

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POS GRADO EN SALUD PÚBLICA



EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA
“ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA
INFANCIA” (AIEPI) EN LA REGIÓN METROPOLITANA
DEL DISTRITO CENTRAL 2003 y 2008.

PRESENTADO POR:

SAYDA LIZETH PEJUÁN UCLÉS

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE

MASTER EN SALUD PÚBLICA

ASESORES

Dr. EDUARDO FERNÁNDEZ

MSc. MERCEDES MARTÍNEZ

TEGUCIGALPA, M.D.C.

HONDURAS, C.A.

MAYO 2016

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS UNAH

RECTORA

LICDA. JULIETA CASTELLANOS RUIZ

VICE RECTORA ACADÉMICA

DRA. RUTILIA CALDERÓN PADILLA

VICE RECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES

ABOG. AYAX IRIAS COELLO

VICE RECTOR DE RELACIONES INTERNACIONALES

DR. JULIO RAUDALES

SECRETARIA GENERAL

LICDA. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y POSGRADOS

MSc. LETICIA SALOMÓN

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. MARCO TULIO MEDINA

SECRETARIO ACADÉMICO FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

COORDINADORA GENERAL POSGRADOS

FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS

DRA. ELSA YOLANDA PALOU

COORDINADOR GENERAL DEL POSGRADO EN SALUD PÚBLICA

DR. HÉCTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADARES

DEDICATORIA

A mis padres Baudino Pejuán e Ilma Uclés Herrera por los detalles internos de mi ser, así como los valores universales adquiridos para la convivencia en sociedad a quien académicamente no he superado.

A mi esposo Orlando Martínez Matute el ejemplo que necesito para que mis hijos sean hombres de bien; por acompañarme en el diario vivir desde mi egreso del pregrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH.

A mis hijos David Aarón y Orlando Martínez Pejuán por los dones que Dios depositó en cada uno de ellos reflejado en su apoyo incondicional.

A mis hermanos que considero un grupo de admiración, ejemplo de lucha y superación.

A mis amigas Sonia Amat y Zulay Munguía a quienes agradezco el apoyo con su red de amigos cuando la tecnología no llegaba a ser parte de mi diario vivir.

A Carlos Henríquez por su ayuda con el trabajo regional.

A los familiares y amigos al permitir un ambiente agradable en momentos de dedicación al estudio.

A mis compañeros de Maestría que me hicieron comprender que por sus capacidades estaría en sus manos el futuro de nuestro pueblo.

AGRADECIMIENTOS

Ante todo a Dios nuestro Señor, al conocer mi condición humana, permancer conmigo, ampararme y brindar la fortaleza para enfrentarme a los retos que considera puedo contribuir a la salud de nuestro pueblo.

A mi núcleo familiar por ser el soporte diario y la razón de mi vida, por los momentos que les resté en el compartir en busca del desarrollo personal.

A la Universidad Nacional Autónoma de Honduras al seleccionarme para ingresar a la Maestría en Salud Publica de la que estoy egresando. A los maestros por proporcionarme el conocimiento teórico práctico e inducción al ejercicio analítico para aplicar en pro de las mayorías.

Al Dr. Manuel Chávez (Q.D.D.G.) mi primer tutor quien fungió como Jefe del eje de investigación y me orientó en el cambio de una percepción clínica particular a un enfoque analítico social, despertando la sensibilidad y el involucramiento oportuno en las intervenciones.

A la MSc. Eva Luz Alvarado (Q.D.D.G.) mi segunda tutora cuya experiencia amplia logré aprovechar escasos meses, permitiendo un giro práctico a la

investigación, valorando la opinión directa del proveedor de atención en salud sobre la aplicación de la estrategia en estudio.

A la MSc. Mercedes Martínez mi tercera tutora por organizar lo iniciado, su experiencia, orientación consejería y atino en la formación de éste recurso

A mi tutor Dr. Eduardo Fernández por su valiosa colaboración en la culminación de éste trabajo de investigación, llevandome a contrastar los resultados a un nivel superior y sembrar el deseo de iniciar estudios a profundidad partiendo de los resultados iniciales.

Al personal de la Secretaría de Salud de Honduras que labora en todos los niveles central, regional y local del Distrito Central por apoyarme en materia logística.

A los estudiantes de la carrera de medicina de la UNAH que levantaron las encuestas de opinión y finalmente al personal que hizo que hoy mi sueño se cumpla, de todo corazón muchas gracias.

Tabla de Contenido

I.	Introducción	9
II.	Objetivos	12
	A. General	12
	B. Específicos	12
III.	Marco Teórico	13
	1. Salud.....	13
	2. Salud pública	14
	3. Factores determinantes de la salud.....	14
	3.1. Estilo de Vida	14
	3.2. Condiciones de Vida	15
	3.3. Condición Económica.....	16
	3.4. Condición Cultural.....	17
	3.5. Condición Medioambiental:.....	17
	4. Legislación en salud. Honduras.....	18
	5. Modelo de salud	21
	6. Sistema de salud	22
	6.1. Calidad.....	23
	6.2. Garantía de la Calidad en Salud	23
	6.3.3. Tipo de servicio en salud.....	28
	6.3.3.1. Promoción de la salud.....	28
	6.3.3.2. Prevención de la enfermedad	28
	A. Primaria:.....	28
	B. Secundaria:.....	29
	C. Terciaria:.....	29
	D. Cuaternaria:	29
	6.3.4. Atención en salud.....	29
	6.3.5. Prestación / Provisión de servicios.....	30

6.4.	Sector salud.....	31
6.4.1.	Funciones del sector salud.....	31
6.5.	Modelo de atención a la salud infantil y la niñez	35
7.	Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)	37
7.1.	Componentes en la Implementación de AIEPI.....	48
7.2.1.	Actividades ejecutadas por el personal de salud al utilizar la hoja de AIEPI	53
IV.	Hipótesis	54
V.	Metodología	55
A.	Diseño Metodológico	55
VI.	Resultados	60
VII.	Análisis de Resultados	85
VIII.	Conclusiones	98
IX.	Recomendaciones.....	103
X.	Bibliografía.....	107
XI.	Anexos	113

Acronímicos

AIEPI: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

AIN: Atención Integral a la Niñez

AIN-C: Atención Integral a la Niñez Comunitaria

AMHON: Asociación de Municipios de Honduras

AS: Autoridad Sanitaria

ASIS-SCV: Análisis de Situación de Salud Según Condiciones de Vida

BASIC: Centro Básico Institucional para la Supervivencia Infantil

CESAMO: Centros de Salud con Médico

CESAR: Centros de Salud Rural

CLAP: Centro Latinoamericano de Perinatología

CR: Constitución de la República

DAS: Derecho a la Salud

DGC: Departamento de Garantía de Calidad

E.S: Establecimientos de Salud (Ahora)

ERP: Estrategia de Reducción de la Pobreza

FONAC: Foro Nacional de Convergencia

FOPRIDE: Federación de Organizaciones no Gubernamentales para el Desarrollo de Honduras

GAVI: The Global Alliance for Vaccines and Immunizations

IHNFA: Instituto Hondureño de la Niñez y de la Familia

IHSS: Instituto Hondureño de Seguridad Social

IRA: Infecciones Respiratorias Agudas

MCC: Mejora Continua de Calidad

MSH: Management Sciences For Health

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones

PSEIS: Productos, Servicios y Establecimientos de Interés Sanitario

RAMNI: Reducción Acelerada de la Mortalidad Materno-Infantil

RSMDC: Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central

SESAL: Secretaría de Salud (Actualmente)

SNCS: Sistema Nacional de Calidad en Salud

SS: Secretaría de Salud

TIPS: Trials of Improved Practices

ULAT: Universidad Latinoamericana

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

US: Unidad de Salud

USAID: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

I. INTRODUCCIÓN

El tema de investigación previa opción al título de Master en Salud Pública es la Evaluación de la Implementación de la Estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en la Región Metropolitana del Distrito Central. 2003 y 2008.

Las estadísticas sobre morbilidad infantil, un problema a nivel mundial muestran que en el año 2000, murieron 9.7 millones de niños menores de 5 años en 42 países; el 75% de ellas en 17 países de América Latina y el 96% en 14 países donde la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) es mayor a 30 por mil nacidos vivos. Honduras en ese entorno aparece con una TMI de 42 por 1000 nacidos vivos y de la niñez 45 por mil nacidos vivos .

Investigadores en salud de diversas naciones se reunieron en Bellagio, Italia en el año 2003 con el objeto de disminuir esas muertes, ya que el 90% de ellas se presentan en esas 42 naciones con una ocurrencia de 66% por enfermedades fácilmente prevenibles como : diarrea, neumonía, sarampión, malaria, VIH/Sida; subyacente a ellas la mala nutrición. Encontrando así las intervenciones suficientes para reducir las inequidades en salud y consideran que el reto es garantizar su implementación.

Las agencias internacionales y bilaterales coadyuvan esfuerzos para aumentar el nivel de conocimiento y competencia técnica en el personal de salud

involucrado en la atención. Analizan sistemáticamente información en salud tales como promedios nacionales, indicadores en todas sus categorías: socioeconómicos, de género, demográficos, tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad por causas entre otros. Se logra una inversión significativa.

En Honduras la Secretaría de Salud (SESAL) con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) y el Centro Básico Institucional para la Supervivencia Infantil (BASIC) definen la primera norma de Atención Integral a la niñez (AIN) y Estrategia de Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) a nivel institucional (OPS, 1998).

AIEPI enfoca la atención en el estado de salud del menor de 5 años, permite el análisis epidemiológico, diagnóstico precoz de las enfermedades por los padres o el personal de salud. Logra así, el tratamiento oportuno, evita se agraven o compliquen. Incorpora el contenido preventivo de enfermedades, accidentes y traumatismos. Participa en la promoción de la salud al mejorar el conocimiento, prácticas de cuidado, atención, apoyo, crecimiento y desarrollo saludable. Aumenta la cobertura de vacunación, mantiene una adecuada relación costo efectividad, mejora la equidad y propone un excelente modelo de atención.

El presente estudio tiene un diseño cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. caracterizando la implementación de la Estrategia AIEPI en los Centros de Salud con médico (CESAMO) pertenecientes a la Secretaría de Salud Subsector Público de la Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central (Alonso Suazo, Monterrey, Pedregal y San Miguel) en el período 2003 al 2008.

Se requirió información sobre el marco estratégico de la Región Sanitaria Metropolitana en el nivel intermedio y local; su organización y función, revisar documentación sobre salud, salud pública, factores determinantes de la salud, modelo de salud, sistema de salud, sector salud, calidad en salud, modelo de atención en salud, políticas centrales del desarrollo de los servicios de salud infantil y de la niñez, modelo de Atención Integral a la Niñez (AIN), estrategias comunitaria (AIN-C) e institucional (AIEPI), las fases de introducción, validación, implementación y evaluación de las misma.

Se visualizó la organización del servicio; la existencia de insumos básicos; el proceso de atención; triangulación y ponderación de la observación de la consulta médica, el registro de la consulta en el expediente y encuesta al tutor sobre la atención médica y en el Centro de Salud); entrevista al personal médico sobre contenido, supervisión y logros al aplicar la Estrategia AIEPI.

II. OBJETIVOS

A. GENERAL

Caracterizar la implementación de la Estrategia AIEPI en la atención de salud a niños/ñas menores de cinco años que acuden a las Unidades de Salud (Monterrey, Pedregal, San Miguel y Alonso Suazo) primer nivel de atención de la Región de Salud Metropolitana del Distrito Central 2003 y 2008.

B. ESPECÍFICOS

1. Describir el proceso de atención de niños/ñas menores de cinco años en las Unidades de Salud de la Región Metropolitana del Distrito Central aplicando la Estrategia AIEPI 2003 y 2008.
2. Identificar los indicadores de la estructura de la Estrategia AIEPI en niños/as menores de cinco años que acuden a éstas Unidades de Salud 2003 y 2008.
3. Describir lecciones aprendidas en la implementación de la Estrategia AIEPI en la Región de Salud Metropolitana Distrito Central período 2003 y 2008.

III. MARCO TEÓRICO.

El derecho a la salud implica la atención oportuna y apropiada. El estudio de una de las estrategias más utilizadas a nivel mundial AIEPI con miras a reformas de Estado hacia un mejor desempeño del sistema nacional de salud, sector salud, modelo de atención y estrategias para la prestación de servicios requiere de una evaluación en la implementación.

Los resultados se miden por los indicadores de salud, demográficos, los recursos con los que se cuenta, particularmente en éste caso las atenciones a nivel institucional, la vigilancia de la morbilidad ambulatoria, enfermedades prevenibles por vacuna y tasas de mortalidad infantil y de la niñez. La auditoría médica como se menciona en la literatura lejos de un elemento punitivo recupera sus características de instrumento educativo, correctivo, continuo y de optimización.

Es necesario para comprender el concepto, contexto, contenido, implicaciones e implementación de la Estrategia, desglosar la terminología que permitirá un mejor entendimiento y la describo a continuación:

1. SALUD

“El completo bienestar físico, mental, social y espiritual y no solo la ausencia de enfermedad (Casas Anguita, 2001)”. También se define como “un estado de bienestar físico, mental y social completo”. Depende de muchos factores: la

biología humana, el estilo de vida, la organización de la atención de salud y los entornos físicos y sociales que rodean al individuo”. (SESAL, 2011) Es un bien esencial para la vida, para el bienestar y la economía de un país (OPS, 2004).

2. SALUD PÚBLICA:

Es la “acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas”. Incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a todos los servicios y calidad en la atención de salud. (OPS, 2002) Trasciende de una disciplina académica a una práctica social interdisciplinaria (Muñoz,F,et al.; Muñoz, 2000) Como conjunto de principios y métodos permite la especialización en el campo de la salud; una actividad de gobierno y compromiso de la sociedad hacia sus ideales en salud (Edmundo Beteta Pacheco and et al, 1992).

3. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS)

Los principales determinantes sociales de la salud son los que poseen un gran potencial para reducir los efectos de las enfermedades y promover la salud de la población. Puede analizarse desde el comportamiento y estilo de vida; condición de vida; condición socioeconómica, cultural, medioambiental y acceso al servicio de salud. (SESAL, 2005).

3.1. Estilo de Vida

Es el “conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a la salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control”...las malas decisiones, los hábitos perjudiciales conllevan riesgos y si éstos tienen como consecuencia la

enfermedad o la muerte se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ello. (OPS).

En el proceso de atención institucional en salud al menor de cinco años, la persona que asiste, recibe, comprende y aplica las recomendaciones del trabajador de salud, no es la que padece la enfermedad, o el responsable del cuidado del que la padece sino un tercero que lleva al menor a la consulta y debe transmitir las recomendaciones y no aplicarlas. La trasmisión del mensaje depende de lo que capta, comprende y percibe como apropiado; lo que memorice; involucra sus creencias, hábitos y puede generar modificaciones respecto a lo del mensaje originalmente transmitido (OPS/OMS, 2001).

3.2. Condiciones de Vida

Incluyen la distribución de recursos entre sectores de la población y en particular la asignación para la salud considerada como la reproducción social. Incluye el requisito económico, la reproducción de la fuerza de trabajo y la reproducción de la población. Niveles en donde puede ocurrir un nexo entre fuerza de trabajo y modo de producción: 1) clase social, 2) ámbito geográfico y 3) ámbito familiar.

Las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) establecen el umbral de pobreza que tipifica los hogares en pobres o en situación de pobreza extrema: En Honduras se adoptan las NBI como indicadores de condiciones de vida (SESAL, OPS, OMS, 2000). La promoción y protección de la salud del pueblo es

indispensable para un desarrollo económico y social (OMS/OPS, UNICEF, 1978)

3.3. Condición Económica

El modo de producción e inserción capitalista, obedece a un salario por la compra de la capacidad de trabajar así como la adquisición de bienes y servicios necesarios para la reproducción. Otras formas de inserción se basan en el autoconsumo o el trueque. Además en países subdesarrollados y dependientes como el nuestro existe otro modo como ser la marginalidad. Ésta permite la superexplotación y que el nivel medio de salario sea por debajo de la necesidad reproductiva (Serie Salud Colectiva, 1993).

“El método de ingreso para elaborar la línea de la pobreza e indigencia consiste en utilizar el costo de una canasta básica alimentaria como criterio de segmentación”. Los hogares sin ingresos para adquirir una canasta básica alimentaria se consideran “indigentes”; los que “pueden adquirir 2 canastas básicas, pobres”; no se consideran “las condiciones materiales en que se encuentran ambos tipos de hogares”. (SESAL,OPS,OMS, 2000)

La disponibilidad de recursos en el hogar del menor de cinco años se relaciona con el tipo de alimentación. Sin embargo en muchos países en desarrollo la desnutrición aparece como consecuencia de una inadecuada alimentación más que de la falta de recursos, es decir asociada a prácticas inadecuadas (OPS/OMS, 2001, pág. 48); lo que nos lleva a analizar la condición cultural.

