



# Evaluación de la estrategia "Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia" (AIEPI) en servicios de salud. Bolivia, 1999

Dres. Adalid D. Zamora <sup>1</sup>, Dilberth Cordero <sup>2</sup>, Martha Mejía <sup>3</sup>

## Resumen

**Introducción:** la implementación de la estrategia AIEPI en Bolivia se inició a fines del año 1996; en este proceso se capacitó a personal de salud y se realizaron visitas en seguimiento de tres distritos considerados como iniciales. El presente artículo presenta los resultados de la aplicación de una metodología de evaluación del impacto de la capacitación y seguimiento de AIEPI, recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual se constituye en la primera prueba mundial.

**Objetivos:** los objetivos de la primera prueba mundial de la evaluación AIEPI fueron: a) conocer la calidad de atención al niño menor de cinco años, disponibilidad de medicamentos y equipamiento para la atención integral en servicios de salud de primer nivel de tres distritos, b) identificar las barreras que impiden la integralidad de la atención, y c) validar la metodología propuesta por la OMS.

**Material y método:** la evaluación fue realizada en abril de 1999 en los distritos rurales Altiplano Valle Sur en La Paz, Valles Cruceños y Chiquitania Centro en Santa Cruz. Consistió en la visita de equipos de evaluadores para observar el manejo de casos, realizar una

entrevista de salida a la madre, reexaminar al niño y revisar el equipamiento y provisión de medicamentos. Se incluyeron 36 servicios de salud seleccionados aleatoriamente, se observó a 54 trabajadores de salud que atendieron 102 niños.

**Resultados:** las habilidades clínicas han mejorado ostensiblemente, en comparación con la línea de base del año 1997. Hubo una reducción en el uso innecesario de antibióticos. Las debilidades estuvieron relacionadas con la identificación y conducta hacia la clasificación de "anemia" y con aspectos de consejería a la madre. Se identificaron problemas con la disponibilidad de medicamentos y la vacunación en servicios.

**Conclusiones:** luego del análisis de la información recolectada se efectuaron talleres de devolución de la información a los niveles operativos, los cuales consiguieron que el personal de salud plantee recomendaciones orientadas a mejorar la aplicación de AIEPI en sus servicios. Finalmente se realizaron recomendaciones sobre la metodología de evaluación.

**Palabras clave:** ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD  
SERVICIOS DE SALUD COMUNITARIA  
EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

1. Pediatra Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uria".  
2. Oficial Técnico, BASICS, Bolivia.  
3. Consultora Nacional de Salud Infantil, OPS, Bolivia.  
Rev Soc Bol Ped 2000; 39(3): 93-9.

## Resumo

**Introdução:** a implementação da estratégia AIEPI na Bolívia, iniciou-se no ano 1996, neste processo capacitou-se e realizou-se visitas de seguimento ao pessoal da saúde de três distritos considerados como iniciais. Este artigo apresenta os resultados da aplicação de uma metodologia de avaliação do impacto da capacitação e seguimento de AIEPI, recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual se constituiu na primeira prova mundial.

**Objetivos:** os objetivos da primeira prova mundial da avaliação AIEPI foram: a) conhecer a qualidade da atenção à criança com menos de 5 anos, disponibilidade de medicamentos e equipamento para a atenção integral em serviços de saúde de primeiro nível de 3 distritos, b) identificar as barreiras que impedem a integridade da atenção e c) validar a metodologia proposta pela OMS.

**Material e método:** a avaliação foi realizada em abril de 1999 nos distritos rurais Altiplano Valle Sur en La Paz, Valles Cruceños e Chiquitania Centro em Santa Cruz.

Uma equipe encarregou-se da visita para observar o tratamento dos casos, realizar uma entrevista de saída da mãe, examinar outra vez a criança e controlar o equipamento e abastecimento de medicamentos. Incluíram-se 36 serviços de saúde seleccionados aleatoriamente, observou-se 54 trabalhadores da saúde que atenderam 102 crianças.

**Resultados:** os tratamentos clínicos têm melhorado muito, em comparação com a linha de base do ano 1997. Houve uma redução no uso abusivo de antibióticos. As debilidades estiveram relacionadas com a identificação e conduta da classificação de "anemia" e com aspectos de orientação à mãe. Identificaram-se problemas com a disponibilidade de medicamentos e a vacinação em serviços.

