquidos y continuar la <u>alimentación</u> # total de niñ@s observados	105/192 (54.7%)	25/51 (49.0%)	17/31 (54.8%)	39/65 (60.0%)	24/45 (53.3%)

Respecto a las recomendaciones sobre dar más líquidos y continuar con la alimentación durante una enfermedad de los niños, el indicador 8 demuestra que tan solo el 54.7% de las madres o cuidadores de los niños recibieron las recomendaciones pertinentes, este comportamiento es similar en las cuatro provincias en estudio, notándose más debilidad en la provincia de Chimborazo.

De acuerdo a los resultados del indicador 9 se puede decir que más de las tres cuartas partes (76.3%) de los niños observados abandonaron el servicio de salud con todas las vacunas necesarias para su edad y de acuerdo al esquema de vacunación; por provincias es notorio, el bajo porcentaje (54.8%) de niños de la provincia de Guayas que no tienen al día y no recibieron vacuna el día de la visita, debido a que no existían vacunas, desde hace aproximadamente un mes. La provincia de Pichincha es la que presenta una mejor proporción (84.4%).

No.	Indicador	Formula	Total	Chimborazo	Guayas	Imbabura	Pichincha
9	Proporción de niños, que dejan el servicio de salud con todas las vacunas necesarias	#de niños, que están al día o recibieron las vacunas necesarias el <u>día de la visita</u> # total de niños/ñas observados	142/186 (76.3%)	37/45 (82.2%)	17/31 (54.8%)	50/65 (76.9%)	38/45 (84.4%)

En relación al indicador complementario sobre la proporción de niños que necesitan referencia y que son referidos; y que reciben un correcto tratamiento pre-referencia, únicamente uno de los 6 niños, clasificados como de graves, recibió un correcto tratamiento pre-referencia, antes de ser referido, caso que fue evidenciado en el hospital general de la provincia de Imbabura, en tanto los otros 5 casos, donde no se dio un tratamiento adecuado antes de la referencia se trataban de unidades de menor complejidad. De esto se puede aseverar que el personal de las tres provincias donde se presentaron estos casos, tenían dudas a la hora de realizar la clasificación, adicionando a esto la falta de insumos necesarios para la atención.

Indicador complementario

	Proporción de niñ@s que necesitan referencia y que son referid@s y que reciben un correcto tratamiento pre-referencia	# de niñ@s con clasificación validada de enfermedad grave que requiere referencia, que son referidos y se les da correcto <u>tratamiento</u> # total de niñ@s con clasificación validada de enfermedad grave	1/6 (16.7%)	0/2	0/0	1/3 (33.3%)	0/1
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	-----	-----	----------------	-----

Indicador complementario

	Proporción de niñ@s con neumonía a los que se les receto un tratamiento, antibiótico correctamente	# de niñ@s con clasificación validada de neumonía a los que se les indico un tratamiento <u>con antibiótico apropiado</u> # total de niñ@s con clasificación validada de neumonía	20/32 (62.5)	5/9 (55.6%)	3/6 (50.0%)	7/10 (70.0)	5/7 (71.4%)
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

	Proporción de niñ@s con diarrea con deshidratación que recibieron SRO, en el servicio de salud	# de niñ@s con clasificación validada de diarrea con deshidratación y sin clasificación grave que recibieron SRO en el servicio de salud # total de niñ@s con clasificación validada de diarrea con deshidratación y sin clasificación grave	3/7 (42.9%)	1/2 (50%)	0	2/4 (50%)	0/1
--	------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	--------------	---	--------------	-----

Respecto a los niños que fueron calificados con neumonía, el indicador refleja que al 62.5% de los mismos se les administro antibiótico correctamente. Al analizar por provincia se observa que esta acción lo hacen de mejor manera en las provincias de Pichincha e Imbabura con porcentajes del orden del 71.4% y 70% respectivamente.