3.4. Condición Cultural

Implica la transformación y seguimiento de un modelo de vida. La cultura involucra elementos: materiales, de organización, conocimiento, simbólicos (lenguaje) y emotivos (creencias y valores integrados que motivan a la participación y/o la aceptación de las acciones) (OMS, 2011).

3.5. Condición Medioambiental:

Involucra factores externos al cuerpo humano sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control relacionado con la salud. (OPS). Son componentes esenciales del medio ambiente: el estado natural del medio, medio físico o de naturaleza biológica (abastecimiento de agua, eliminación de excretas, higiene de los alimentos), vivienda, cantidad de agentes químicos, bacteriológicos, parasitológicos (Educación Médica en Salud, 1992).

La mortalidad por enfermedades prevalentes en la infancia en los países en desarrollo se atribuye especialmente a factores de riesgo de enfermedad y agravamiento por las deficientes condiciones de higiene personal, doméstica y ambiental . La contaminación del aire en el interior de los domicilios (OPS/OMS, 2001, pág. 83) y el agua receptor de la problemática ambiental, contaminada por la infraestructura sanitaria insuficiente, el sedimento producto de la degradación de cuencas altas, lixiviación de fertilizantes y plaguicidas, aguas residuales, desechos sólidos domésticos e industriales. (FONAC, INTERFOROS, AMHON, FOPRIDE, 2001).

3.6. CALIDAD DE VIDA

“Es la percepción que el individuo tiene de su lugar de existencia en el concepto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, su relación con los elementos esenciales de su entorno”. Supone la oportunidad de elegir y obtener satisfacciones por el hecho de vivir. (OMS, 2011)

4. LEGISLACIÓN EN SALUD. HONDURAS.

La atención a la población menor de cinco años está sustentada en el marco legal que describo a continuación:

La Declaración de los Derechos Humanos en 1948 se adoptó como marco de referencia en el ejercicio de derechos y libertades como para el establecimiento de política de Estado independientemente de su estatus económico, cultural, político, geográfico o de otra índole.

En el párrafo 1. Artículo 25 de la Declaración de los Derechos Humanos se establece que Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestuario y la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

En el año 2000, el Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales estableció sobre el derecho a la salud lo siguiente; la Salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los derechos humanos, Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que permita vivir dignamente” (SESAL, 2010)

El Estado reconoce un marco legal que nos rige a través de:

“La Constitución de la República (CR) manda como obligación del Poder Ejecutivo adoptar las medidas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de los habitantes y expresa que el Poder Ejecutivo por medio de la Secretaría de Salud coordinará las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados del sector” (SESAL, 2009)

El Código de Salud en el libro I, Título único, de los derechos y deberes relativos a la salud, en los artículos 8 y 9 señala el derecho a la asistencia, rehabilitación y prestación necesaria para la conservación, promoción y recuperación de la salud, así como a vivir en un ambiente sano. La Secretaría de Salud tiene bajo su responsabilidad, velar para que se den esas condiciones. (SESAL, 2011)

El Derecho a la Salud (DAS) implica la atención de salud oportuna y apropiada; atención a los principales factores determinantes de la salud como: acceso a las condiciones sanitarias adecuadas, disfrute de bienes y servicios, condiciones

sanas en los diferentes ambientes (hogar, trabajo, comunidad), información y educación en salud, así como la toma de decisiones (Mtra. Emilia Alduvín Sainz, Mtra. Astarté Alegría Castellanos y Dr. Jorge Sierra B., 2009)

El derecho a la salud es un derecho fundamental. “Se formaliza como sistema de normas y reglas establecidas o sancionadas por el Estado”. (SESAL, 2011)

El derecho a la salud está fundamentado jurídica y legalmente en algunos compromisos internacionales firmados por el Estado y en su misma constitución, pero algunos analistas consideran existe una fundamentación moral que son los principios éticos que lo sustentan independientemente de que exista o no una ley que lo respalde. (OPS, 2005)

Los niños tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Corresponde: al Estado, por medio de las entidades de Salud Pública; brindarle a la madre y al niño, en la etapa prenatal, natal y postnatal, atención médica especializada. En caso de necesidad y apoyo alimentario, corresponde velar por el adecuado crecimiento y desarrollo a sus padres o representantes legales, a sus parientes por consanguinidad y afinidad o en su defecto a la comunidad y al Estado. (SESAL, 2011)

El Código de la Niñez y la Adolescencia en el Decreto No.73 - 96 del jueves 5 de septiembre 1996. Artículo 2. Tiene como objetivo general la protección integral de los niños en los términos que consagra la Constitución de la

República y la Convención sobre los Derechos del Niño, así como la modernización e integración del ordenamiento jurídico de la República en ésta materia. Protección integral es el conjunto de medidas encaminadas a proteger a los niños y los derechos resultantes de las relaciones que mantengan entre sí. (IHNFA, 1996)

Se establece y regula el derecho y libertad fundamental del niño; el régimen de prevención y protección que el Estado le garantiza para asegurar su desarrollo integral. Crea los organismos y procedimientos necesarios para ofrecerle protección, le facilita y garantiza el acceso a la justicia. Define los principios que orientan las políticas nacionales relacionadas con los mismos. (IHNFA, 1996)

4. MODELO DE SALUD

Encontramos diferentes definiciones como:

“ Conjunto de criterios o fundamentos doctrinales e ideológicos en los que están cimentados los sistemas sanitarios”. Ello incluye aspectos como: población receptora, quién financia el sistema, prestaciones que se van a dar, actuaciones y competencias de la salud pública – autoridad sanitaria (<http://www.ops.org.bo>, 2004).

“Los modelos de salud que perduran son los que se construyen colectivamente por aproximaciones sucesivas, requiere de ajustes temporales ante las

situaciones cambiantes, teniendo claridad, firmeza en los objetivos y gran flexibilidad (Jaime Alarid, 1997) .

5. SISTEMA DE SALUD

“Conjunto de todas las actividades, oficiales o no, relacionadas con la prestación de servicios de salud a una población determinada, que debe tener acceso adecuado a la utilización de dichos servicios. Integrado por todo el personal de la salud disponible, los procedimientos de formación de este tipo de personal, las instalaciones sanitarias, las asociaciones profesionales, los recursos económicos que por cualquier motivo u origen se pongan al servicio de la salud. Comprende “todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos al mejoramiento de la salud.” (SESAL, 2009)

“Conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la Salud” Entre las funciones principales de los Sistemas de Salud enumeramos: la rectoría; el financiamiento; y la prestación de servicios de salud. (OMS, 2002)

Su objetivo es garantizar el derecho a la salud como derecho universal y recurso para el desarrollo social, económico e individual de una persona.

5.1. CALIDAD

“Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato” es la definición formulada por W. Edwards Deming. Calidad es el “Momento metodológico en el cual se determina la calidad esperada a través de la formulación de estándares”.

5.2. Garantía de la Calidad en Salud

Comprende “un conjunto de actividades de gestión del sistema de salud, que contribuyen a una atención de calidad técnica y orientada hacia la satisfacción del usuario. Es una metodología sistemática a través de la cual se define, monitorea y mejora la calidad (Ministerio de la Protección Social, 2007)” “Es un enfoque sistémico para que las personas se den cuenta de la importancia de la excelencia”. (USAID, 1990)

La garantía de calidad asegura el cumplimiento de las normas, su mejora e innovación continua en la gestión y atención en salud. Para garantizar la calidad en los servicios de salud: se necesita orientar la organización al usuario, mejorar la prestación del servicio, fomentar el uso eficiente de los recursos humanos y materiales. (Martínez Sagasta, 2007)

La vigilancia del cumplimiento de la calidad “es la verificación sistemática del desempeño de un proceso a través del grado de cumplimiento de estándares e indicadores seleccionados”. Se fijan umbrales es decir definen niveles aceptables de cumplimiento. Cuando se usan los umbrales de cumplimiento correctamente pueden trabajarse en función de prioridades.

El mejoramiento de la calidad “dimensión micro de la calidad”, es una metodología sistemática que introduce cambios concretos en procesos específicos de la atención en salud, para lograr niveles elevados de calidad y satisfacción de los usuarios. (USAID-QAP/URC-OPS)

5.3. SISTEMA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

“Conjunto de instituciones, organismos, procesos, procedimientos, normas y reglamentos que, de forma deliberada, armoniosa, beneficiosa y transparente desarrolla el Sector Salud bajo el liderazgo de la Secretaría de Salud, como entidad rectora, encaminada a la definición, vigilancia, promoción, mejoramiento y mantenimiento de la calidad de los Productos, Servicios y Establecimientos de Interés Sanitario (PSEIS) y de los procesos de atención, producción, etc, con el fin de proteger la salud y garantizar la seguridad y satisfacción de la población. (SESAL, Sistema Nacional de Calidad en Salud, 2011)

En el Sistema Nacional de Calidad en Salud es importante el acceso a los servicios de salud, la organización de los servicios, tipo de servicio, modalidad de servicio, el modelo de salud vigente, los sectores involucrados en el modelo de atención. La aceptabilidad de los servicios ofrecidos para los posibles demandantes del servicio. (Lori DiPrete Brown and et al, pág. 12) Es allí donde se inserta el modelo de AIN y específicamente el análisis de la estrategia AIEPI.

5.3.1. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD:

Se refiere el acceso a un servicio garantizado de salud. Incluye aspectos: geográfico (medio de transporte, distancia para recibir atención); económico (accesibilidad de los servicios y productos ofrecidos); social y cultural (aceptabilidad de los servicios ofrecidos, organización de los servicios convenientes para los posibles demandantes del servicio). (USAID, 1990)

5.3.2. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD:

Para mejorar las condiciones sanitarias básicas y la prestación de servicios de salud en Honduras, fueron evaluadas experiencias de modelos descentralizados, es así como el plan de gobierno del sector salud para el período 2002 - 2006 contempló entre sus pilares la reforma del sector y la extensión de cobertura en la prestación de servicios. la reforma del sector salud considera cuatro estrategias claves:

- El desarrollo institucional de la Secretaría de Salud: orientado a la transformación de la entidad rectora y financiadora del sector. Ello implica separar las funciones de financiamiento y de provisión de salud (SESAL, 2009).
- Descentralización y desarrollo local: la primera consiste en transferir el poder de decisión, competencias y recursos del sector salud a estructuras subnacionales. La segunda (el desarrollo local) se da con el apoyo técnico de nivel central de la Secretaría de Salud e involucra las regiones

departamentales a nivel local. Ellos deben identificar las necesidades, evaluar las capacidades existentes, proponer soluciones y mostrar opciones para la gestión descentralizada de los servicios de salud. (SESAL, 2009)

- Promoción de la salud: permite que los distintos componentes del sistema de producción social de la salud, actúen de manera armónica, los ciudadanos cuiden su propia salud, cuenten con mejores opciones políticas, legales, ambientales, educativas y de inclusión en la toma de decisiones (SESAL, 2009, pág. 39).
- Reorganización del modelo de atención y fortalecimiento gerencial (SESAL, 2003). Incorpora el *fortalecimiento organizacional de la de Salud, en sus diferentes niveles de gestión, toma decisiones apropiadas, oportunas y cercanas a donde los problemas se enfrentan* (Secretaría de Salud RSMDC, 2003).

En la RSM D.C en el período 2003 y 2008 la cartera de servicios de salud se ofrece en tres niveles:

- Primer nivel, orientado a la prevención, promoción y recuperación ambulatoria. Incluye la resolución de los problemas de salud a nivel comunitario. *Se Considera la puerta principal de entrada a la red de servicios de salud y el lugar donde deben ser resueltas la mayoría de las necesidades de salud de la población.*
- Segundo nivel, orientado a la atención ambulatoria por especialidades básicas en los Centros de Salud y Hospitales.

- Tercer nivel, orientado a las especialidades y subespecialidades con énfasis hospitalario e internamiento.

Cada nivel se complementa con acciones de Salud Pública.

La Secretaría de Salud de Honduras (SESAL) hasta el mes de mayo del 2004 estaba constituida por 6 Hospitales Nacionales, 9 Regiones Sanitarias y 42 Áreas de Salud. Bajo su jurisdicción se encontraban 420 Establecimientos de Salud con atención ambulatoria o Centros de Salud con Médico (CESAMO) y 840 Centros de Salud con Enfermera Auxiliar (CESAR)

La Región de Salud Metropolitana del Distrito Central (D.C) es la entidad organizacional responsable de conducir la red de servicios de la Secretaría de Salud en el nivel intermedio. En el 2003 ésta región era la N°9 de entre nueve regiones sanitarias del país. Comprende tres áreas: Área N°1 localizada en la ciudad de Comayagüela constituida por 20 Unidades de Salud(US) atendidos por médico (CESAMO) o enfermera auxiliar (CESAR); Area N°2 con atención en salud en Tegucigalpa por 17 US ; Área N°3: la red hospitalaria con 13 US, modalidad pública 4 US, seguridad social una unidad y el sector privado 7 US.

Posteriormente en el 2008, la Secretaría de Salud organizó su estructura en 18 Regiones Departamentales y 2 Metropolitanas. Las Regiones Sanitarias la constituyen: la Metropolitana D.C con el régimen territorial administrativo en las ciudades de Tegucigalpa y Comayagüela; la Región Metropolitana de San Pedro Sula localizada en la ciudad que lleva su nombre.

5.3.3. TIPO DE SERVICIO EN SALUD

5.3.3.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD

“Es el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla” (OPS, OMS). El concepto aceptado por la SESAL lo resumen como “...el proceso social, que proporciona a la población los medios necesarios para ejercer control sobre sus condiciones de vida y bienestar. Implica que los individuos, las familias y las comunidades, la clase política, el estado y todos los actores sociales tienen posición frente al bienestar humano”. (SESAL, 2011)

La Promoción de la salud fomenta el empoderamiento. Permite responder a las necesidades de grupos de población en contextos de vulnerabilidad especialmente a las mujeres, niños(as), adultos mayores, personas con discapacidad y grupos étnicos. (SESAL, 2009)

5.3.3.2. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

Se basa en un grupo de actuaciones y consejos para evitar la enfermedad, evitar efectos no deseados en la salud de las personas o el ambiente, tomando en cuenta el ámbito geográfico y la multicausalidad.

A. Primaria: se lleva a cabo eliminando factores que puedan causar lesiones, antes de que sean efectivos. Tiene lugar antes de que se produzca la enfermedad, impidiendo o retrasando la aparición de la incidencia.

- B. Secundaria: detecta, impide o retrasa el desarrollo de las enfermedades en estados muy tempranos. Contribuye por tanto al diagnóstico, tratamiento precoz y la prevalencia de la enfermedad.
- C. Terciaria: al instaurarse la enfermedad, intenta evitar que se empeore y produzcan complicaciones. Se interviene en plena enfermedad. Objeto eliminar o reducir las consecuencias del desarrollo de la misma, tratamiento y rehabilitación.
- D. Cuaternaria: actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario. Es decir nos permiten evaluar costo - efectividad. Elaborar protocolos diagnósticos terapéuticos validados eficaces en la prevención de lesiones.
(OPS;OMS, 2001, pág. 35)

5.3.4. ATENCIÓN EN SALUD

La metodología de abordaje de atención en salud no se dirige únicamente a investigar la etiología que nos lleva a un diagnóstico, trata de precisar un daño, prevenir la progresión del mismo, mantener la funcionalidad o permitir la rehabilitación. Este es el abordaje realizado en el análisis de modelos de prestación de servicios de salud a nivel individual, en el grupo familiar y/o poblacional. (Educación Médica en Salud, 1992)

La Atención Primaria en Salud representa el primer contacto del individuo, la familia y la comunidad con el sistema de salud. Éste incluye todas las

intervenciones que tienen como propósito principal la salud. Por lo que constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria y contribuye al desarrollo social y económico de la comunidad. (Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria en Salud).

5.3.5. PRESTACIÓN / PROVISIÓN DE SERVICIOS

Implica brindar: cobertura, accesibilidad, el deseo de aumentar la eficiencia, la eficacia y la calidad de los servicios de salud. Los proveedores de servicios de salud incluyen: El Estado, la Cooperación Internacional, las Organizaciones no Gubernamentales y Organizaciones Comunitarias. (Congreso Calidad 2013)

La prestación de servicios de salud garantiza el tipo de servicio a entregar (prevención, promoción, curación, rehabilitación y Apoyo). Se organiza la oferta por niveles (ambulatorio, hospitalario) en red. Con mira a la población según el riesgo; entidades emergentes y prevalentes, con prioridad a grupos excluidos y vulnerables.

La modalidad de servicio de salud en Honduras se ofrece en el ámbito público y no público. El servicio público a cargo de la Secretaría de Salud servido en tres niveles operativos : central, regional y local. El no público a través del IHSS, instituciones privadas y organizaciones no gubernamentales.