**Conclusões:** após a análise da informação obtida se realizaram oficinas de devolução da informação aos níveis operativos, as quais conseguiram que o pessoal da saúde entregue recomendações orientadas a melhorar a aplicação de AIEPI em seus serviços. Finalmente se realizaram recomendações sobre a metodologia de avaliação.

**Palabras chave:** CUIDADOS INTEGRAIS DE SAÚDE  
SERVIÇOS DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS

## Introducción

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), estrategia diseñada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) 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 <sup>(1)</sup>.

Las intervenciones de la estrategia AIEPI están orientadas a lograr mejoras en los tres siguientes componentes: a) habilidades del trabajador de salud, principalmente del primer nivel de atención que atiende casos de niños menores de cinco años, b) sistema de salud que permita un acceso fácil, disponibilidad de equipamiento, medicamentos y otros insumos, funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia favoreciendo la atención de calidad y c) prácticas de la familia y la comunidad respecto a las enfermedades infantiles con un reconocimiento pronto de los signos de peligro, búsqueda de ayuda oportuna, cumplimiento de las indicaciones y aplicación de medidas de prevención y promoción de la salud <sup>(2)</sup>.

Bolivia, con una tasa de mortalidad infantil de 67 por 1.000 nacidos vivos <sup>(3)</sup>, desde 1996 inició el proceso de aplicación de la estrategia AIEPI con una serie de actividades <sup>(4)</sup>, tales como la adaptación de materiales genéricos AIEPI, capacitación de facilitadores <sup>(5)</sup>, selección de distritos iniciales, realización de encuesta de línea de base en estos distritos <sup>(6,7)</sup>, capacitación de personal operativo y seguimiento a los capacitados que permitieron, a partir del segundo semestre de 1997, que los servicios de salud de los tres distritos iniciales (Valles Cruceños, Chiquitania Centro y Altiplano Valle Sur), representativos de los tres pisos ecológicos de Bolivia, inicien la atención de niños y niñas menores de 5 años siguiendo los lineamientos AIEPI.

La línea de base <sup>(7)</sup> 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 <sup>(8)</sup>, 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 <sup>(9)</sup>.

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

- a) conocer la calidad de atención del niño menor de cinco años en los servicios de salud,

- b) determinar la disponibilidad y provisión de medicamentos y equipamiento para la aplicación de la atención integral,
- c) identificar las principales barreras que impiden prácticas de manejo integral de casos en los servicios,
- d) aplicar la metodología propuesta y realizar recomendaciones para el futuro, y
- e) emplear la información obtenida para la planificación en los distritos de salud involucrados.

## Material y método

La evaluación siguió de manera estrecha la metodología propuesta en el documento “Lineamientos para la Encuesta de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia” (Borrador desarrollado por el Grupo Interagencial) <sup>(8)</sup>.

El proceso de planificación de la evaluación se inició en febrero de 1999 con la adaptación de los instrumentos a las características de funcionamiento de los servicios de salud y de la adaptación de AIEPI en Bolivia; aspecto realizado por técnicos del Ministerio de Salud y de las agencias de cooperación.

La metodología propone la ejecución de la encuesta en tres semanas, la primera de capacitación de los encuestadores o evaluadores, la segunda de visita y evaluación a los servicios de salud seleccionados y la tercera semana de análisis de la información obtenida con el propósito de que, luego de este tiempo relativamente breve, se tengan conclusiones que faciliten la toma de decisiones.

Para la determinación de la muestra se consideró que todos los servicios de salud públicos, localizados en los distritos iniciales antes mencionados, con uno o más trabajadores de salud capacitados en AIEPI que atiendan regularmente niños, eran elegibles para la muestra. 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 aquellos servicios que no contaban con trabajadores de salud capacitados en AIEPI que atiendan niños menores de 5 años, servicios con pobre accesibilidad por carretera (más de cuatro horas de viaje desde la sede de distrito) y servicios de salud con escasa demanda, ya que un elemento central fue la observación de la atención de niños menores de cinco años durante la consulta.

Los servicios de salud incluidos en la muestra fueron: la consulta externa de los hospitales de distrito y servicios de primer nivel de atención (centros y puestos de salud).

Los hospitales y centros de salud cuentan con médicos, enfermeras y auxiliares, y los puestos de salud tienen solamente auxiliares de enfermería. Una vez aplica-

dos los criterios antes mencionados quedaron preseleccionados 58 servicios de salud. Se escogieron de manera aleatoria 40 servicios. En esta muestra se incluyó un hospital por distrito.