Apenas el 42.9% de los niñ@s que presentaron diarrea con deshidratación recibieron el plan B correctamente en el servicio. Este comportamiento fue similar en las provincias de Chimborazo e Imbabura, en Guayas no se presentó ningún caso al respecto.

Indicador complementario

	Proporción de niñ@s con malaria a los que se les recetó el tratamiento antimalárico correctamente	#Número de niñ@s con clasificación validada de malaria a los que se les indicó tratamiento con <u>antimalárico apropiado</u> Número total de niños con una clasificación validada de malaria	0/8	0/1	0/7	0	0
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----	-----	---	---

Se clasificaron a 8 niños/ñas con malaria, lamentablemente a ninguno se les recetó

antimaláricos, estos casos se presentaron en las provincias de Chimborazo y Guayas.

Al momento de la visita a los servicios, no se presento ningún caso de anemia a los que se les hubiera recetado tratamiento correctamente.

Complementario

	Proporción de niñ@s con bajo peso que fueron clasificados correctamente	# de niñ@s con clasificación validada de peso bajo que son clasificados como <u>peso bajo</u> # total de nin@s con clasificación validada de peso bajo	11/13 (84.6%)	5/5 (100%)	½ (50%)	5/6 (83.3%)	0
I	Proporción de niñ@s con peso bajo evaluados para problemas de alimentación	# de niñ@s con clasificación validada de peso bajo y sin clasificación grave, a cuyos cuidadores se pregunta sobre LM, otros alimentos o cambios en la <u>alimentación</u> # total de niñ@s con clasificación validada de peso bajo	7/13 (53.8%)	2/5 (40%)	½ (50%)	4/6 (66.7%)	0

La proporción de niñ@s que fueron clasificados correctamente con bajo peso es muy representativo (84.6%), situación que es muy similar en las provincias de Imbabura y Chimborazo, en Guayas se clasifico correctamente en uno de los dos casos. Sin embargo de ser clasificados correctamente como de bajo peso, tan solo al 53.8% fueron evaluados para problemas de alimentación, esta condición fue parecida en las tres provincias evaluadas En Pichincha no se presento ningún caso.

2. INDICADORES DE COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

No.	Indicador	Formula	Total	Chimborazo	Guayas	Imbabura	Pichincha
10	Proporción de niñ@s, a los se indica SRO y/o un antibiótico oral, cuyos cuidadores pueden describir como dar el tratamiento correctamente	#de niñ@s, a los se indica SRO y/o un antibiótico oral, cuyos cuidadores saben como dar el tratamiento <u>correctamente</u> # total de niños a los que se indicó SRO y/o antibiótico oral y/o antimalárico oral	45/78 (57.7%)	3/19 (15.8%)	10/19 (52.6%)	18/21 (85.7%)	14/19 (73.7%)

El indicador enunciado ayuda a medir el conocimiento y la capacidad de la madre/cuidadora para recordar sobre el tratamiento y medicamentos prescritos, incluyendo SRO.

El 57.7% de los cuidadores de niñ@s que se les prescribió SR, y/o un antibiótico antimalárico oral, pudieron describir como dar el tratamiento correctamente, esto involucra: indicar el medicamento prescrito, dosis número de veces y duración del tratamiento.

Al analizar por provincia se encontró que Imbabura y Pichincha presentan mejores parámetros (85.7 y 73.7%) que las provincias de Guayas y Chimborazo (52.6 y 15.8%), siendo esta última donde se nota más debilidad, de este comportamiento se puede deducir que el personal de salud no esta dedicando el tiempo suficiente para la consejería en la post-consulta.