5.4. SECTOR SALUD

El Sector Salud comprende así entidades que producen acciones, servicios, bienes, oportunidades y conocimientos que contribuyen al mantenimiento y mejoramiento de la salud individual y colectiva. Incluye las actividades económicas y productivas relacionadas con la salud; las decisiones políticas, las expresiones jurídicas administrativas con impacto en la salud; las intervenciones medioambientales y educativas que influyen los determinantes en salud. (SESAL, 2012)

5.4.1. FUNCIONES DEL SECTOR SALUD

Entre ellas la rectoría en salud la que se define como la facultad de gobernar, dirigir, conducir con liderazgo y autoridad. Implica la dirección de las políticas y estrategias de salud; vigilancia en el cumplimiento de normas; diseño de sistemas de información para monitorear y evaluar las necesidades y los resultados para la toma de decisiones (SESAL, 2009).

“Función mediante la cual se lidera, promueve y articula de manera efectiva, los esfuerzos de los actores claves, y se ejercen las potestades de autoridad sanitaria para proteger y mejorar la salud de la población”. (SESAL, 2012)

La rectoría incluye: “conducción, garantía del aseguramiento, regulación, armonización de la provisión de servicios, modulación del financiamiento,

vigilancia del marco normativo sanitario y vigilancia de la salud”. La conducción en salud es la adaptación de las políticas nacionales de salud a las necesidades de salud de la población. Circunscribe: la planificación, el diseño y organización de redes; el aseguramiento o garantía del acceso de la población a los servicios de salud; la dirección y conducción de emergencias y alertas sanitarias; orientación de la cooperación. (SESAL, 2007)

El aseguramiento vela por la seguridad del paciente (riesgo clínico): implica la identificación, análisis y gestión de los riesgos e incidentes relacionados con los pacientes, para hacer el cuidado de los mismos más seguro y minimizar los daños posibles. Solía llamarse incidente adverso, evento adverso, incidente clínico, incidente crítico, fallo clínico, fallo médico, error médico y evento centinela. (Seguridad del Paciente, 2014)

A través de la regulación sanitaria incluimos “acciones preventivas y correctivas que lleva a cabo el Estado, para normar y controlar las condiciones sanitarias del entorno humano, productos, servicios y establecimientos de interés sanitario, que puedan representar riesgo o daño a la salud de la población en general, así como a través de prácticas de repercusión personal y colectiva”.

La armonización en la provisión de salud va a la par del análisis de situación de salud según condiciones de vida (ASIS-SCV) es un procedimiento de investigación-acción que involucra al sector salud, la población y otros actores.

Busca asociar, gradualmente elementos de la realidad: social, económica, ambiental, cultural y demográfica con los particulares problemas de salud-enfermedad de un país, región, área, departamento, municipio u otras unidades geográficas. (SESAL,OPS,OMS, 2000)

El financiamiento en salud aporta recursos económicos necesarios en la provisión de servicios. Debe existir coherencia entre lo que se planifica y gasta. En Honduras se modula el financiamiento *del sector público en la Secretaría de Salud y el IHSS; en el sector privado por la aportación del usuario o seguro individual o colectivo. La Secretaría de Salud recibe fondos del Tesoro Nacional (Producto Interno Bruto 76%), de créditos externos (11%), de donaciones (9%) u otros (ejemplo alivio de la deuda nacional)(4%).*

El financiamiento del IHSS proviene de las cotizaciones de los sectores contribuyentes: a) los empleadores (7.2%), b) los trabajadores (3.5%); y, c) el Estado (1 %), para totalizar una aportación equivalente al 11. 7% del salario del trabajador. Del 11.7% aportado por el afiliado, el 8.0% se asigna al régimen de maternidad-enfermedad o seguro de salud, el 3.5% al régimen de Invalidez-vejez-muerte o seguro de pensiones, y el restante 0.2% al régimen de riesgos profesionales. (SESAL, 2009)

La planificación estratégica permite a partir de las políticas de salud y de los análisis de situación: se formulan: planes, objetivos y metas para mejorar la salud. Se definan, negocien y acuerden las estrategias, las acciones y los

recursos para alcanzar una imagen objetivo. (Secretaría de Salud Honduras, 2009, pág. 46). La vigilancia de la salud es una función específica de la rectoría sobre la producción social de la salud cuyo objetivo es llevar atención oportuna ante las necesidades de la población. Dar seguimiento, de manera proactiva, sistemática, continua, participativa; al estado, determinantes y tendencias de la Salud Pública; con el propósito de identificar riesgos de impacto para la población y tomar decisiones oportunas que permitan proteger, mejorar la salud y la calidad de vida de la población. (SESAL, 2007)

En resumen conforman el Sector Salud de Honduras las instituciones públicas como la Secretaría de Salud (SESAL); instituciones privadas cuya operación es legalizada por el Colegio Médico de Honduras; seguridad social brindada por el Instituto Hondureño de Seguridad Social y la Cooperación Internacional que en conjunto proveen condiciones óptimas para la salud integral de la población. (SESAL, 2001)

Si la función rectora en el Sector Salud de Honduras está en potestad de la Secretaría de Salud; tiene la atribución de normalización, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas en el campo de la salud. (SESAL, 2011)

El “Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud,” en Honduras; es el documento, que contiene los lineamientos políticos,

estratégicos, conceptuales y técnicos, que guían a la Secretaría de Salud de Honduras en su rol rector, sobre los actores sociales que intervienen en el proceso de producción social de la salud y en el desarrollo de las adecuaciones orgánicas que la institución requiere.” Incluyendo las reformas en el sector materno infantil. (SESAL/ UMSS/MSH/ULAT/USAID, 2009)

5.5. MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD INFANTIL Y LA NIÑEZ

Los países han logrado consolidar sistemas exitosos de salud, al adoptar modelos de atención en salud basados en servicios ambulatorios (ubicados en los denominados primeros niveles de atención), inequívocamente articulados con niveles hospitalarios (secundarios y terciarios), en acción de mutua sinergia. En una dimensión más amplia, optaron por la salud como concepción integral, concedieron prioridad a procesos de atención primaria de salud, apegados a los principios (plenamente actuales) establecidos en el Alma Ata hace casi 30 años. (OPS/OMS, 2007)

La organización del sistema de salud considera el componente de atención/provisión y organización del servicio de atención integral. La estrategia es el componente operativo de la calidad en salud; incluye el conjunto de políticas, normas, procedimientos, instrumentos, manuales y disposiciones que dan las líneas de acción para la implementación de un sistema de protección social en salud, que articula los componentes de: atención, gestión y financiamiento que

privilegian el enfoque promocional, la descentralización, la calidad y una amplia participación. (SESAL, 2010)

La Atención Integral a la Niñez (AIN) se brinda como un modelo teórico y una estrategia en redes de resolución, que involucra a personal familiar y/o comunitario (Atención Integral a la Niñez Comunitaria: AIN-C) y al personal institucional de salud con la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). En ella al clasificar una manifestación clínica o enfermedad o evaluar signos de enfermedad grave o probable riesgo el facultativo debe transferirlos al próximo nivel de resolución, para evitar su deceso. (Shumacher Renata, 2001)

En el 2008 el modelo institucional plasmó la resolución del problema de salud a través de los siguientes niveles :1) atención primaria para la prevención, promoción y recuperación ambulatoria; 2) atención secundaria la atención ambulatoria por las especialidades básicas; y 3) atención terciaria la que requiere la intervención de las sub-especialidades con énfasis hospitalario y de internamiento.

El sistema de referencia y respuesta se concibe como una derivación dirigida, objetiva y estandarizada que permite al menor de cinco años recibir el servicio pertinente a su actual situación tanto en los niveles ambulatorios como hospitalarios con reducción de los tiempos, acuciosidad y resolución precisa de manera articulada.

La estructura presupuestaria utilizada internacionalmente sugirió que la entrega en esos tres niveles quedó obsoleta al visualizar el promover la presupuestación global, en la que el comprador del servicio traspasa al proveedor, el riesgo de excesos en la asignación presupuestaria. Realizan cambios en la cartera clínica hospitalaria y en los consultorios de medicina general de los establecimientos de salud atienden a la clase social media y baja con el objeto de reducir en general las hospitalizaciones. (Alexander Telyukov, Kathleen Novack, Cristopher Bross, 2001).

6. ESTRATEGIA ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)

La Revolución de Supervivencia Infantil fue lanzada por el ex director ejecutivo de UNICEF Jim Grant en 1982 con el apoyo de 71 líderes de Estado y Organizaciones Internacionales. Muchos países en la Cumbre Mundial Infantil realizada en Nueva York, USA en 1990, muestran un descenso importante en la mortalidad infantil. Quince años después del lanzamiento de la iniciativa ,el número promedio de muertes de niños menores de 5 años bajó desde 117 por cada mil en 1980 hasta 93 por cada mil en 1990. (Jones , Black, Morris , Zulfiqar, & Steketee, 2003)

USAID brinda asistencia técnica con el Proyecto BASIC I, que impulsa las “Mejoras Sostenibles en Salud Familiar” y con BASIC II, evalúa resultados en comunidades con AIN y comunidades control atendidas por el mismo Centro de

Salud. Informa la participación de ellas en el programa, conocimientos, actitudes y practicas en el hogar. Pese a tener condiciones de vida inferiores, niveles socioeconómicos más bajo, menor acceso a los servicios de salud, menor nivel educacional y más nacidos vivos por madre, las madres que participaron en AIN comunitario (AIN-C) obtienen logros impresionantes.

Muestra aumento de lactancia materna exclusiva en el menor de 6 meses; igual en la terapia de rehidratación oral en niños con diarrea. La consejería hacia cuidados caseros en IRA son menos efectivas que en diarrea. Una de 10 cuidadoras de cada grupo redujeron la lactancia. El 55% de las cuidadoras AIN y 46% de las cuidadoras control, redujeron o cesaron la aplicación de alimentos a niños mayor de 6 meses durante el episodio de IRA, estas tasas son mayores que en las enfermedades diarreicas. La respiración rápida es el principal signo de peligro de IRA que las madres reconocen

En términos de conocimiento de signos de peligro de IRA las cuidadoras de AIN fueron significativamente más propensas que las de control a mencionar la respiración rápida e identificación como principal signo de peligro de IRA por los mensajes de consejería (Van Roekel, k y Plowman B., Griffiths M., Vivas de Alvarado V., Matute J., Calderón M., 2002)

La implementación piloto de la estrategia ocurre en cuatro Centros de Salud Rural de la Región Sanitaria N° 2 (atiende los departamentos de Comayagua, Intibucá y la Paz) y la N° 5 (atiende Copán, Ocotepeque, Lempira y dos

municipios de Santa Bárbara). Elaboran el primer manual de atención para la niñez diseñan, sistematizan y validan la Estrategia de Atención Integral a la Niñez a nivel comunitario (AIN-C) en 1995. (SESAL, 2003)

En 1996 posterior a la evaluación del Proyecto BASIC se vincula AIN con la Estrategia Nacional para la Equidad en la Oferta de Servicios de Salud (ACCESO). La investigación de Ensayos de Prácticas Mejoradas, o TIPS(siglas en inglés de Trials of Improved Practices) ofrece una idea de lo que las familias hacen para mejorar la calidad de la dieta de sus niños. Éstos resultados se utilizan para los protocolos de AIEPI institucional y para la consejería. En 1997 se inicia la capacitación institucional en 9 de las 42 Áreas de Salud de Honduras e introduce en los Centros de Salud..

De octubre de 1997 a marzo de 1998, los 192 Centros de Salud de las 9 Áreas de Salud originales recibieron capacitación en el programa AIN.Cada uno de los Centros de Salud estableció dos programas comunitarios. En 1999 la Secretaría de Salud emitió un decreto estableciendo al AIN como Programa Nacional de Salud y Nutrición Infantil basado en la Comunidad y Modelo de Cuidado Preventivo y Curativo.Luego se expande a otras instituciones ONGs locales e instituciones formadoras de recursos humanos.

AIN- AIEPI en Honduras se implementa en el año 2002. Busca mejorar las condiciones de salud del menor de 5 años en los servicios de salud, la familia y comunidad; promover hábitos de vida saludable; reducir el riesgo de enfermar;

prevenir muertes evitables por enfermedades infecciosas y trastornos nutricionales, así como disminuir los costos de atención. (OMS, 2002).

Honduras se compromete a disminuir la tasa mortalidad infantil y de la niñez; firma así la Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 1990-2015. En el ODM N°4 enuncia reducir en dos terceras partes la mortalidad en los niños/as menores de cinco años y la incidencia de desnutrición a no más de 20% (ONU,OMS,UNICEF,UPND, 2010).

La Estrategia se incorpora en la Política de Salud Materno Infantil 1996-1998 (SESAL, 2003). El Estado introduce mecanismos administrativos, financieros y de prestación de servicios en el desarrollo institucional con Políticas del Sector Salud a largo plazo del 2002 al 2006 (SESAL, 2009). La Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) apoya financieramente La Reforma y el Plan Estratégico del Sector Salud en la vigilancia alimentaria y nutricional, alerta temprana y reducción de la mortalidad materno-infantil (Estrategia para la Reducción de la Pobreza, 2001).

Entre el 2006 - 2010 se desarrolla el Plan Subsectorial en Salud Materno Infantil, actualiza el marco normativo, los protocolos de atención a la mujer y recién nacido, se establece una Política Nacional "Reducción Acelerada de la Mortalidad Materno-Infantil (RAMNI) con acuerdo ministerial N°450 del 2008" (SESAL,HCI/USAID,AECID,2010)

Se desarrolla el Plan Nacional de Lactancia Materna (2009–2013) e introduce al esquema nacional de vacunación la vacuna contra el rotavirus. Luego se publica la Ley para el Control del Tabaco con el objeto de mejorar el entorno, evitar malformaciones congénitas y alteraciones en el crecimiento fetal (PAHO, 2003)

La Estrategia AIEPI, fue elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) con el objeto de reorganizar en el sistema de salud vigente un modelo de salud institucional orientado al aseguramiento del menor de cinco años. Mejorar la calidad de atención institucional al integrar y sistematizar el crecimiento y desarrollo del niño, el manejo del estado de salud o enfermedad prevalente así como la disminución de la mortalidad en éste grupo de edad. (SESAL, 2002)

AIEPI fue reconocida a nivel internacional como la intervención de mayor beneficio potencial para la salud de la infancia. En América se lanzó en 1996.

La mayoría de los países la adoptaron como política para mejorar la calidad de atención infantil y de la niñez en los servicios de salud, en la comunidad, en el hogar y reducir las tasas de morbi-mortalidad en ellos. Los resultados obtenidos en la época de los 90 permiten que en 1999 OPS/ OMS lance la iniciativa “Niños Sanos: la meta 2002”. (OPS, 2002)

Investigadores en salud pública de la división de política y planeamiento de la Fundación de niños de las Naciones Unidas, de la Escuela de Salud Pública

Johns Hopkins y la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, analizan intervenciones en los determinantes más próximos de la mortalidad infantil. Muestran intervenciones técnicas aplicadas por el Sector Salud a través de la Estrategia que ofrecen una cobertura de 99% en la prevención de muertes por causa específica y 90% en la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses. (Jones , Wsteketee, Black, & Etall, 2003)

Honduras trabajó con un Equipo Interagencial de Apoyo a nivel de la Región N°4 (Choluteca y Valle). Éste fortalece el sistema de suministros, capacita a los recursos humanos involucrados en el proceso de atención en salud al menor de cinco años en aspectos teóricos científicos y técnicos. Desarrolla sus habilidades y destrezas. Luego permiten momentos de reflexión, discusión y análisis; para el manejo de competencias y una práctica reflexiva. (Schumacher R. , 2001).

En el año 1998 se elaboró la guía técnica basada en el modelo de Atención Integral a la Niñez (AIN) propuesto. La metodología fue formulada, revisada e implementada en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Proyecto Centro Latinoamericano Atención Perinatal (CLAP) (MSP,OMS/OPS,UNICEF, BASICS, 1998).

Indicadores en la Región Sanitaria Metropolitana

El censo de población y vivienda en la RSMDC en el año 2003 mostró un indicador demográfico mayor , en comparación al valor obtenido en el 2008, en

el grupo menor de un año . En el 2003 representó el 3.1% de toda la población y en el 2008 el 2.4%. Igualmente en los menores de 1 a 4 años de edad hubo un descenso de 12% a un 9.6% en el año 2008.

