

---

## ARTICULO ORIGINAL

---

### *Evaluación de la estrategia AIEPI en servicios de salud, primera prueba mundial, Bolivia 1999<sup>(1)</sup>*

*Evaluation of the IMCI strategy in the public health services, firths study, Bolivia 1999*

**Dres.: Adalid D. Zamora G.\* , Dilberth Cordero V.\*\* , Martha Mejia S.\*\*\***

#### Introducción

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), tiene el propósito de disminuir la mortalidad del niño menor de cinco años, especialmente en países con una tasa de mortalidad infantil mayor a 40 por mil nacidos vivos.

Las intervenciones de la estrategia AIEPI están orientadas a lograr mejoras en los siguientes componentes: a) habilidades del trabajador de salud, b) mejoramiento de los servicios de salud y c) mejora de las prácticas de la familia y comunidad respecto a la atención del niño en el hogar .

Bolivia inició el proceso de aplicación de la estrategia AIEPI desde fines del año 1996. Luego de la adaptación de materiales y capacitación de facilitadores, se seleccionaron tres distritos iniciales (Valles Cruceños, Chiquitanía Centro y Altiplano Valle Sur), en los que realizó una encuesta de línea de base, posteriormente el personal de salud de estos distritos fue capacitado en AIEPI, mediante cursos de 11 días y en más del 80% recibieron visitas de seguimiento posterior a la capacitación.

La línea de base mostró, entre los resultados más destacables, que la atención de los niños no tenía un enfoque integral, muy pocos trabajadores de salud averiguaban, de manera sistemática, sobre signos de peligro u otros síntomas de enfermedades prevalentes, existían serias deficiencias en la evaluación nutricional y en la consejería.

El Grupo Técnico de Trabajo Interagencial de Monitoreo y Evaluación AIEPI (OMS, OPS, BASICS, UNICEF, CDC) desarrolló los lineamientos generales y los indicadores de evaluación de la aplicación de AIEPI y propuso a las autoridades de salud de Bolivia, la realización de la Primera Prueba Mundial de la Evaluación AIEPI a Servicios de Salud, debido al estado de avance de la estrategia en el país.

Los objetivos de la evaluación fueron<sup>(8)</sup>:

- Conocer la calidad de atención del niño menor de cinco años en los servicios de salud.
- Determinar la disponibilidad y provisión de medicamentos y equipamiento para la aplicación de la atención integral.
- Conocer las principales barreras que impiden prácticas de manejo integral de casos en los servicios.
- Aplicar la metodología propuesta y realizar recomendaciones para el futuro.
- Emplear la información obtenida para la planificación en los distritos.

#### Material y métodos

La evaluación aplicó la metodología propuesta en el documento "Lineamientos para la Encuesta de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia".

El proceso se inicio en febrero de 1999, consideró la adaptación de los instrumentos de recolección de información a la realidad boliviana.

La metodología propone la ejecución de la encuesta en tres semanas; en la primera se realizó la capacitación de encuestadores, en la segunda la visita y evaluación a los servicios de salud seleccionados y en la tercera se realizó el análisis de la información obtenida.

Para la determinación de la muestra, se consideró a los 103 servicios de salud públicos, localizados en los distritos iniciales antes mencionados, con uno o mas trabajadores de salud capacitados en AIEPI que atiendan regularmente niños. Se aplicaron dos criterios para seleccionar los servicios de salud; el primero relacionado con la accesibilidad geográfica y el segundo con la demanda promedio de niños menores de 5 años atendidos cada día. Se excluyeron servicios que no contaban con trabajadores de salud capacitados en AIEPI que atiendan niños menores de 5 años, con pobre accesibilidad por carretera (más de cuatro horas de viaje desde la sede de distrito) y con escasa demanda, ya que un elemento central fue la observación de la atención de niños menores de cinco años durante la consulta.

(1) Reproducido con permiso de: NOTICIAS AIEPI 2001;5:9-11

\* Pediatra Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uria"

\*\* Oficial Técnico, BASICS, Bolivia

\*\*\* Consultora Nacional de Salud Infantil, OPS, Bolivia

Una vez aplicados los criterios antes mencionados, quedaron pre-seleccionados 58 servicios de salud. Se escogieron de manera aleatoria 40. En esta muestra se incluyó un hospital por distrito.