No.	Indicadores Complementarios	Formula	Total	Chimborazo	Guayas	Imbabura	Pichincha
	Proporción de niñ@s a cuyos cuidadores se les medicó 3 signos para volver inmediatamente	# niñ@s que no necesitan referencia a cuyas cuidadoras se les indicó 3 signos para volver <u>inmediatamente</u> # total de niñ@s observados que no necesitan referencia	65/192 (33.9%)			33/65 (50.8%)	12/45 (26.7%)

	Proporción de cuidadoras de niñ@s que pueden describir al menos dos signos para búsqueda de ayuda inmediata	# cuidadoras de niñ@s que pueden describir al menos dos signos para búsqueda de ayuda inmediata # total de cuidadoras de niñ@s	81/192 (42.2%)	18/51 (35.3%)	14/31 (45.2%)	31/65 (47.7%)	18/45 (40%)
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	------------------	------------------	------------------	----------------

La consejería sobre el manejo del niñ@ en el hogar es de trascendental importancia, porque ello asegurará el éxito del tratamiento y buscar oportunamente ayuda y/o regresar al servicio de salud.

El indicador sobre consejería otorgada a los cuidadores por el personal de salud, revela que apenas a una tercera parte (33.9%) de las cuidadoras se les indicó 3 signos para volver inmediatamente al servicio, denotándose diferencias significativas entre provincias, por ejemplo Guayas presenta una proporción del orden del 19.4%, mientras tanto Imbabura alcanzó un 50.8%, valor que esta por encima del promedio general.

Una proporción (42.2%) representativa de madres pudo referir al menos dos signos, por los que buscarían ayuda inmediata; esta situación es similar en las tres provincias de estudio, con excepción de Chimborazo que presenta una proporción del 35.3%.

Las causas más comunes porque la mayoría de madres o cuidadoras de los niños buscarían ayuda son; tiene fiebre, se ve decaído, no puede respirar, sigue con la diarrea.

Estos resultado señalan las deficiencias en la consejería durante la consulta, sin embargo, también hay que tener presente, que el obtener este tipo de respuestas presentan dificultades, debido a: por un lado la mayor parte de las madres y/o cuidadoras están apuradas por regresar a su casa/quehaceres; y por otro, tanto el encuestador como la entrevistada tienen problemas de comunicación, debido a aspectos culturales, el idioma entre los más importantes.

3. INDICADORES DE EQUIPAMIENTO, SUMINISTROS Y APOYO SEL SERVICIO DE SALUD.

Respecto al indicador No. 11, únicamente el 24.4% de los establecimientos incluidos en la muestra de estudio han recibido al menos una visita de supervisión en los cuatro meses previos al estudio. Por provincia se observa que Pichincha e Imbabura presentan índices

muy variables al promedio general, con valores del 40% y 8.3% respectivamente. Cabe mencionarse que este indicador posiblemente sea irreal, debido a que en algunos servicios se consideró como una visita de supervisión al seguimiento que se realiza posteriormente a la capacitación.

El indicador 12 demuestra las debilidades en cuanto a la disponibilidad del equipamiento esencial, así como la falta de insumos y materiales disponibles el día de la investigación, esta debilidad es más notoria en las provincias de Guayas y Pichincha, donde ninguna unidad de salud tendría la capacidad resolutoria respecto de la estrategia.

Las debilidades estuvieron marcadas por la falta de material para preparar y administrar SRO, guías para el registro de la atención, tarjetas para la madre y transporte para la referencia de pacientes, entre las más importantes.

Al referirnos al indicador No. 13, relacionado con la disponibilidad de medicamentos esenciales de primera línea de AIEPI y de medicamentos de pre-referencia el día del estudio, encontramos que los servicios de las provincias de Chimborazo e Imbabura tenían mejor provisión que las de Guayas y Pichincha, posiblemente este desabastecimiento se deba a que la mayor parte de las unidades de salud del país iniciaron con un proceso de recuperación de costos, especialmente los medicamentos.