En los indicadores básicos del año 2002, la situación de salud en Honduras reveló una población menor de cinco años de 901,062 habitantes, con una TMI de 42 y en los niños/as de 1 a 4 años una tasa de 13. El deceso de uno de cada tres niños en los menores de 1 año y de nueve de cada 10 en los niños/as de 1 a 4 años ocurría por una enfermedad prevalente (Secretaría de Salud Pública, 1997)

El 40% de las muertes en niños menores de un año y el 87% de las ocurridas en los niños de 1 a 4 años, fueron ocasionadas por: causas Perinatales (36%), Infecciones Respiratorias (24%), Enfermedades Diarreicas Agudas (21%), Inmunoprevenibles (1%) y Otras (18%). Siendo el sustrato básico la Desnutrición Crónica. (SESAL, 2001)

En el período inicial del estudio en el año 2003 la población (Secretaria de Salud de Honduras, OPS/OMS, BASICS, 2000) estimada a nivel nacional era de 6,186,510 habitantes, el 41% de ella pertenecía al grupo menor de 15 años y observaba una tasa de crecimiento anual de 2.7 %.

Las atenciones brindadas en el 2003 a nivel nacional por grupo de edad en el menor de 1 año fueron 703,621; constituyendo el 8.39% de las atenciones proporcionadas a la población general. En los menores de 1 a 4 años

constituyeron un número mayor de 11 441,934 o el 17.19% de las atenciones por grupo de edad.

En la RSMDC en el año 2003 se concedieron 102,825 atenciones nuevas institucionales a los menores de 5 años o sea el 24.40% de todas las atenciones nuevas proporcionadas a éste nivel. En las 4 Unidades de Salud objeto de estudio el N° de atenciones registradas en los menores de 5 años en el mismo período fueron de 27,075 equivalente a un 26% de todas las atenciones nuevas; lo que demostró la necesidad de partir de una línea base para un estudio posterior.

En el 2008 la población estimada a nivel nacional aumentó a 71 543,551 habitantes y la tasa de crecimiento anual expuso un descenso a 2.2%. En el reporte estadístico de las atenciones en las Unidades de Salud estudiadas hubo un incremento abrupto en el 2008, ello ocurrió no por el crecimiento demográfico en el grupo de población que cubre AIEPI sino porque se agregó al sistema de información el reporte de atenciones por parte del personal comunitario. (SESAL,OPS, 2010)

Las Tasas de Mortalidad Infantil (TMI) en el período de estudio 2003 al 2008 a nivel de país disminuyeron, pero a nivel de la RSM D.C presentaron un aumento en 17 puntos (Anexo 18). Las tasas de mortalidad en los niños/as de 1 a 4 años en el mismo período se conservaron en 11 a nivel nacional pero en la RSM D.C disminuyeron 4 puntos (Anexo 19).

AIEPI organiza la provisión de servicios; considera la infraestructura real y logística (insumos, equipo necesario, material técnico-científico); define protocolos de atención en la red de servicios. Prioriza estándares internacionales con indicadores mensurables a la realidad local. Incorpora variables al sistema de información. Esquematiza un flujo de atención resolutivo conforme a la complejidad institucional; mejora el sistema de referencia, canaliza los casos y la capacidad de respuesta. Aborda las principales causas para reducir los efectos. (SESAL,OPS,GAVI-FSS, 2010)

La estrategia logra sostenibilidad a través de presupuestos nacionales, revisión y análisis permanente como un proceso de acreditación. (SESAL, 2003)

La SESAL utiliza la Estrategia AIEPI en acciones de promoción de la salud, como el informar al responsable del menor de 5 años formas de preservar aspectos positivos de la salud (“valorar la vida”, comprenderla y defenderla”, insta hacia hábitos de vida saludable).

En el recién nacido y en los primeros 6 meses de vida, se promueve: la lactancia materna exclusiva, frecuencia de alimentación, postura adecuada en el amamantamiento para lograr buen agarre y succión. Entre los 6 y 24 meses es la etapa de ablactación materna y administración de micronutrientes en busca de un crecimiento adecuado. Se brindan recomendaciones en caso de utilizar lactancia artificial, lactancia materna suplementaria o surgir problemas de alimentación . (MSP,OMS/OPS,UNICEF, BASICS, 1998)

Los hábitos familiares y la clase de alimentación no es tarea fácil pero ayuda al personal de salud y a los tutores de los niños a entender formas de intervenir en el bienestar del individuo como ente social.

En la prevención primaria se enseña la higiene, el abrigo, los cuidados de los ojos y el cordón umbilical en el neonato.

En la prevención secundaria se instruye al tutor del menor de cinco años, al personal comunitario o al personal proveedor de servicios de salud en la vigilancia de los signos de peligro o enfermedad. La prevención terciaria se logra al registrar en la hoja de evaluación de AIEPI las enfermedades que representan un impacto en las tasas de mortalidad en nuestro país.

Al seguir las instrucciones contempladas en la Estrategia podemos lograr una atención oportuna, pertinente, conveniente, científicamente aprobada, integral que proteja, recupere o rehabilite la salud del menor de cinco años.

AIEPI reorganiza el trabajo del personal institucional y comunitario. Es un instrumento que dota al personal de salud del primer nivel, mayor poder de resolución en los servicios de salud local donde se aplica; analizando la situación de salud, definiendo prioridades para la acción, estableciendo redes de atención entre servicios, sensibilizando al personal clave que apoya el seguimiento (al cumplir la planificación o la descentralización del seguimiento). Les dota de herramientas para la revisión y análisis permanente de la estrategia

al incluirla en los programas de las escuelas formadoras de recursos humanos en salud. (SESAL, 2003)

La efectiva aplicación de AIEPI depende del adecuado funcionamiento de diferentes niveles de atención de la red servicios de salud (Agentes Comunitarios de Salud, Centros de Salud, Hospitales), siendo indispensable su integración. (OPS, 1998)

Permite un enfoque de atención integrada es decir unifica los programas de atención existentes es decir el de Infecciones Respiratorias Agudas, control de Enfermedades Diarreicas (IRA/CED), Malaria, Atención de Enfermedades Inmunoprevenibles (PAI), Programa de Crecimiento y Desarrollo, Programa de Nutrición (lactancia materna, alimentos complementarios, suplementos de hierro y vitamina A), Salud Materna y Perinatal, administración de acuerdo al abastecimiento de medicamentos, de los cuáles se encargaban otros programas técnicos.

AIEPI contribuye a mejorar la cobertura de vacunación, es decir la magnitud en la que los servicios de salud cubren la necesidad de la población objetivo del PAI, orientando al personal proveedor de servicios de salud a revisar y consignar el esquema de vacunación de los menores de cinco años que acuden por cualquier razón al establecimiento, y a la vez, disminuir oportunidades perdidas de vacunación. Su administración no requiere asumir la

responsabilidad de esos programas, sino que procura garantizar que las actividades estén bien coordinadas en función de los objetivos.

Enfatiza en el enfoque integral, debido a la superposición de signos y síntomas de las principales enfermedades y a la importancia de tratar al niño en su totalidad como un ente biopsicosocial.

6.1. El Sector Salud involucrado en AIEPI:

a) El Estado y/ o profesionales de la SESAL; b) La población < 5 años del área geográfica de influencia de las Unidades de Salud de la RSMDC objeto de estudio que paga por recibir un servicio en el sistema de salud; c) Agentes financieros que recaudaron fondos y asignaron proveedores a la compra de servicios a nivel nacional o inferiores; d) Organizaciones comunitarias (voluntarios o comités de apoyo local) que colaboraron en la organización, logística, financiaron directa o indirectamente y /o prestaron servicios; e) Proveedores de servicios del sector público y no público (Mills A.J., Ranson M.K., 2001).

7.1. COMPONENTES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE AIEPI.

Mejorar el desempeño del personal de salud para la atención de los menores de cinco años y sus familias.

Mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud para brindar una atención eficiente y de calidad adecuada.

Mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias para el cuidado y atención de las niñas y niños en el hogar (OPS, 2002).

HERRAMIENTAS DISEÑADAS EN AIEPI

A. Para el desempeño del personal de salud, proporciona un conjunto de instrumentos prácticos entre los que pueden mencionarse:

- Cuadros y materiales de capacitación sobre los cuadros para la atención clínica del menor a nivel institucional que incluye evaluación, clasificación, tratamiento, orientación, consejería y seguimiento de los menores de cinco años.
- Guías para el seguimiento en el desempeño del personal de salud para la efectiva aplicación de la Estrategia AIEPI.
- Materiales de capacitación para comunicar información clave a los padres o encargados del menor de cinco años durante su examen clínico, las indicaciones de tratamiento de cada uno de los problemas encontrados y promover prácticas de crecimiento y desarrollo saludables.

B. Para la organización y funcionamiento de los servicios de salud dispone de un conjunto de instrumentos prácticos entre los que pueden mencionarse:

- Guías para la evaluación de la atención de menores de cinco años en servicios de salud del primer nivel y en hospitales de referencia.
- Materiales de capacitación para la elaboración de planes locales en la implementación, seguimiento y evaluación de AIEPI.
- Curso de capacitación en la mejora, disponibilidad de suministros y medicamentos para la aplicación de AIEPI.
- Protocolos de investigación epidemiológica y operativa sobre AIEPI.
- Guías para la evaluación de resultados de la aplicación de AIEPI.

C. Para mejorar los conocimientos y prácticas de los padres respecto del cuidado y atención de los menores de cinco años, AIEPI dispone de distintos instrumentos prácticos, entre los que pueden mencionarse:

- Dieciséis prácticas familiares claves en el crecimiento y desarrollo saludable. Utiliza un curso conversando con las madres en AIEPI; como instrumento en la mejora de los hábitos de cuidado en el hogar, contribuye a la detección de los signos de alarma para asistir precozmente a la consulta (OPS, 1998).
- Guía para el desarrollo de proyectos comunitarios AIEPI. Incluye un curso a los agentes comunitarios de salud para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de la comunidad en el cuidado y la atención del niño.

- Guías para la evaluación de la atención de menores de cinco años en servicios de salud del primer nivel y en hospitales de referencia (OPS, 2007)

7.2. CONTENIDOS EVALUADOS EN AIEPI.

Se instruye al personal de salud en la aplicación de medidas de promoción y prevención, clasificación de las enfermedades o problemas de acuerdo al perfil epidemiológico de cada lugar. Incluye tratamiento a indicar, respuesta al mismo y seguimiento. Involucra el intervalo de citas. La forma de adiestrar al encargado del menor para el momento preciso de volver a consulta de inmediato, a seguimiento de la enfermedad y /o control de crecimiento y desarrollo. (UNAH, 2013)

AIEPI evita la pérdida de oportunidades en la detección precoz, tratamiento de enfermedades inadvertidas por los padres y/o el personal de salud, con el riesgo de agravarse y/o presentar complicaciones. Inicialmente consideró un conjunto básico de enfermedades transmisibles, así como la evaluación de la condición nutricional, pero actualmente resguarda la atención de la mayoría de los problemas de salud y enfermedad que afectan a éste grupo.

AIEPI verifica los antecedentes de vacunación del menor de cinco años, si necesita la vacunación en ese momento si es la dosis apropiada para la edad,

el intervalo entre las dosis, en caso de diarrea y necesidad de aplicar dosis antipoliomielítica, administrar pero aplicar nuevamente después del episodio.

Se contraindica la aplicación de vacunas en tres situaciones: no se debe aplicar BCG a un niño que se sabe tiene SIDA; no se debe aplicar DPT - segundo refuerzo o DPT - tercer refuerzo a un niño que haya tenido convulsiones o choque en los tres días siguientes a la dosis más reciente; no se debe aplicar DPT a un niño con convulsiones recurrentes u otra enfermedad neurológica activa del sistema nervioso central. Regla de oro “no está contraindicado vacunar a un niño/ña enfermo que está lo suficientemente bien para irse a su casa”. (SESAL/OPS/OMS/UNICEF/ BASICS, 1999)

Contenidos adicionales en AIEPI aplicados en diferentes fases de implementación: Atención Prenatal/Neonatal; Asma y Síndrome Bronco-Obstructivo. (OPS, 2001); Desarrollo, Maltrato, violencia y accidentes Salud oral; Diabetes y obesidad. (OPS, 1998)

La ejecución de la estrategia en la RSMDC Inicia con el 99% del personal médico asistencial capacitado, sin embargo este porcentaje desciende a un 78% para enero del 2008.

Cuadro 1. Contenidos en AIEPI	
<u>1 semana a 2 meses</u>	<u>2 meses a 4 años</u>
Signos inespecíficos de enfermedad grave.	Signos inespecíficos de enfermedad grave.
	Tos o dificultad para respirar.
Diarrea:	Diarrea:
<ul style="list-style-type: none"> • Deshidratación. • Diarrea persistente. • Disentería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deshidratación. <input type="checkbox"/> • Diarrea persistente. • Disentería.
	<u>Fiebre:</u>
	<ul style="list-style-type: none"> • Malaria.
	<ul style="list-style-type: none"> • Sarampión.
Problemas de alimentación o bajo peso.	Desnutrición y anemia.
Estado de vacunación.	Estado de vacunación.

Fuente (OPS, 2007)

7.2.1. Actividades ejecutadas por el personal de salud al utilizar la hoja de AIEPI

Evalúa: signos de enfermedad y condición general del niño. Prepara su ficha o historia clínica mediante un interrogatorio y examen físico.

Clasifica: de acuerdo a signos contemplados en la evaluación. Permite determinar la gravedad por la que el niño es traído a consulta. Selecciona una

categoría llamada clasificación para cada uno de los síntomas principales manifiestos. No constituyen un diagnóstico, sino que permite determinar el tratamiento.

Trata: por cada clasificación seleccionada. Existen cuadros que recomiendan el tratamiento adecuado para cada clasificación. Incluye la atención proporcionada por los profesionales del servicio: prescripción de medicamentos, tratamiento en el hogar, y enseñanza al tutor para que lo administre correctamente

Instruye: sobre el tratamiento del niño, cuidado en el hogar durante y después de la enfermedad.

Sigue: la evolución del niño a partir del tratamiento indicado.

Aconseja: es decir se asesora a la madre en temas como alimentación, prevención y el momento de volver al servicio.

IV. HIPÓTESIS

El cumplimiento de la normativa de la Estrategia AIEPI implementada por el médico que labora en la RSMDC es satisfactoria en un 75% o más (3 o más en la calificación ponderada de resultados)

V. METODOLOGÍA

A. DISEÑO METODOLÓGICO

El estudio tiene un diseño cuantitativo, tipo descriptivo y de corte transversal. Se caracterizó la implementación de la Estrategia AIEPI en las Unidades de Salud de la Secretaría de Salud, Subsector Público de la Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central (RSMDC): Alonso Suazo, Monterrey, Pedregal y San Miguel en los años 2003 y un estudio complementario en el 2008 .

De los 27 Establecimientos de Salud con Médico (CESAMO) existentes en la RSMDC (Ministerio de Salud Pública, 2003) se tomó una muestra representativa (equitativa en las dos áreas administrativas de atención primaria de la Región) y en consenso con la Dirección Regional y de los Establecimientos aplicando la estrategia AIEPI.

Se realizó la observación: de las instalaciones, los ambientes del servicio, con una lista de chequeo se verificó la existencia de insumos básicos disponibles en la Unidad de Salud para la atención del menor de cinco años.

Se elaboró una lista de chequeo para anotar lo que ocurre durante la atención médica del menor de cinco años utilizando la técnica de observación y revisión del expediente de acuerdo a los formularios de atención para cada grupo de edad contemplado en la Estrategia AIEPI (menores de dos meses y de dos meses a cuatro años). Ambos instrumentos se introducen en una base de datos (Acces 2000), se vacían los resultados recolectados en cada ítem del

formulario de atención de AIEPI para su respectivo análisis acorde con las categorías y análisis relacionados con el estudio.

En cada Centro de Salud se observó la atención del médico a dos niños de 2 meses a 4 años y a un menor de 2 meses. Con un total de 44 observaciones en total.

Las variables se describieron por categorías. En la de estructura se verificó la existencia de insumos considerados básicos para la atención.

Se utilizó un cuestionario semiestructurado dirigido al médico general y especialista que atendieron al menor de cinco años, utilizando como técnica cualitativa la entrevista a profundidad. La información se transfiere a un documento editable (Word 2007) de acuerdo a las categorías y variables del estudio. Se clasifican las respuestas a cada pregunta mediante una hoja de cálculo. Se obtiene la sistematización de la Estrategia AIEPI conociendo la aplicación, seguimiento, limitantes, logros, ventajas y desventajas percibidas por el personal médico.

En el proceso de atención se observó la organización del servicio, los ambientes por donde pasa el menor de cinco años en la atención por el Centro de Salud, las actividades establecidas en el protocolo de atención con énfasis en la clínica donde se incluye lo ejecutado por el médico.

En la observación de la atención médica al menor de cinco años se consideró lo que se interroga, examina y registra o anota en la hoja de evaluación AIEPI. El uso del Manual de Procedimientos, la solicitud: de carné de atención del parto a la madre en la primera consulta del menor de dos meses, carné de crecimiento y desarrollo del menor de cinco años, carné de vacunación del menor en éste mismo rango de edad y finalmente el dominio de la estrategia.