Cada equipo de evaluación estuvo compuesto por cuatro personas y el rol de cada una fue: evaluador 1, encargado de aplicar el instrumento 1 de la encuesta, Observación de manejo de casos, cuya función fue observar y registrar el desempeño del trabajador de salud durante la consulta de cada niño; evaluador 2, encargado de aplicar el instrumento 2 de la encuesta, Entrevista de Salida a la Madre, a todas las madres o cuidadores inmediatamente después de la consulta, para verificar el grado de comprensión de las instrucciones recibidas; evaluador 3, encargado de aplicar el instrumento 3 de la encuesta, Lista de Verificación de Insumos y Suministros, para conocer la existencia de equipamiento e insumos críticos para la aplicación de la estrategia. Cumplir funciones de supervisor del equipo y de retroalimentación al equipo del servicio al final de la visita. Finalmente el evaluador 4, llamado también “Gold Standard” encargado de re-examinar al niño y ser el referente “modelo” de cada consulta realizada, aplicó el instrumento 4, Formulario de Registro del niño de 2 meses a 4 años.

Cada equipo visitó un establecimiento de salud por día.

Se elaboró una base de datos en Epi Info (versión 6.04b, WHO/CDC), los datos obtenidos fueron vaciados diariamente durante el trabajo de campo.

El primer análisis de la información, permitió elaborar un informe preliminar al finalizar la tercera semana de la evaluación.

Posteriormente los resultados preliminares fueron compartidos, en varios talleres, con el personal de los Servicios Departamentales de Salud involucrados, así como con el personal operativo de los distritos.

## Resultados

La evaluación se realizó durante el mes de abril de 1999 en los distritos de salud de Altiplano Valle Sur en La Paz, Valles Cruceños y Chiquitania Centro en Santa Cruz. Los cuadros 1 y 2 muestran las características generales del universo evaluado y los tipos de servicios de salud visitados. Se visitaron 36 de los 40 servicios originalmente programados.

**Cuadro 1.**  
**Características generales del Universo evaluado.**  
**Evaluación AIEPI a servicios de salud, Bolivia 1999**

CARACTERÍSTICA	NUMERO
Servicios de salud	36
Niños observados	102
Madres entrevistadas	101
Trabajadores de salud observados	54

**Cuadro 2.**  
**Tipo de Servicios de salud visitados, según distrito**  
**Evaluación AIEPI a servicios de salud, Bolivia 1999**

DISTRITO	TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD			
	Hospital de Distrito	Centro de Salud	Puesto de Salud	Total
Altiplano Valle Sur	1	6	5	12 (33.3%)
Chiquitania Centro	1	1	7	9 (25%)
Valles Cruceños	1	5	9	15 (41.7%)
Total	3 (8.3%)	12 (33.3)	21 (58.3%)	36 (100%)

Con los resultados obtenidos se calcularon los indicadores recomendados por el Grupo Técnico de Trabajo Interagencial de Monitoreo y Evaluación AIEPI, que incluyen 15 indicadores principales y 15 suplementarios divididos en tres áreas: habilidades en el desempeño del personal de salud (búsqueda de signos/síntomas, examen clínico y tratamiento); comunicación interpersonal y apoyo al servicio de salud (equipamiento y suministros). En el cuadro 3 se presentan los principales indicadores y los valores encontrados.

**Cuadro 3.**  
**Indicadores prioritarios y suplementarios seleccionados**

### Práctica del trabajador de salud

#### Búsqueda

No.	Indicador	Total
1a.	Proporción de niños que son evaluados para 3 signos de peligro en general (no puede beber o mamar, vomita todo, convulsiones)	83/102 = 81.4%
1b.	Proporción de niños que son evaluados para los 4 signos de peligro en general	38/102 = 37.2%
2	Proporción de niños que son evaluados para la presencia de tos, diarrea y fiebre	94/102 = 92.1%

#### Examen clínico

No.	Indicador	Total
3	Proporción de cuidadores de niños menores de 2 años que se les preguntó sobre LM y/o alimentación complementaria	63/67 = 94%
4	Proporción de niños cuyo peso fue utilizado con una curva de crecimiento	91/102 = 89.2%
5	Proporción de niños con verificación del estado de vacunación durante la visita	97/102 = 95.1%