Participaron 25 evaluadores nacionales, todos con experiencia de trabajo en salud infantil y capacitación clínica en AIEPI, con buen conocimiento del funcionamiento de los servicios y experiencia previa en encuestas de salud. A este grupo, debido al carácter de prueba que tuvo la evaluación, se añadieron 3 evaluadores extranjeros y una experta en metodologías de evaluación de OMS quien participó desde la planificación de la encuesta.

Todos los evaluadores fueron capacitados en un taller de 5 días de duración, en el que se practicó la aplicación de los instrumentos, se mejoró la adaptación y se realizaron pruebas de fiabilidad. El taller finalizó con la organización de los equipos para cada distrito. Cada equipo 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 reexaminar 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, incluyéndose en la encuesta a todo niño de 2 meses a 4 años de edad sano o enfermo que acudió a la consulta y que fue atendido por un trabajador de salud capacitado.

Se reexaminaron a todos los niños cuya atención fue observada y se entrevistaron a sus madres o cuidadores.

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

El primer análisis de la información, realizado después de una “limpieza” de la base de datos, permitió elaborar un informe preliminar general presentado ante autoridades nacionales de salud, 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, para analizar conjuntamente los valores de los indicadores y sus causas, enfatizando en aquéllos que mostraban valores inapropiados.

## 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. Las tablas 1 y 2 muestran las características generales del universo evaluado, los tipos de servicios de salud visitados por distritos y el personal de salud evaluado que recibió capacitación AIEPI por distritos, respectivamente. Por motivos principalmente logísticos no se alcanzó a visitar los 40 servicios originalmente programados.

Sobre la base de los resultados obtenidos se procedió a la construcción y cálculo de 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 (equipo y suministros). En la tabla 3 se presentan los principales indicadores y los valores encontrados.

Otros resultados muestran que la tercera parte de los niños que acudieron a la consulta lo hicieron para control de niño sano y en dos de cada tres de ellos se detectó enfermedades (anemia, bajo peso o enfermedad diarreica aguda). El uso de antibióticos en general alcanzó al 7%.

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

En la evaluación de los tres indicadores sobre búsqueda

**Tabla 1.** Características generales del universo evaluado.

Característica	Número
Servicios de salud	36
Niños observados	102
Madres entrevistadas	101
Trabajadores de salud observados	54

de signos y síntomas, los dos primeros se refieren a los 4 signos de peligro en general (no puede beber o mamar, vomita todo lo que ingiere, convulsiones y presencia de letargia o inconsciencia), de hecho la propuesta original contemplaba un solo indicador para los cuatro signos; sin embargo en la observación de los 102 niños no se vio en ninguno el signo de gravedad *letargia o inconsciencia*, pese a que se solicitó a los trabajadores de salud que realicen la evaluación en voz alta, la mayoría de ellos no creyó necesario mencionar la ausencia de este signo; esto motivó la inclusión de otro indicador donde sólo 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, en 1997 sólo el 3,4% buscó los signos de peligro y el 0% evaluó la presencia de los tres síntomas principales<sup>(7)</sup>.

Con relación a los indicadores sobre el examen clínico los valores son altos, lo que refleja que el desempeño del trabajador de salud es adecuado en la evaluación de la alimentación del niño menor de dos años, la toma de peso, comparación del peso obtenido con una curva de crecimiento y la verificación del estado de vacunación del niño durante la consulta.

En cuanto a los indicadores de tratamiento, debido al escaso número de casos de niños graves o que necesitaron tratamiento con medicamentos orales, es muy difícil emitir

**Tabla 2.** Tipo de servicios de salud visitados, según distrito

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%)

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

N°	Indicador	Total
<b>Práctica del trabajador de salud</b>		
<i>Búsqueda</i>		
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%
1b	Proporción de niños que son evaluados para los 4 signos de peligro en general	38/102=37%
2	Proporción de niños que son evaluados para la presencia de tos, diarrea y fiebre	94/102=92%
<i>Examen clínico</i>		
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%
5	Proporción de niños con verificación del estado de vacunación durante la visita	97/102=95%
<i>Tratamiento</i>		
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%
9	Proporción de niños que dejan el servicio de salud con todas las vacunas necesarias	83/101=82%
<i>Indicadores suplementarios. Tratamiento</i>		
	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%

Conclusiones. Sólo dos niños requirieron referencia. No se encontraron niños que clasifiquen como malaria, 10 niños necesitaban antibióticos orales y a 5 se les prescribió de manera correcta (selección del antibiótico recomendado para la edad y clasificación, dosis adecuada por vez, número de veces por día y número total de días), esta proporción se mantiene para el caso del indicador suplementario de tratamiento antibiótico correcto para la neumonía. Cerca