Se verificó lo registrado por el facultativo en el expediente que incluye datos generales de cada Unidad de Salud, datos generales del expediente clínico, aspectos anotados en la evaluación, clasificación, tratamiento, orientación y consejería de acuerdo al manual de atención clínica de AIEPI.

Se levantó una encuesta al tutor del menor de cinco años que acudió al CESAMO. Se plasmó la información recolectada en una base de datos elaborada y analizada acorde al estudio (Excel 2007).

La información obtenida de las respuestas a las preguntas realizadas al tutor de lo ejecutado por el médico y priorizadas en los instrumentos anteriores para su triangulación.

Se revisó la documentación del Departamento de Estadística y Vigilancia Epidemiológica de la Región de Salud Metropolitana del Distrito Central en físico y posteriormente en electrónico continuando con la elaboración de tablas de datos que involucran los Establecimientos de Salud en estudio. Exploré los reportes elaborados por la Secretaria de Salud con el fin de visualizar los

resultados antes, durante y posterior a la implementación de la Estrategia de AIEPI.

Mediante el método de ponderación de resultados se elaboraron cuadros y gráficas, realizando una triangulación con la observación del médico, revisión de lo consignado en expediente y lo expresado por el tutor del menor de cinco años. Para dicho análisis se utiliza la calificación ponderada, que sirve para calificar como adecuado o inadecuado la aplicación de la norma.

Para realizar ponderación se divide uno (1) entre el total de criterios seleccionados que conforman la lista de verificación e interpretación correcta. Posteriormente se procede a multiplicar la calificación (muy bueno=4, bueno = 3, regular=2, malo=1) por la ponderación de cada criterio y de éste resultado obtenido se hace una sumatoria. Si ésta es mayor o igual a tres se considera adecuada (3.0 a 4.0) si es menor que tres (0.0 a 2.9) inadecuada.

En esta investigación la aplicación de la Estrategia AIEPI es la variable dependiente y para la evaluación de la atención las variables independientes consideradas y propuestas por “Avenis Donabedian”: Estructura, Proceso y Resultados. (Donabedian, 1991) en los Establecimientos de Salud de la Región Sanitaria Metropolitana Distrito Central.

En el Manual de Procedimientos de AIEPI aparece una tabla del incremento de peso (Kg) mínimo, normal esperado en niños de ambos sexos. Se valora la ganancia de peso esperada en el período transcurrido desde la última

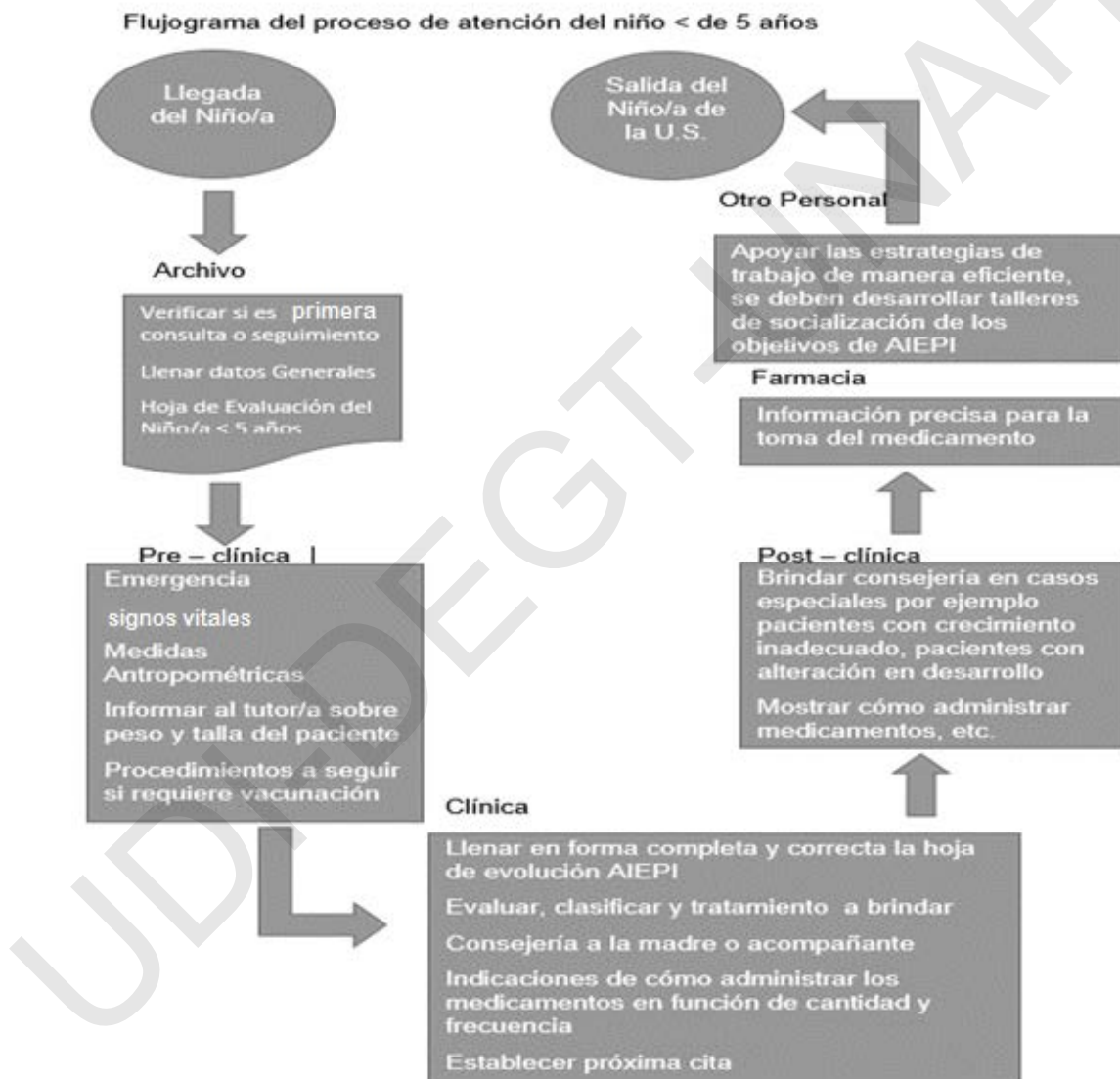
evaluación médica. Se ubica el valor de peso previo y se desplaza hacia la derecha hasta la columna correspondiente al tiempo transcurrido desde el control previo consignado.

El período considerado en las columnas va desde los 10 días hasta los 60 días después del último peso registrado en el expediente. Las categorías de peso muestran las tendencias en el peso: ganando peso adecuadamente, ganando peso pero no suficiente, no ganando peso y perdiendo peso para poder clasificar como: Crecimiento adecuado, Crecimiento inadecuado con daño nutricional grave, Crecimiento inadecuado, o simplemente No clasifica. Esto último ocurre cuando se cuenta con una sola determinación de peso, la del momento. (Secretaria de Salud de Honduras, OPS/OMS, BASICS, 2000)

UDI-DEG-TUNAH

VI. RESULTADOS

Gráfico 1. Flujoograma del Proceso de Atención Clínica al Menor de Cinco Años en el Primer Nivel de Atención. AIEPI RSMDC 2003-2008



Representación gráfica de los pasos que siguen en la atención del niño menor de cinco años (AIEPI) en las Unidades de Salud de la RSMDC.

Gráfico 2. Componente de Atención en la Implementación de la Estrategia

AIEPI al < 5a RSMDC 2003-2008 n=44



El componente de atención al menor de cinco años involucra aspectos generales que el médico realiza para obtener una buena relación médico paciente (médico - tutor) como: saludar, verificar el nombre completo del paciente, indagar la razón por la que lleva el menor a consulta; evaluar, examinar y explicar los detalles a observar. Estos se documentan como inadecuados en el expediente (2.72%) y adecuado tanto en la observación (3.91%) como en la encuesta al tutor (4%)

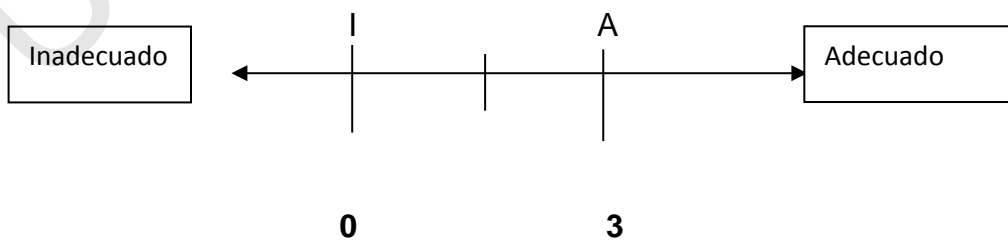
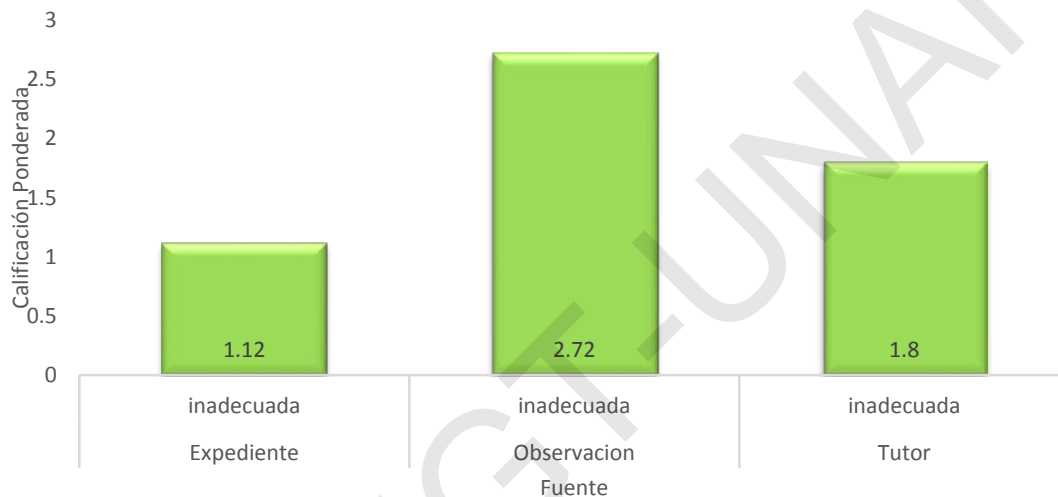


Gráfico 3. Problemas de Alimentación que identifican Posible Infección Bacteriana Grave al Implementar la Estrategia AIEPI en los < de 2 meses RSMDC 2003 – 2008 n=44



La verificación de problemas de alimentación puede indicarnos una posible infección bacteriana grave en menores de dos meses. En la RSMDC la calificación ponderada obtenida fue inadecuada y expuesta en orden decreciente en la observación (2.72) en la consulta al tutor (1.8) y en lo anotado en el expediente (1.12)

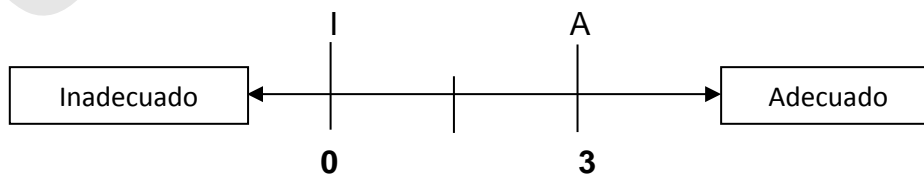
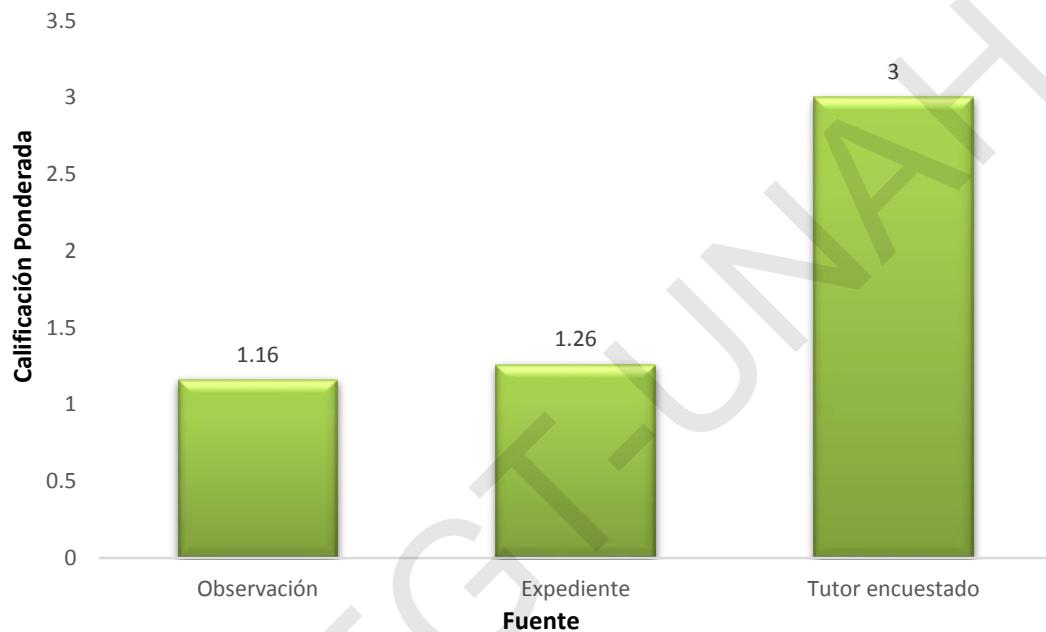


Gráfico 4. Evaluación de la Alimentación al pecho al implementar la Estrategia AIEPI en el < de 2meses la RSMDC. 2003-2008.n=44



La evaluación de la alimentación al pecho se considera adecuada por el tutor con una ponderación de 3 y valora aspectos generales de la alimentación. En la observación directa y la revisión del expediente se obtiene una calificación inadecuada de 1.16 y 1.26 respectivamente por el grado de aplicación y sistematización de los criterios contemplados en la estrategia.

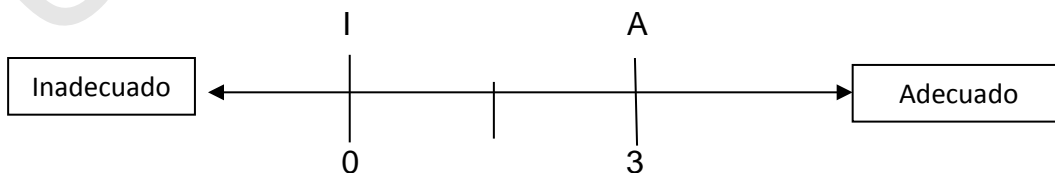
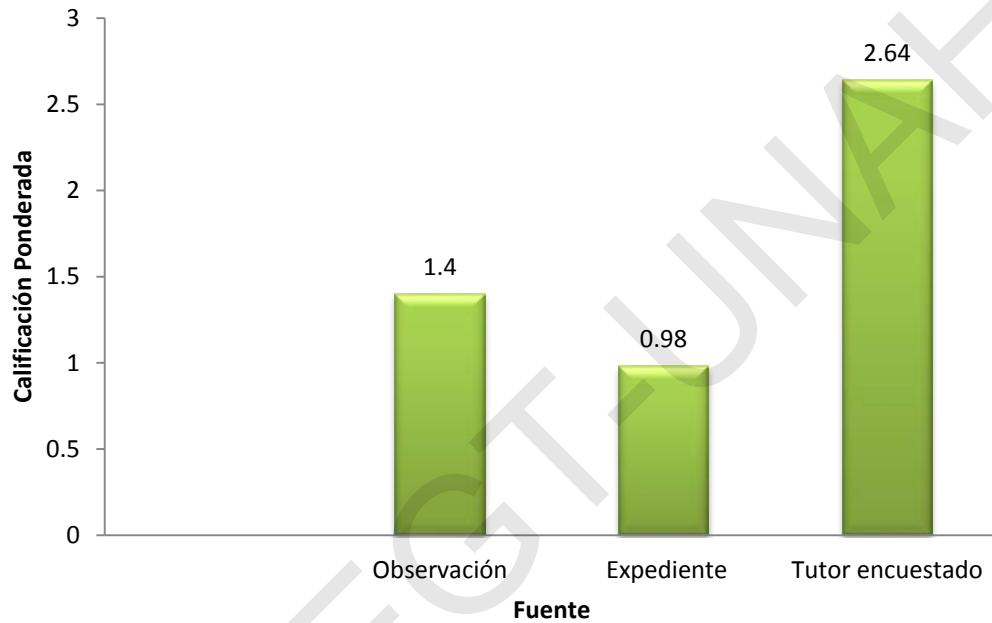


Gráfico 5. Abordaje de los Problemas de Alimentación al aplicar la Estrategia

AIEPI en el < de 5 años en la RSMDC. 2003-2008 n=44



Los médicos abordan los problemas de alimentación al aplicar la estrategia en forma inadecuada obteniendo una calificación ponderada de 1.4 en la observación directa; 0.98 al revisar el expediente y 2.64 al consultar con el tutor del menor de 5 años.