#### Tratamiento

No.	Indicador	Total
6	Proporción de niños que necesitan referencia y que son referidos	1 / 2
7	Proporción de niños que necesitan un antibiótico/antimalárico oral a los que se prescribió medicamento correctamente	5/10
8	Proporción de niños a cuyos cuidadores se recomendó dar líquidos adicionales y continuar la alimentación	52/101 = 51.5%
9	Proporción de niños que dejan el servicio de salud con todas las vacunas necesarias	83/101 = 82.2%

Indicadores suplementarios Tratamiento		
	Proporción de niños con diarrea sin deshidratación y sin otra clasificación que necesita un antibiótico que recibieron un antibiótico o antidiarreico	4/31=13%
	Proporción de niños con anemia a los que se recetó tratamiento correctamente	4/19=21%
	Proporción de niños con peso bajo que fueron clasificados correctamente	30/42=71.4%
	Proporción de niños con peso bajo evaluados para problemas de alimentación	28/42=66.6%

#### Comunicación interpersonal

No.	Indicador	Total
10	Proporción de niños a los que se indica SRO y/o un antibiótico oral y/o un antimalárico oral, cuyos cuidadores pueden describir cómo dar el tratamiento correctamente	17/35=48.6%

#### Indicadores suplementarios Comunicación interpersonal

	Proporción de niños que reciben medicamentos orales a cuyos cuidadores se les da al menos 2 mensajes de consejería sobre el tratamiento	31/65=47.7%
	Proporción de niños a cuyos cuidadores se les indicán 3 signos para volver inmediatamente	46/100=46%
	Proporción de cuidadores de niños que pueden describir al menos 3 aspectos de manejo de casos en el hogar	32/101=31.7%
	Proporción de cuidadores de niños que pueden describir al menos 2 signos para búsqueda de ayuda inmediata	66/101=65.4%

#### Equipamiento, suministros y apoyo al servicio de salud

No.	Indicador	Total
11	Proporción de servicios de salud que han recibido al menos una visita de supervisión en los 4 meses previos que incluya observación de manejo de casos	28/36=77.7%
12	Proporción de servicios de salud que tienen todo el equipo esencial y materiales disponibles para AIEPI	22/36=61.1%
13	Proporción de servicios de salud que tienen todos los medicamentos esenciales de AIEPI disponibles	5/36=13.9%
14	Proporción de servicios de salud que tienen equipamiento y suministros disponibles para proveer servicios completos de vacunación	17/36 = 47.2%
15	Proporción de servicios de salud con al menos 60% de trabajadores de salud que atienden niños, capacitados en AIEPI	30/36 =83.3%

Otros resultados mostraron que la tercera parte de los niños que acudieron a la consulta lo hicieron para control de niño sano y en 2/3 de ellos se detectó enfermedades (anemia, bajo peso o enfermedad diarreica aguda).

Los trabajadores de salud entrevistados identificaron como sus principales problemas la falta de supervisión, baja demanda de atención y falta de suministros; señalaron como problemas que dificultan la referencia el rechazo por parte de los padres, la falta de dinero y de transporte como los más importantes.

## Discusión

El indicador referido a los 4 signos de peligro en general presentó un valor bajo debido a que ninguno de los niños observados tenía letargia o inconciencia y por ello la mayoría de los trabajadores de salud no consideraron la necesidad de hacer explícita la búsqueda de este signo; esto motivó la inclusión de otro indicador donde solo se contemple la búsqueda de la presencia de los otros signos de peligro (excepto letargia), que tiene un valor alto, así como la evaluación de la presencia de los tres síntomas principales (tos, diarrea y fiebre). La comparación de estos valores con los encontrados en la línea de base muestra una mejora notable como se muestra en cuadro 4.

Cuadro 4.

#### Comparación de indicadores entre Línea de Base 1997 y Evaluación AIEPI a servicios de salud, Bolivia 1999

INDICADOR	LÍNEA DE BASE	EVALUACIÓN
Evaluación de Signos de Peligro	2/58 (3.4%)	38/102 (37.2%)
Evaluación de Tres Síntomas Principales	0/58 (0%)	94/101 (93%)
Prescripción Innecesaria de Antibióticos	4/17 (23.5%)	4/31 (12.9%)

Los indicadores sobre el examen clínico muestran valores son altos; el desempeño del trabajador de salud fue adecuado en la evaluación de la alimentación, interpretación de la curva de crecimiento y verificación del estado de vacunas.