No.	Indicador	Formula	Total	Chimborazo	Guayas	Imbabura	Pichincha
11	Proporción de servicios de salud que han recibido al menos 1 visita de supervisión en los 4 meses previos, que incluya observación de manejo de casos	# de servicios de salud que han recibido al menos una visita de supervisión en los 4 meses previos, que incluya observación de <u>manejo de casos</u> # total de servicios de salud visitados	10/41 (24.4%)	3/12 (25%)	2/7 (28.6%)	1/12 (8.3%)	4/10 (40%)
12	Proporción de servicios de salud que tienen todo el equipo esencial y materiales disponibles para AIEPI	# de servicios de salud que tienen todo el equipo esencial de AIEPI materiales disponibles para el día de la visita # total de servicios	16/41 (39%)	6/12 (50%)	0/7	9/12 (75%)	1/10 (10%)

		de salud visitados					
13.	Proporción de servicios de salud que tienen todos los medicamentos esenciales de AIEPI disponibles	#de servicios de salud que tienen todos los medicamentos esenciales de primera línea de AIEPI y medicamentos de pre-referencia, disponibles de día <u>de la visita</u> # total de servicios de salud visitados	11/41 (26.8%)	4/12 (33.3%)	2/7 (28.6%)	4/12 (33.3%)	1/10 (10%)
14	Proporción de servicios de salud que tienen equipamiento y suministros disponibles para proveer servicios completos de vacunación	# de servicios de salud que tienen equipamiento y suministros disponibles para proveer servicios completos de vacunación el día <u>de la visita</u> # total de servicios visitados	15/41 (36.6%)	3/12 (25%)	2/7 (28.6%)	8/12 (66.7%)	2/10 (20%)
15	Proporción de servicios de salud con al menos el 60% de trabajadores de salud que atienden niños, capacitados, en AIEPI	# de servicios de salud con al menos el 60% de trabajadores de salud que atienden niños, capacitados, en <u>AIEPI</u> #total de servicios de salud visitados	28/41 (68.3%)	9/12 (75%)	2/7 (28.6%)	11/12 (91.7%)	6/10 (60%)

Referente a la disponibilidad de equipamiento, suministros y materiales necesarios para proveer servicios completos de vacunación, el indicador No. 14 demuestra que también existe una marcada deficiencia en tres de las cuatro provincias estudiadas, esto se debió a que el día de la visita, la mayoría de los servicios no contaban con vacuna, en menos magnitud se noto el inadecuado manejo de la cadena de frío.

Antes de hablar sobre el indicador No. 15, es necesario advertir que la mayoría (78.1%) de los servicios evaluados son del primer nivel de atención (subcentros y puestos) los mismos

cuentan, en el mejor de los casos con dos personas (médico y Aux. de Enfermería), sin embargo hay que mencionar que todas las unidades seleccionadas contaron al menos con una persona capacitada en la estrategia.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES:

En Base a los resultados encontrados se puede concluir que:

- Más de las tres cuartas partes (78.1%) de los servicios evaluados corresponden al primer nivel de atención, esto es centros, sub-centros y puestos de salud. Igualmente la mayor proporción (76.2%) de personal evaluado fueron médicos, no obstante hay que recalcar que existe un índice de movilidad de este recurso, especialmente los que realizan la medicatura rural, quienes permanecen en los servicios un promedio de 10 meses.
- Una proporción (77.8%) representativa de personal evaluado ha sido capacitado en la estrategia, de este personal alrededor de las tres cuartas partes (73.5%) fueron médicos, especialmente de los centros y subcentros de salud; casi la totalidad de médicos que trabajan en Hospitales no conocen sobre la estrategia AIEPI.
- La búsqueda de signos de peligro, realizó una proporción importante de evaluados. Igualmente se podría calificar como de significativa a la observación de la presencia de los principales síntomas de tos, diarrea y fiebre, problemas alimentarios en niñ@s de bajo peso y verificación del estado de vacunas.
- La clasificación de pocos casos como de graves, no permitió observar la actitud del personal evaluado respecto a este tipo de emergencias.
- No se esta realizando una consejería adecuada durante la consulta, según los resultados encontrados, se observa que apenas una tercera parte de los evaluados realizó esta acción.
- No se observa la existencia de un sistema de supervisión sistemática a los servicios donde se incluya la observación del manejo de casos, apenas una cuarta parte de los servicios ha recibido una visita en los últimos cuatro meses previa a la evaluación.
- No se puede aplicar eficientemente la estrategia AIEPI, por la falta de medicamentos, varios insumos y materiales, un ejemplo claro encontrado

durante la evaluación fue la falta de vacunas, especialmente en la provincia del Guayas.