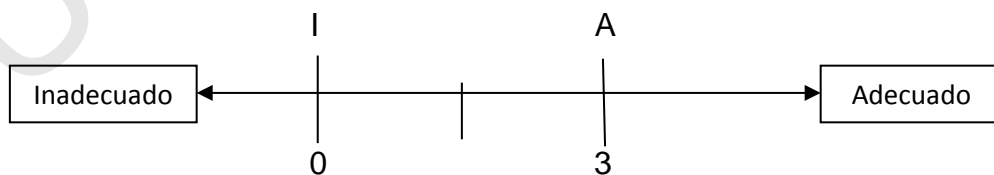
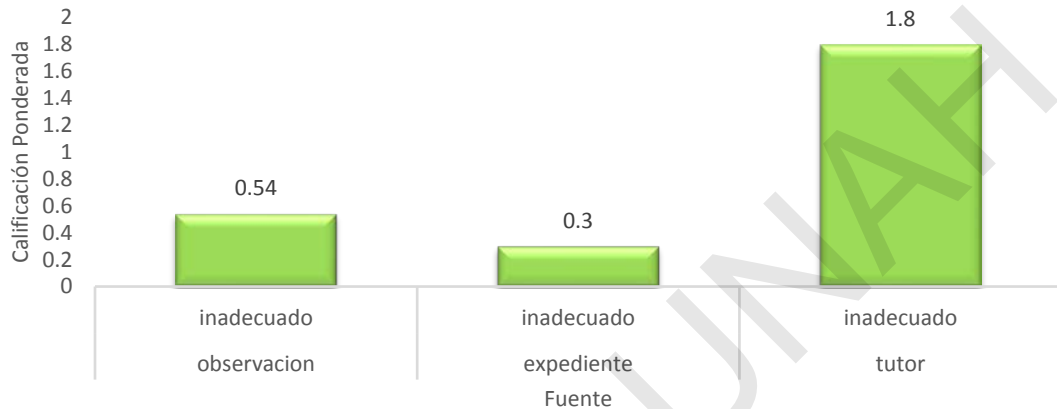


Gráfico 6. Abordaje de Diarrea al Implementar la Estrategia AIEPI en el < de 2 meses RSMDC 2003 - 2008 n=44



Las técnicas utilizadas en el monitoreo de problemas de diarrea en el menor de 0 a 2 meses muestra ser inadecuado en lo expresado por el tutor(1.8) en la observación(0.54) y en el registro en el expediente(0.3).

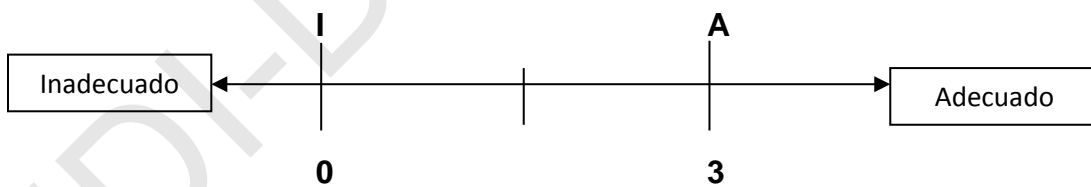
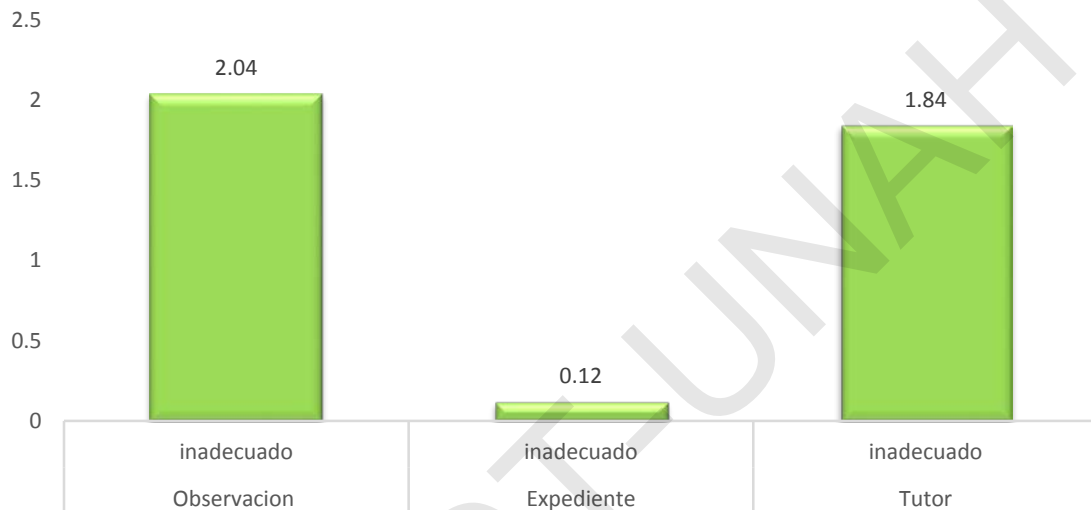


Gráfico 7. Abordaje de la Infección Bacteriana al implementar la Estrategia

AIEPI en el < de 5 años RSMDC 2000 – 2003. n=44



Se obtiene un resultado inadecuado en la indagación de infección bacteriana en los menores de cinco años con un registro mínimo en el expediente (0.12), en lo expresado por el tutor (1.84) y en la observación (2.4).

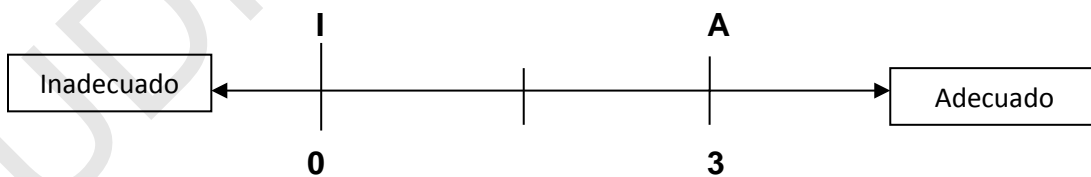
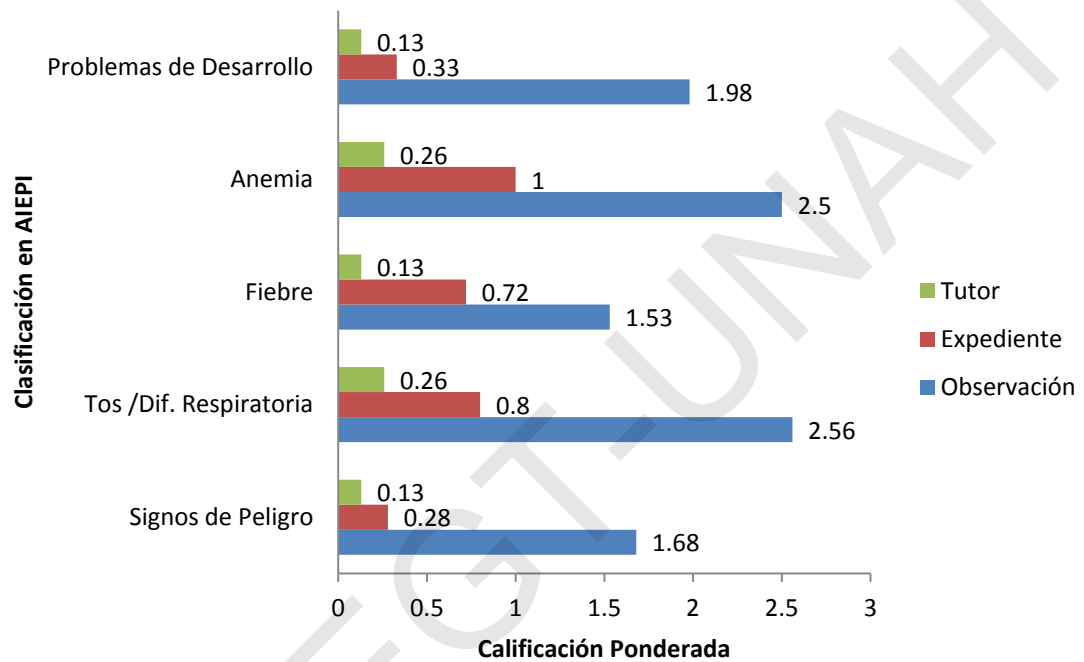


Gráfico 8. Abordaje de la Morbilidad al implementar la Estrategia AIEPI a niños/as de 2 meses a 4 años. RSM D.C 2003-2008 n=44



Los aspectos de morbilidad evaluados y tratados por los médicos al implementar AIEPI muestran a la observación una calificación ponderada más alta para los criterios: tos y dificultad respiratoria (2.56) así como anemia (2.5); de igual forma en el expediente (0.8 y 1 respectivamente); finalmente en lo expresado por el Tutor (0.26 ambos)

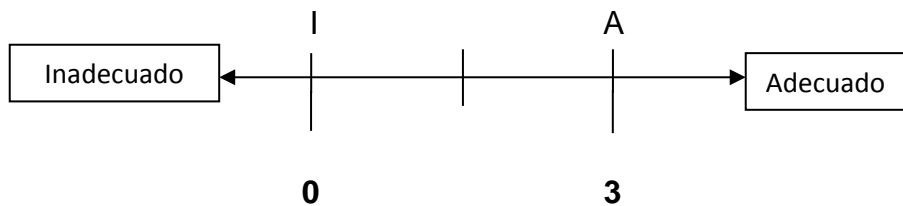


Gráfico 9. Uso de Instrumentos por el Médico al Implementar la Estrategia AIEPI en el < 5 años RSM D.C 2003-2008. n=44



El uso de Instrumentos por el médico en la implementación de la estrategia AIEPI es inadecuada con una calificación ponderada de 2.2 en la observación; 1.4 al revisar el expediente y 2.24 al consultar al tutor del menor de 5 años.

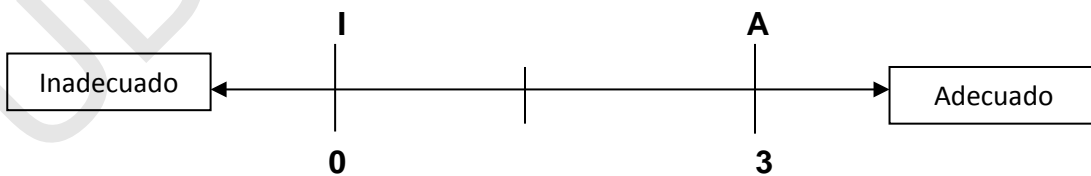
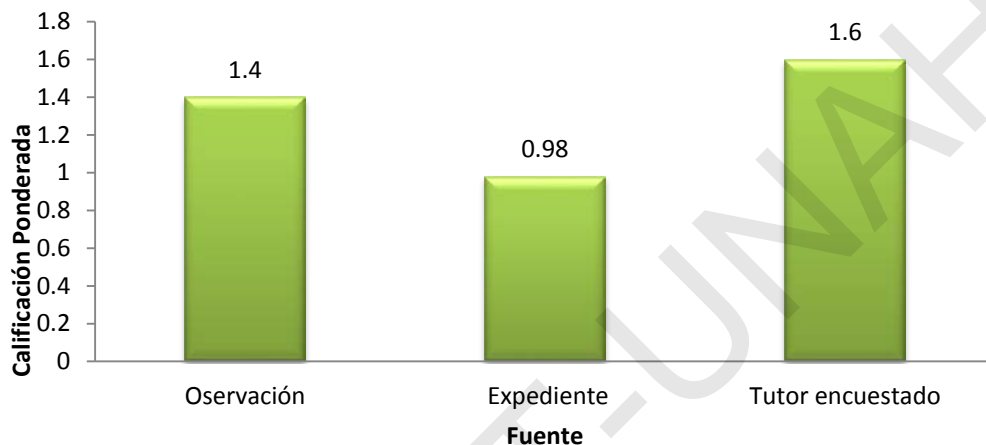


Gráfico 10. Evaluación de los Problemas de Crecimiento al aplicar la Estrategia AIEPI en el < de 5 años 2003-2008 RSMDC.n=44



Los problemas de crecimiento del menor de 5 años son evaluados en forma inadecuada en la observación (1.4), en el expediente (0.98) y en la apreciación por el tutor (1.6) del menor de 5 años. Se valoró si era primera atención o subsiguiente, si clasifica o no para un problema de crecimiento; si el crecimiento es adecuado o inadecuado al comparar la curva de crecimiento y desarrollo, o si fue valorado en la tabla de aumento de peso esperado de acuerdo al tiempo transcurrido desde la última evaluación y anotado en el historial clínico.

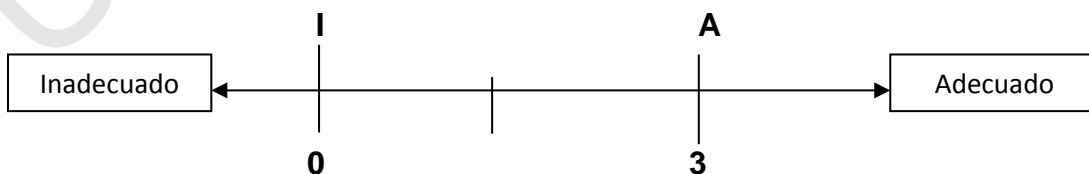
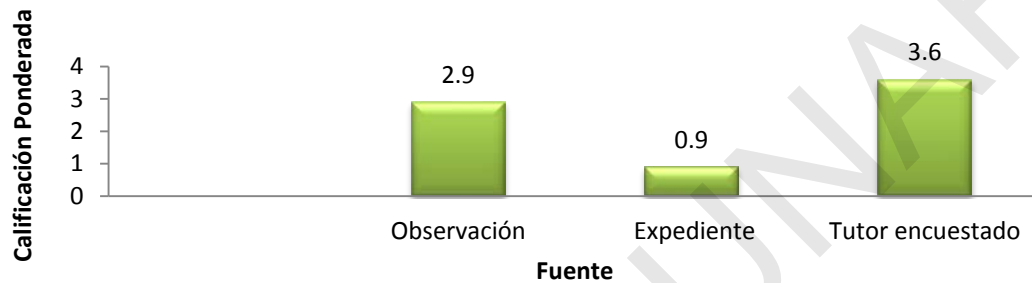
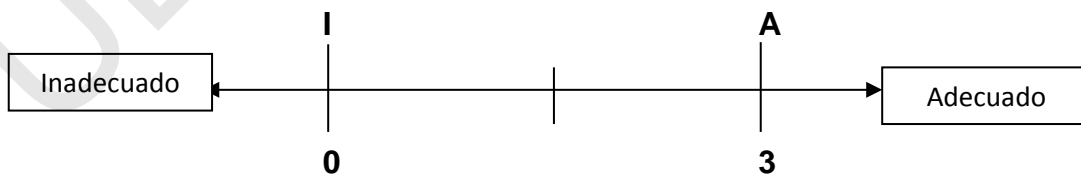


Gráfico 11. Orientación y Consejería brindada por el Médico al Tutor del menor de 5 años atendido en la RSMDC. 2003-2008. n=44



En la orientación y consejería brindada al tutor del menor de 5 años se evalúa las explicaciones por parte del médico sobre el estado de salud del niño; cuando volver de inmediato, a seguimiento de su enfermedad o control de crecimiento y desarrollo; si le explicaron medidas preventivas, la necesidad de continuar alimentación; el tratamiento a seguir, si aconsejan buen trato. La calificación ponderada obtenida es adecuada por el tutor (3.6) pero inadecuada en la observación (2.9) y al revisar el expediente (0.9).



Resultados de la Entrevista a los Médicos Generales y Especialistas aplicando AIEPI en los Centros de Salud Alonso Suazo, Pedregal, Monterrey y San Miguel RSMDC. 2008.

Tabla 1. Médicos generales y especialistas capacitados en AIEPI. RSMDC. 2008

Capacitados en AIEPI	N°	Porcentaje
Si	14	78
No	4	22
Total	18	100

Se capacitó en la aplicación de la Estrategia AIEPI al 78% de los médicos.

Tabla 2. Médicos generales y especialistas que aplicaron el instrumento de AIEPI RSMDC.2008

Aplicaron la estrategia AIEPI	N°	Porcentaje
Si	17	94
No	1	6
Total	18	100

La hoja de evaluación de AIEPI la utiliza el 94% de los médicos.

Tabla 3. Médicos Generales y Especialistas supervisados en AIEPI por el Equipo Técnico Regional de la RSMDC. 2008

Supervisión al médico en AIEPI	N°	Porcentaje
Si	3	17
No	15	83
Total	18	100

En la aplicación de la Estrategia AIEPI el 83% de los médicos no fueron supervisados.