Los indicadores de tratamiento y referencia no generaron información relevante, debido al escaso número de niños. Diez niños necesitaban antibióticos orales y a 5 se les prescribió de manera correcta. Cerca a la mitad de los niños recibió indicación de continuar con la alimentación y recibir líquidos adicionales.

En general el uso inapropiado de antibióticos fue muy bajo (7%). Solo la quinta parte de los niños anémicos fue tratada correctamente, pero el indicador no permite apreciar con claridad los problemas que existieron con el reconocimiento del signo palidez palmar leve. El porcentaje de niños con peso bajo que fue evaluados para problemas de alimentación fue elevado.

Los indicadores relacionados a la comunicación interpersonal tuvieron valores bajos.

Entre los indicadores que tienen que ver con el apoyo del sistema de salud al desarrollo de AIEPI, una gran proporción de servicios recibió la visita de seguimiento después de la capacitación. Hasta dos terceras partes de los servicios visitados tienen todo el equipamiento y material AIEPI requeridos, pero ninguno tiene todos los medicamentos recomendados para el tratamiento. Menos de la mitad del total de los servicios visitados puede ofrecer vacunación.

## Conclusiones

Se observó una mejora en las habilidades clínicas del personal en comparación con la línea de base de 1997. La aplicación de la sistematización AIEPI revela que el enfoque de la consulta es integral reflejando una evidente mejora cualitativa en la aten-

ción al menor de cinco años. Este enfoque ha permitido la identificación de enfermedades no reconocidas por la madre y habitualmente tampoco identificadas por el personal que hace únicamente “control de niño sano”.

Como debilidades en el desempeño del personal evaluado se identificaron problemas con algunas clasificaciones (anemia, neumonía) y la metodología no permitió discriminar si la falla fue en la evaluación o en la conducta. Falta una mayor sistematización y práctica de la consejería en general. Se encontraron problemas en la disponibilidad de insumos, medicamentos y vacunación en servicios.

En lo que se refiere a la metodología propuesta para la evaluación anotamos que la información recogida por el “Gold standard” fue poco utilizada, por otro lado su rol puede ser asumido por otro encuestador. Utilizando los indicadores propuestos no fue posible identificar las causas específicas que provocaron errores en las clasificaciones. Algunos indicadores agrupan demasiadas variables siendo complejos en su construcción e interpretación.

Es importante buscar otra metodología para la entrevista a la madre, particularmente para conocer su grado de satisfacción.

La presente evaluación se constituye en un hito a nivel regional, al haber sido la primera prueba mundial. Las lecciones aprendidas, sobre todo en la aplicación metodológica, fueron de utilidad para los países que realizaron evaluaciones similares.

## Referencias

1. Benguigui Y. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Boletín Noticias de IRA (Último número), No. 33:2-5. Diciembre 1995 – Junio 1996.
2. WHO Division of Child Health and Development. Integrated management of childhood illness: conclusions. Bull World Health Organ 1997;75 (Supl 1):119-128.
3. Bolivia, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1998. La Paz: Instituto Nacional de Estadística; 1999.
4. Mazzi E, Cordero D, Mejía M. Estrategia AIEPI en Bolivia. Rev Soc Bol Ped 1997;36: 106-108.
5. Mazzi E, Mejía M, Cordero D. AIEPI. Experiencia Nacional en Talleres para Facilitadores. Rev Soc Bol Ped 1997; 36:51-54
6. Murray J, Manoncourt S. Use of an Integrated Health Facility Assessment for Planning Maternal and Child Health Programs. Washington; 1998. (BASICS/USAID).
7. Basic Support for Institutionalizing Child Survival. Indicadores Preliminares.- Línea de Base AIEPI. Bolivia; Mayo 1997 (BASICS/USAID).
8. IMCI Interagency Monitoring and Evaluation Working Group. IMCI Health Facility Survey Guidelines. Geneva, Octubre 1998. (Draft).
9. Bolivia, Ministerio de Salud y Previsión Social, OPS, BASICS, UNICEF. Plan Nacional AIEPI. Año II de la Implementación, Fase de Expansión. La Paz: Ministerio de Salud y Previsión Social; 1998.