RECOMENDACIONES

- Las presentes recomendaciones contribuirán a fortalecer la aplicación y la ampliación de la estrategia en el nivel local:
- Motivar y ampliar la estrategia AIEPI, sobre todo en los niveles de mayor complejidad (Hospitales), poniendo de manifiesto la importancia que tiene la atención integral de niñ@s tal como propone la AIEPI
- Reforzar los contenidos de la capacitación, sobre todo en lo relacionado con la identificación de casos graves, referencia de niños con signos de peligro, manejo de neumonías, anemia y habilidades y destrezas de comunicación interpersonal.
- Buscar los mecanismos a fin de solventar barreras que impiden la disponibilidad en cantidades suficientes de medicamentos, insumos y materiales, para una atención de calidad.
- Mantener un sistema de capacitación continua, especialmente para los profesionales de la medicatura rural.
- Establecerse un sistema de seguimiento y supervisión continua donde se realice observación de casos, una retroalimentación es decir una capacitación en servicio.

BIBLIOGRAFÍA

Benguigui Y.- Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia. 1996.

Cordero D. Y colaboradores.- Evaluación a Servicios de Salud en la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), Bolivia, 12-30 abril de 1999.

IMCI Interagency Working Group on Monitoring and Evaluation, WHO, UNICEF, USAID, BASIC, CDC. - Lineamientos para la encuesta “Atención integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia” (AIEPI) a Servicios de Salud, 1999.

Ministerio de Salud Pública.- Sistema Regionalizado de Servicios de Salud, 1999.

Ministerio de Salud Pública, “Atención integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia” (AIEPI), Módulos de Capacitación, 1999.

ANEXO

LISTA DE ESTABLECIMIENTOS SELECCIONADOS POR PROVINCIA

CHIMBORAZO

Hospital cantonal de Alausí

Centro de salud No.3 Riobamba

SCS Santa Rosa – Riobamba

SCS La Panadería-Riobamba

SCS Quimiag

SCS Flores

SCS Penipe (Reemplazado por SCS Santiago de Calpi)

SCS Tixán

PS San Francisco (Reemplazado por PS Chismaute)

PS Palitahua (Reemplazado por PS Cacha Chuyug)

PS Guaslán

PS Pomachaca (Reemplazado por PS Jatunpamba)

Se dieron estos reemplazos porque las comunidades seleccionadas estuvieron afectadas

con la ceniza de la erupción del volcán Tungurahua y por paros en las unidades de salud.

GUAYAS

Hospital cantonal Rodolfo Serrano

Centro de salud No.3

SCS Reina del Quinche

SCS Unión de Bananeros

Hosp.Materno Infantil Santa Marianita

CS la Trinitaria

PS Pechiche (Reemplazado por SCS Chanduy)

IMBABURA

Hospital San Vicente de Paul

Hospital Cantonal San Luis de Otavalo

Centro de salud No.1

SCS Quiroga

SCS Urcuqui

SCS Pimampiro

SCS Imbaya

SCS Pugacho

SCS Caranqui

SCS La Esperanza

SCS Imantag

SCS Eugenio Espejo

PICHINCHA

CS # 5

Scs Cutuglagua

SCS Comité del pueblo No.2

SCS La Ecuatoriana

SCS El Rocío

SCS Puengasí

SCS Jesús del Gran Poder

SCS Quito Sur

Scs La Argelia

SCS Carcelen bajo