Tabla 4. Médicos Generales y Especialistas a los que se proporcionó la papelería de AIEPI en el Centro de Salud de la RSMDC.2008.

Proveen papelería de AIEPI	N°	Porcentaje
Si	7	39
No	2	11
Algunas Veces	8	44
No responden	1	6
Total	18	100

Proveen papelería de AIEPI al 39% de los médicos; la recibió algunas veces el 44%; declaró que no se le brindó el 11% y el 6% se abstuvo de contestar.

Tabla 5. Logros apreciados por el personal Médico (Generales y Especialistas) al aplicar AIEPI en los Centros de Salud objeto de estudio en la RSMDC.2008

Consideran logros en AIEPI	N°	Porcentaje
Diagnóstico y tratamiento oportuno	6	33
Atención integral	3	17
Mejor atención y control al paciente	5	28
Ninguno	1	6
No responden	3	17
Total	18	100

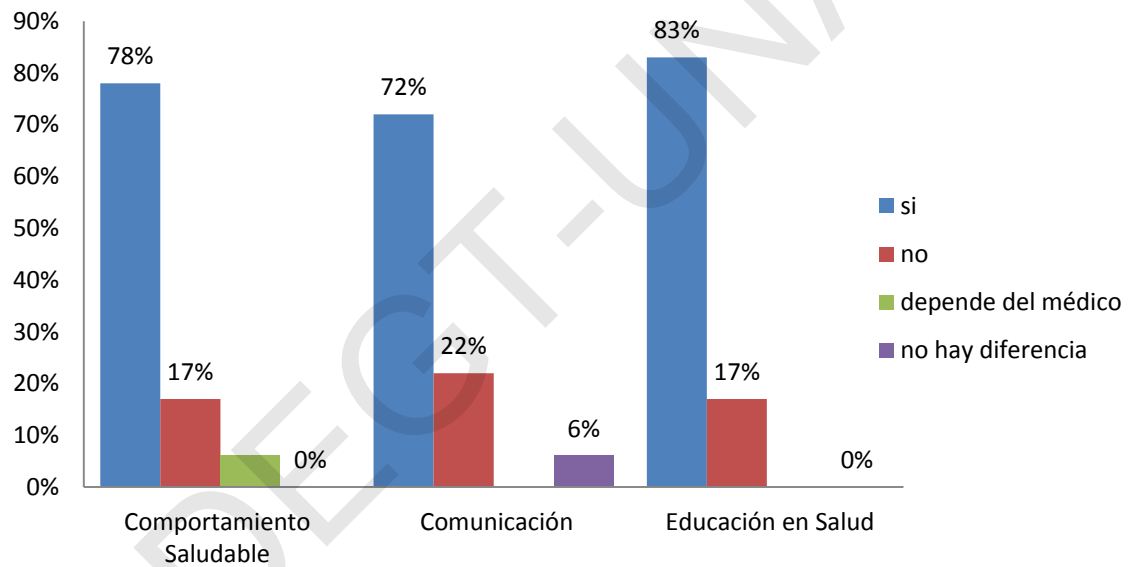
Los médicos consideran logros en la aplicación de AIEPI: el diagnóstico y tratamiento oportuno(33%); una mejor atención y control al paciente(28%); la atención integral (17%); no responden (17%) y ninguno (6%).

Tabla 6. Aspectos que fortalece o promueve la Estrategia AIEPI en la atención del menor de cinco años. RSMDC 2008

AIEPI Promueve	SI		NO		Depende del médico		No hay diferencia		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Comportamientos saludables	14	78	3	17	1	6	0	0	18	100
Comunicación	13	72	4	22	0	0	1	6	18	100
Educación en salud	15	83	3	17	0	0	0	0	18	100

Los entrevistados consideran que la Estrategia de AIEPI fortalece comportamientos saludables (78%); no considera que influye en el comportamiento (17%); aseguró dependía del médico (6%). El 72% de los médicos piensan que AIEPI fortalece la comunicación, 22% aseguran que no y el 6% considera que no hay diferencia. El 83% de los médicos aseguran que AIEPI fortalece la educación en Salud.

Gráfico 12. Aspectos de Promoción de la Salud fortalecidos con AIEPI según el personal Médico entrevistado laborando en los Centros de Salud de la RSMDC en el año 2008.n=18



Los aspectos de promoción de la salud que fortalece AIEPI según el personal médico de la RSMDC en orden decreciente de importancia: 83% educación en salud; 78% comportamientos saludables; 72% comunicación; 44% estilo de vida y 33% ambiente saludable.

Tabla 7. Aspectos de Seguridad contemplados en AIEPI por el personal Médico laborando en la RSMDC. 2008.

Aspectos de Seguridad en AIEPI	SI		NO		No Responde		No Sabe		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Riesgos en salud infantil	16	89	1	6	1	6	0	0	18	100
Evita efectos no deseados	13	72	2	11	2	11	1	6	18	100
Mejor seguimiento	17	94	1	6	0	0	0	0	18	100

Aspectos de seguridad contemplados en AIEPI por el proveedor de salud: mejor seguimiento del paciente (94%), detección de riesgos en la salud infantil (89%) y evita efectos no deseados (72%).

Tabla 8. Valoración del cumplimiento de la norma al aplicar AIEPI según los Médicos Generales y Especialistas entrevistados en la RSMDC. 2008.

Cumplimiento de la norma al aplicar AIEPI	N°	Porcentaje
No se cumple	9	50%
Buena	2	11%
Se Aplica	2	11%
A veces no se aplica	3	17%
No responde	2	11%
Total	18	100%

En el cumplimiento y la vigilancia de la norma al aplicar AIEPI los médicos aprecian que no se cumple (50%); a veces no se aplica (17%); se aplica y es buena (11%) y no responde (11%).

Tabla 9. Factores limitantes señalados por los Médicos entrevistados al aplicar AIEPI. RSMDC. 2008.

Factores limitantes al aplicar AIEPI	N°	Porcentaje
Falta de orientación del personal	1	5.6
Educación y entendimiento de las madres	2	11.1
Falta de organización y comunicación interna	2	11.1
Inestabilidad laboral	1	5.6
Tiempo asignado para la atención	4	22.2
Falta de insumos y materiales	5	27.8
No responden	1	5.6
Ninguno	2	11.1
Total	18	100

Los médicos señalan como factores limitantes al aplicar AIEPI:

La falta de insumos y materiales (27.8%); el tiempo dedicado a la atención del paciente (22.2%); la falta de educación y entendimiento de las madres, la organización y comunicación interna al igual que ninguna dificultad (11.1%) .El 5.6% no responde o responsabiliza a la falta de orientación del personal e inestabilidad laboral.

Tabla 10. Ventajas apreciadas por los Médicos entrevistados al aplicar AIEPI.RSMDC. 2008.

Ventajas percibidas al aplicar AIEPI	N°	Porcentaje
Diagnóstico, tratamiento, referencia rápida y oportuna	3	16.67
Mejor control y seguimiento	5	27.78
Atención Integral	3	16.67
Facilita el trabajo al médico	2	11.11
No responde	4	22.22
Ninguna	1	5.56
Total	18	100

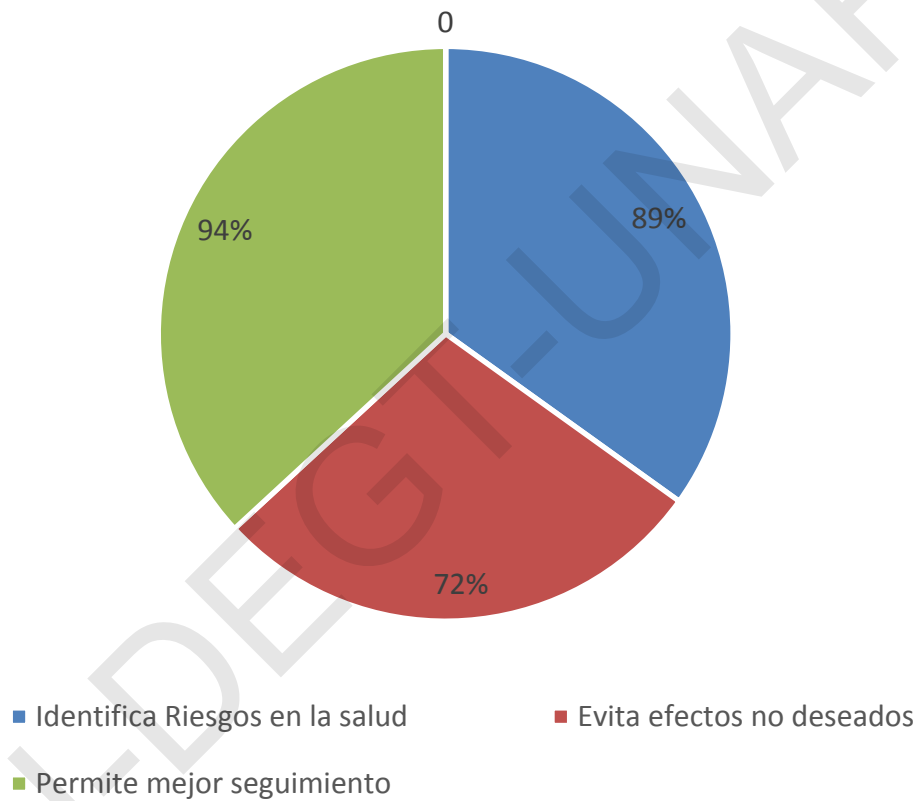
Los médicos perciben al aplicar AIEPI un mejor control y seguimiento (27.78%); una atención integral, diagnóstico, tratamiento, referencia rápida y oportuna (16.67%); les facilita el trabajo(11.11%); no responden (22%) y no encuentran ventaja al implementar la estrategia (5.56%).

Tabla 11. Desventajas percibidas al aplicar AIEPI. RSMDC. 2008

Desventajas apreciadas al aplicar AIEPI	N°	Porcentaje
Inducción en el Diagnóstico	1	5.56
Evaluación Incompleta	1	5.56
Tiempo insuficiente para su aplicación	4	22.22
Falta de insumos	3	16.67
Espacio inadecuado del instrumento para la información	1	5.56
Madre no llega a seguimiento	1	5.56
Ninguna	1	5.56
No responde	6	33.33
Total	18	100

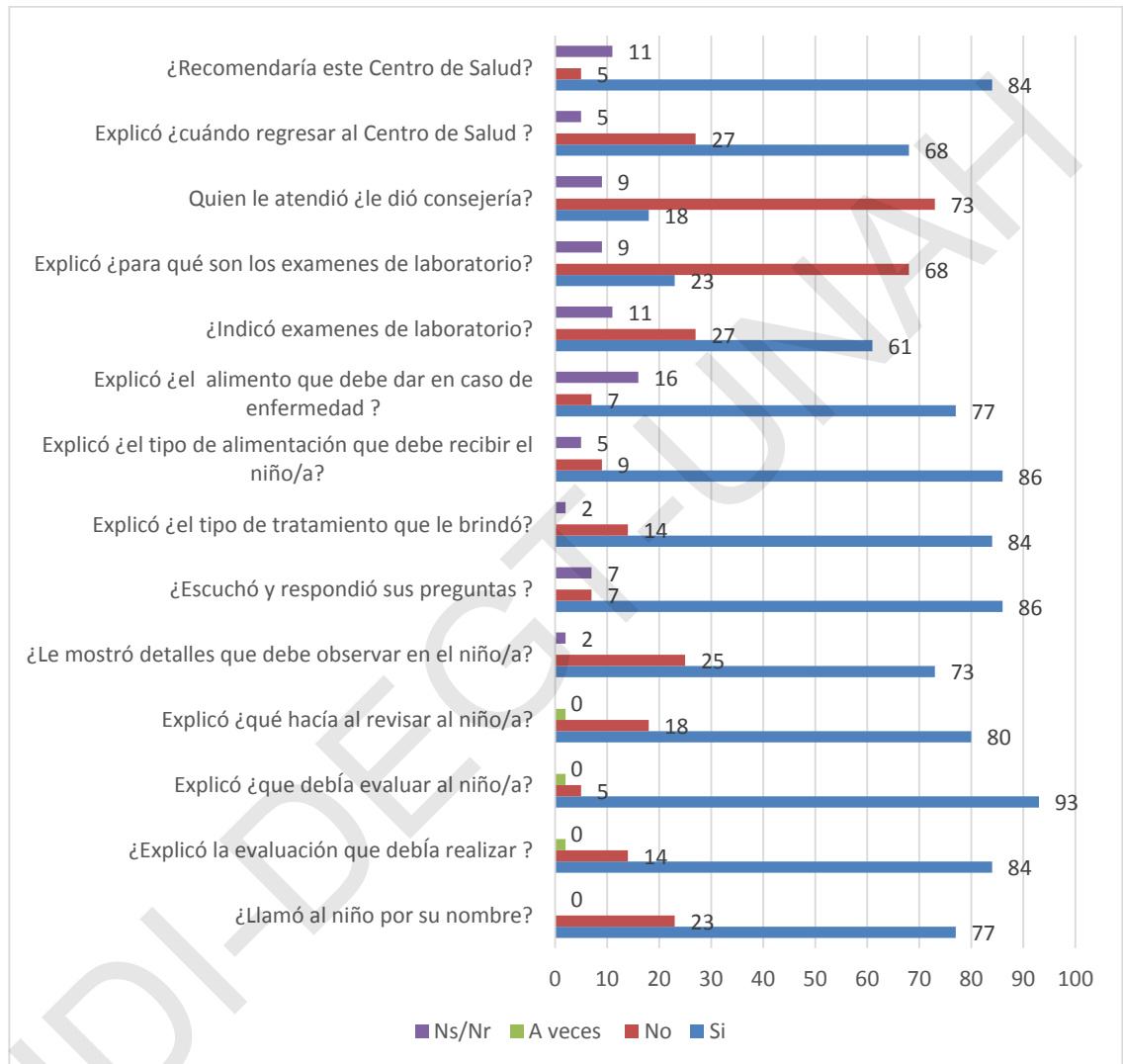
Los médicos no aprecian desventajas al aplicar AIEPI (33.3%); consideran desventaja el tiempo insuficiente para su aplicación (22.2%); la falta de insumos (16.67%). Consideran una amplia gama de factores como: se efectúa una evaluación incompleta, induce el diagnóstico, hay espacio inadecuado para el llenado de la información en el instrumento, la madre no llega a seguimiento (5.56%).

Gráfico 13. Aspectos de Seguridad del Paciente contemplados en AIEPI por los Médicos Generales y Especialistas entrevistados laborando en la RSM D.C 2008. n=18



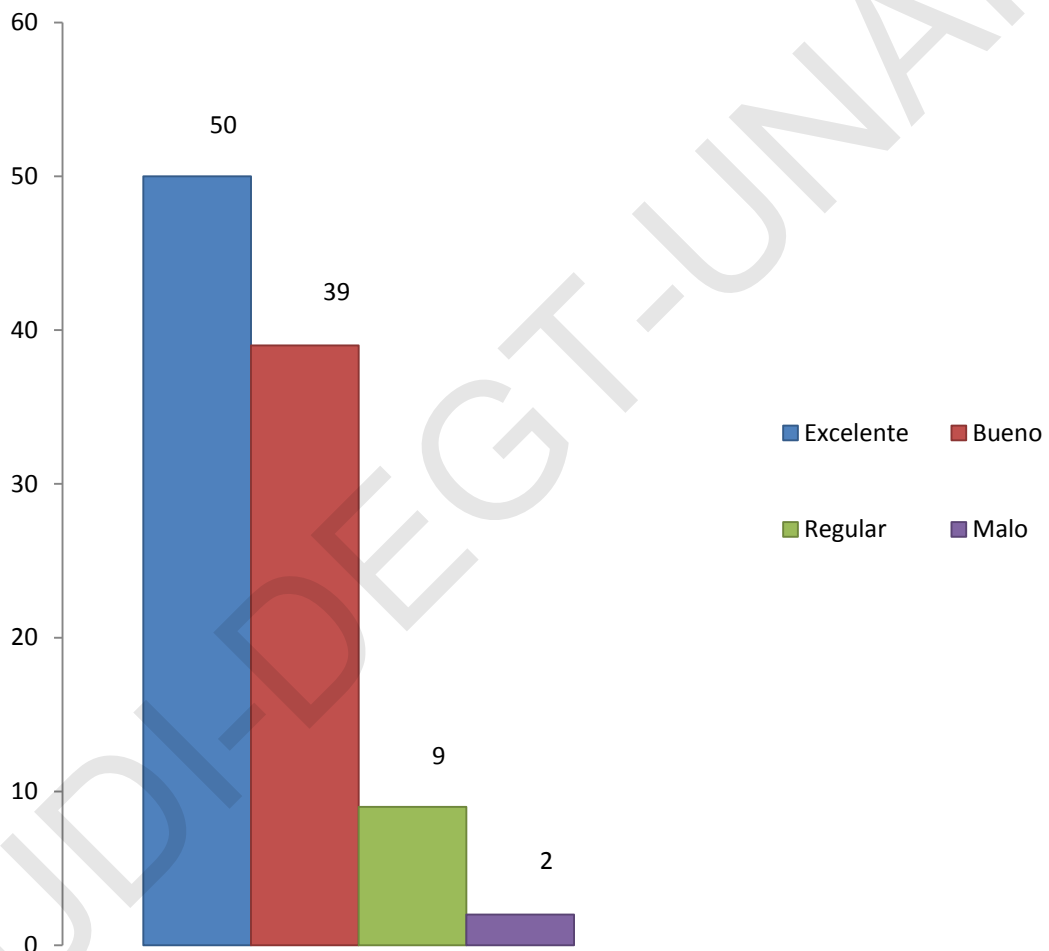
Según el personal médico AIEPI interviene en la carga de morbilidad infantil evitando efectos no deseados en la salud (72%), identificando riesgos (89%) y logrando un mejor seguimiento (94%).