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%

*Comunicación interpersonal*

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%
--	-----------

*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=49%
Proporción de niños a cuyos cuidadores se les indican 3 signos para volver inmediatamente	46/100=45%
Proporción de cuidadores de niños que pueden describir al menos 3 aspectos de manejo de casos en el hogar	32/101=32%
Proporción de cuidadores de niños que pueden describir al menos 2 signos para búsqueda de ayuda inmediata	66/101=65%

**Equipamientos, suministros y apoyo al servicio de salud**

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=78%
12 Proporción de servicios de salud que tienen todo el equipo esencial y materiales disponibles para AIEPI	22/36=61%
13 Proporción de servicios de salud que tienen todos los medicamentos esenciales de AIEPI disponibles	5/36=14%
14 Proporción de servicios de salud que tienen equipamiento y suministros disponibles para proveer servicios completos de vacunación	17/36=47%
15 Proporción de servicios de salud con al menos 60% de trabajadores de salud, capacitados en AIEPI, que atienden niños	30/36=83%

de la mitad de los niños recibió indicación de continuar con la alimentación y recibir líquidos adicionales. La magnitud de niños que deja el servicio de salud con todas las vacunas necesarias tiene el antecedente que antes de la consulta 75% de los niños ya tenían su esquema de vacunación al día, sin embargo sobre los 21 niños restantes 17 dejaron el servicio con todas las vacunas necesarias.

Con relación a la línea de base<sup>(7)</sup>, existió disminución de

la prescripción innecesaria de antibióticos a niños con diarrea sin deshidratación (de 23,5% a 12,7%). En general el sobretratamiento global con antibióticos fue muy bajo.

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*. Casi todos los niños con peso bajo fueron evaluados para problemas de alimentación.

El único indicador prioritario de comunicación interpersonal muestra que 49% de las cuidadoras cuyos hijos tenían prescripción de medicamento orales, recordaba como dar el tratamiento correctamente (nombre del medicamento, dosis por vez, número de veces por día y duración del tratamiento). En lo que se refiere a los indicadores suplementarios de comunicación interpersonal, la proporción de madres o cuidadoras de niños que recibieron consejería sobre tratamiento en general no supera la mitad y es mucho menor la proporción de los que recibieron la primera dosis del tratamiento oral en el servicio. Igualmente las cuidadoras que conocían tres aspectos de manejo de casos en el hogar fueron 32%, en cambio sus respuestas sobre si pueden describir al menos dos signos para búsqueda de ayuda inmediata alcanzan 65%, valor probablemente influido por su experiencia previa y no precisamente por la consulta recién pasada.

Entre los indicadores que tienen que ver con el apoyo del sistema de salud al desarrollo de AIEPI se ve que una gran proporción de servicios recibió una visita que incluyó observación de manejo de casos, pero ésta no fue la supervisión regular sino una visita de seguimiento luego de la capacitación, la cual consiste fundamentalmente en el reforzamiento de las habilidades adquiridas durante el curso clínico AIEPI. 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 ambulatorio de las diferentes clasificaciones AIEPI y apenas el 13% tiene los medicamentos esenciales para el tratamiento urgente pre referencia. Menos de la mitad del total de los servicios visitados puede ofrecer servicios completos de vacunación, finalmente un gran porcentaje de los servicios visitados tenía al menos un trabajador de salud capacitado en AIEPI.

## Conclusiones

Se ha verificado nuevamente la importancia del personal auxiliar de enfermería como principal prestador del servicio de salud particularmente en el área rural de Bolivia, ratificando la intención de que esta categoría de trabajadores de salud sea prioritario en la capacitación.

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 atención 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 en la conducta frente a determinadas clasificaciones (anemia, neumonía), 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.

Los dos talleres a nivel departamental (La Paz y Santa Cruz) permitieron sensibilizar a los gerentes de salud hacia la importancia de la estrategia para las políticas de salud, especialmente en el momento actual en que el Ministerio de Salud y Previsión Social ha iniciado la aplicación del Seguro Básico de Salud como uno de los principales instrumentos de reforma del sector; este seguro universal incorpora a la estrategia en el diseño de las prestaciones ofrecidas a la población menor de 5 años.

Los tres talleres locales tuvieron buena receptividad por parte del personal operativo, permitieron una amplia reflexión e intercambio con el personal técnico de diferentes niveles, sirvieron también para una oportuna retroalimentación técnica y ratificaron su compromiso para seguir trabajando en la aplicación de la estrategia.

En ambos niveles se vio pertinente ajustar los mecanismos de supervisión y monitoreo actuales, hacer los esfuerzos necesarios por mejorar la disponibilidad de medicamentos, existió el compromiso de los equipos de distrito para reforzar la capacitación, sobre todo en los puntos débiles identificados y utilizar los resultados de la evaluación en la planificación de actividades futuras.

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, tampoco se pudo obtener información, utilizando los indicadores propuestos, con relación a errores específicos de los trabajadores al hacer las diferentes clasificaciones. Algunos de los indicadores agrupan demasiadas variables siendo complejos en su construcción e interpretación limitando la identificación de aspectos específicos. Se ha recomendado buscar otra metodología para la entrevista a la madre, particularmente para conocer su grado de satisfacción.

La evaluación a servicios de salud justifica, para el país, la necesidad de fortalecer las actividades de monitoreo a servicios de salud y de reforzamiento y mejorar la calidad de la capacitación.

La evaluación a servicios de salud, a nivel regional, se constituye en un hito al ser la primera prueba mundial. Las lecciones aprendidas, sobre todo en la aplicación de la metodología, serán de utilidad para los países que realicen evaluaciones similares en el futuro.

La evaluación AIEPI, al considerar aspectos importantes sobre organización de servicios, manejo de casos, comunicación interpersonal, consejería y disponibilidad de equipos, insumos y medicamentos, se constituye en una herramienta de apoyo a la mejora de la calidad de la atención al menor de 5 años en los servicios de salud ya que ofrece información objetiva sobre todos estos aspectos que están ligados al concepto de calidad.

## Agradecimientos

La presente evaluación fue financiada por: BASICS/USAID, OPS/OMS, Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) y la Unidad de Reforma de la Salud (Banco Mundial).

Los autores desean expresar su reconocimiento y agradecimiento al personal de la Unidad Nacional de Atención a las Personas, del Ministerio de Salud y Previsión Social y a las personas que participaron en la evaluación; todos profesionales nacionales y extranjeros de elevado nivel técnico.

## Summary

**Introduction:** the implementation of the IMCI strategy in Bolivia started at the end of the year 1996; in this process trained and visits of monitoring were carried out to health workers of three districts, considered as initials. The present article presents the results of the application of an assessment methodology to measure the impact of the training and monitoring of IMCI, recommended by the World Health Organization (WHO), which becomes the first world test.

**Objective:** the objectives this IMCI evaluation were: a) know the quality of care to the child under 5, availability of drugs, and equipment for integrated care in first level health services of three districts, b) identify the barriers that impede the integrated care, and c) validate the proposed methodology by WHO.

**Methods:** the evaluation was done in April 1999, in three rural districts (Altiplano Sur in La Paz, Valles Cruceños and Chiquitania Centro in Santa Cruz).

The teams of evaluators observed the case management, carry out an exit interview to the mother,

re-examined the child and reviewed the equipment and provision of drugs. 36 health services were included selected randomly, there was observed 54 health workers that looked 102 children.

**Results:** the results showed that the clinical abilities have improved clearly, in comparison with the baseline of the year 1997. There was a reduction in the unnecessary use of antibiotics. The weaknesses were related to the identification and behavior toward the classification of "anemia" and with counseling aspects, to the mother. Problems were identified with the availability of drugs and in-service vaccination.

**Conclusions:** after the analysis of the collected data "workshops to return the information" were done at the operating levels, which obtained that the health workers proposed recommendations aimed to improving the application of IMCI in its services. Finally recommendations on the methodology of evaluation were made.

**Key words:** COMPREHENSIVE HEALTH CARE  
COMMUNITY HEALTH SERVICES  
PROGRAM EVALUATION

## Bibliografía

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): 119-28.
3. **Instituto Nacional de Estadística (Bolivia).** 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: 106-8.
5. **Mazzi E, Mejía M, Cordero D.** AIEPI. Experiencia Nacional en Talleres para Facilitadores. Rev Soc Bol Ped 1997; 36: 51-4.
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. **Ministerio de Salud y Previsión Social (Bolivia), OPS, BASICS, UNICEF.** Plan Nacional AIEPI. Año II de la Implementación, Fase de Expansión. La Paz: Ministerio de Salud y Previsión Social; 1998.

**Correspondencia:** Dr. Dilberth Cordero Valdivia.  
E-mail: dcordero@ceibo.entelnet.bo