Gráfico 14. Items de Satisfacción de la atención al < 5a apreciados por el Tutor. RSMDC. 2003 – 2008 n = 44



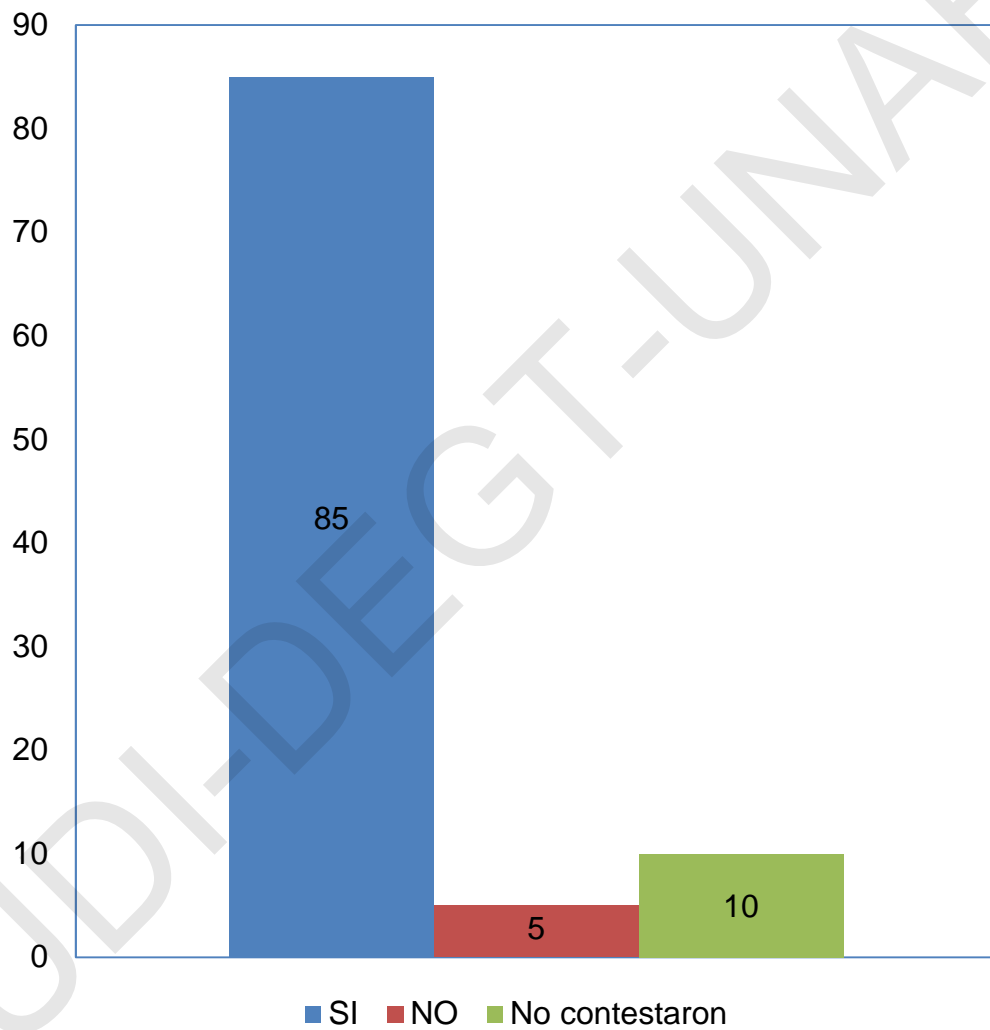
El 23% de los tutores del niño menciona que el médico no llama al menor por el nombre; al 16% no explica que hace al revisar el niño, ni escucha o responde a sus preguntas; a un 5% que les indica exámenes de laboratorio no explica el objeto de ello. Obvia la consejería en el 23% de los casos; no explica el tratamiento indicado en el 14%.

Gráfico 15. Percepción del Tutor del menor de cinco años sobre el trato recibido en la Unidad de Salud RSMD.C 2008 n = 44



Los encargados del menor de cinco años que acudió a consulta en la RSM D.C consideran recibieron un trato excelente(50%), bueno (39%), regular (9%) y malo (2%).

Gráfico16. % de Tutores que consideran resolvieron el estado de salud al < de 5 años en la Unidad de Salud de la RSMD.C 2008. n= 44



El 85% de los tutores piensa contribuyeron a resolver el estado de salud del niño/niña menor de cinco años en la RSM D.C, 10% no contestó y el 5% consideró que no contribuyeron.

VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La investigación se enfocó en evaluar el cumplimiento de la normativa operativizada en la Estrategia AIEPI por el médico prestador del servicio de atención clínica en los Centros de Salud con médico y odontólogo (CESAMOS) del primer nivel de atención de la Región Sanitaria Metropolitana de Salud del Distrito Central (RSMDC) de la Secretaría de Salud de Honduras (SS) con el objeto de disminuir la mortalidad en el menor de cinco años.

El protocolo de atención clínica de AIEPI fue elaborado conforme a la realidad epidemiológica de Honduras; se clasifica la existencia de enfermedad muy grave o grave, valora el estado nutricional agudo, el estado de inmunización y los factores de riesgo que influyen en la mortalidad. Existe una opción para el registro de otros problemas de salud con un espacio en blanco que admite el criterio a opción del facultativo. Si se obvia y está presente el VIH u otra infección oportunista puede errarse el abordaje integral en la prestación del servicio.

En el Manual de Procedimientos para la Atención Integral de la Niñez la hoja de “Evolución Esquemática de las Conductas del Desarrollo hasta los 5 años” muestra dibujos gráficos del desarrollo pero el texto contenido en los rectángulos de los aspectos a considerar en la atención posee un tamaño poco visible.

Se capacitó al personal médico en técnicas de enseñanza para su aplicación. La primera réplica del taller ocurrió en el mes de julio del año 2000. Se mostró el proceder diario, el cumplimiento de la normativa vigente y la necesidad de un compromiso por parte del personal de salud en lo ejecutado, percibido y manejado en la atención para incidir en los responsables del estado de salud del niño/a.

El personal directivo de nivel central evidenció que se capacitó al 99% del personal médico asistencial en la RSM D.C. Solo un médico de los que laboraba en los Centros de Salud objeto de estudio en el 2003 no fue capacitado.

En la Dirección del Nivel Regional se nos mostró el organigrama funcional, las áreas y los centros que estaban implementando la estrategia en el primer nivel de atención seleccionando una muestra a nivel institucional.

En el primer momento en el año 2003 se observó los pasos en la atención del < 5 años en cada Unidad de Salud; la disposición de equipo e insumos para desempeñarse; la atención directa del médico (generales y especialistas en pediatría) al paciente; el registro de la atención en el expediente y lo que expresó el tutor de lo que ocurrió en la consulta.

En el registro de información de la hoja de atención de AIEPI participan recursos humanos de distintos ambientes del servicio en la consignación de datos indispensables para la atención del menor de cinco años.

Corresponde a todo el personal involucrado verificar el registro de los datos prioritarios para una atención de calidad.

La hoja de registro de la atención clínica del < de 5 años posee un formulario para el < de 2 meses y otro para el niño/a de 2 meses a 4 años de edad. Se exploran estructuralmente aspectos comunes en ambos grupos de edad como datos generales, evaluación, clasificación, tratamiento, orientación y consejería, cuando volver de inmediato, a seguimiento de su enfermedad o a control de crecimiento y desarrollo, finalmente las vacunas de aplicación en el momento.

Aspectos particulares considerados en la investigación dirigidos al <2 meses incluyen los problemas de alimentación que identifican una posible infección bacteriana grave, la evaluación de la alimentación al pecho y el abordaje de diarrea.

La OMS ejecutó estudios de seguimiento que demuestran que todos los niño/as de todas partes del mundo crecen con patrones similares cuando se llenan sus necesidades de salud: como la nutrición ideal (lactancia materna y nutrición complementaria); medio ambiente ideal (agua saneamiento, vivienda, madres

no fumadoras); cuidado de salud ideal (inmunizaciones, cuidado pediátrico rutinario y durante la enfermedad) nuestro estudio identificó hallazgos similares.

En relación a los antecedentes de la evaluación de crecimiento del menor de cinco años en estudios posteriores al nuestro en Honduras, se creó una línea base el estado nutricional agudo para luego incorporarse las alteraciones crónicas nutricionales. Esto nos demuestra que los aspectos involucrados en la evaluación de cada grupo de edad pueden ir cambiando por los hallazgos en la medición, vigilancia y priorización del momento alcanzados con la hoja de registro de la estrategia.

La expectativa en el proceso de atención es que los ambientes para cada procedimiento se realicen en espacios diferentes. En la US del Pedregal se brindaban dos servicios en el mismo espacio físico: nebulizaciones e inyecciones; en éste caso un menor con broncoespasmo al escuchar a otros niños/niñas llorar por la aplicación de medicamentos estaba sujeto a complicarse.

En la Guía Técnica de AIEPI se describe el material requerido y el personal técnico calificado para cada uno de los ambientes al brindar la atención.

El proceso de la atención al < de 5 años por el proveedor de salud se brindó en los diferentes ambientes del servicio. Las actividades, el manejo de las patologías causa frecuente de morbimortalidad; el tratamiento estandarizado; la

información necesaria a comunicar al tutor de acuerdo al problema de salud que adolece (SESAL, 1998) En éste estudio se demuestra que ocurren mínimos cambios en la organización del servicio para efectuar las actividades de atención y son factibles de desarrollar en las US de la Región.

El desarrollo de la Estrategia AIEPI requiere el acceso a ciertos insumos básicos algunos de los cuales se encontraban ausentes o en un estado deficiente:

En el área de nebulizaciones el 100% de las US no poseen espaciadores de volumen los que permiten el uso de los broncodilatadores inhalados en los episodios de obstrucción bronquial y sustituyan el uso del nebulizador.

En la preclínica el 50% carecen de termómetros de mercurio necesarios para la clasificación de los procesos febriles y su intervención.

En la sala de rehidratación al 25% de las US le faltan insumos y equipo para rehidratación intravenosa y oral Indispensables para el tratamiento de la deshidratación o inicio de la terapia de rehidratación oral antes de referir al nivel de mayor complejidad en la red de servicios.

En el Pedregal la sala de rehidratación oral no disponía de sillas, tazas, cucharas, recipientes, calibradores y hojas de Registro. Le faltaba: catéteres, agujas, mariposas y venoclisis estos últimos de igual forma privaban en la US San Miguel.

En el área clínica del 50% de las US evaluadas (Alonso Suazo y Monterrey) no se localizó un reloj de pared, imprescindible para medir el pulso o la frecuencia respiratoria, cuando al personal de salud le fallara el propio.

En la US Monterrey faltó un otoscopio u oftalmoscopio, carencia importante considerando la incidencia de las principales causas de morbilidad y evitar complicaciones.

En el Manual de Procedimientos de AIEPI se encuentra el auxiliar de todos los pasos que deben seguirse en los casos más frecuentes de morbilidad y todas las posibilidades de manejo descritas para evitar su muerte.

En la observación directa del proceso de atención en la Unidad de Salud como en la atención clínica no se logró una evaluación completa al menor de cinco años porque no se ejecutaban secuencialmente todos los aspectos sino que se anotaba la atención dirigida a los hallazgos encontrados.

Los aspectos de morbilidad evaluados por el médico en el menor de cinco años obtienen una calificación ponderada más alta en la observación en relación a lo expresado por el tutor y lo consignado en el expediente.

Lo anterior nos orienta a que algunos aspectos que el médico evaluaba no los percibía el tutor porque él los apreciaba desde el momento en que el paciente ingresaba a la clínica observando el estado general; en cambio el observador (yo) con entrenamiento técnico sobre la estrategia solicitaba la descripción

verbal de los aspectos que el médico iba evaluando; finalmente en el expediente no se consignaba todo lo que el médico hacía durante la consulta.

Los problemas de alimentación que identificaron una posible infección bacteriana grave en los menores de dos meses fue inadecuada. Se obtuvo que en la indagación de infección bacteriana en los menores de cinco años había un registro mínimo en el expediente (0.12), en lo expresado por el tutor (1.84) y en la observación(2.4). En la lista de criterios se encontró la posibilidad de que algunos signos observados le permitían al médico prescindir de mencionarlos en la evaluación al verificarlos pero podían estar presentes en el niño/a examinado.

Las técnicas utilizadas en el monitoreo de datos en la clasificación de diarrea en el menor de 0 a 2 meses muestra el mismo patrón: inadecuado en la observación (0.54), en el registro de expedientes (0.3) y en la encuesta al tutor (1.8) El médico interroga si el menor tiene diarrea en el 69% de los casos y si presenta diarrea omite generalmente consultar el tiempo de duración y presencia de sangre en heces. No anota el signo de pliegue cutáneo pero lo verifica al examen físico y clasifica: “diarrea, no tiene deshidratación”.

En la serie publicada de Supervivencia Infantil consideran una intervención suficiente cuando se establece una relación causal entre la intervención y la reducción en la mortalidad por causa específica en niños menores de 5 años en países en vías de desarrollo. La lactancia materna entre los seis y once meses

de vida es factible para su ejecución en países de bajos recursos mejorando los procesos diarreicos, neumónicos y la sepsis. (Jones , Wsteketee, Black, & Etall, 2003)

Los médicos de la RSM D.C abordaron los problemas de alimentación en forma inadecuada al obtener una ponderación menor a 3. La evaluación de la alimentación al pecho fue considerada adecuada por el tutor del menor de cinco años (calificación ponderada de 3) porque el médico solicitaba a la madre o tutor, le mostrara la forma de amamantar al niño. En la observación de la atención clínica también se le solicitaba a la madre pero no se le explicaba la forma correcta de amamantamiento (1.16); finalmente en el expediente la información registrada es inadecuada (1.26) porque el médico no consigna los criterios requeridos en ésta evaluación.

La lactancia materna es una práctica habitual en la población que asiste a los Centros de Salud de la RSM D.C, tiene implicaciones importantes en el crecimiento y desarrollo del niño/a, su evaluación permite detectar la existencia de un signo de alarma en el estado de salud.

El abordaje del problema de alimentación al utilizar la estrategia AIEPI en el menor de cinco años muestra un cumplimiento inadecuado en la observación directa (1.4); en la revisión de expediente (0.98) y la apreciación del tutor (2.64). Ello demuestra aspectos que no se abordan y no se evitan las complicaciones de la mala alimentación en el estado nutricional y/o estado de salud.

En la encuesta aplicada al tutor del menor de cinco años, el 23% refiere que no le indican el tipo de alimentación que debe dar al niño, aumentando a un 39% cuando se refiere a las indicaciones de alimentación en caso de enfermedad. Es importante brindar la información en vista de que la desnutrición hay que prevenirla entre los 6 y 24 meses, de edad. (Secretaria de Salud de Honduras, OPS/OMS, BASICS, 2000)

Al evaluar el estado de salud del menor de cinco años se consideran como instrumentos de apoyo: el carnet de crecimiento y desarrollo, el registro de la gráfica de crecimiento y desarrollo del expediente clínico y el manual de procedimientos de AIEPI para el seguimiento del estado nutricional, algunos de éstos documentos no estaban disponibles porque hubo deficiencia en la verificación del estado nutricional.

Todos los médicos deben guiarse por los datos consignados en el expediente o en el manual de procedimientos. En las Unidades de Salud estudiadas únicamente en el Alonso Suazo, los médicos no utilizaron el manual de procedimientos durante la consulta. El uso de estos instrumentos por el médico en la RSMDC es inadecuado en la observación (2.2); al revisar el expediente (1.4) y al consultar al tutor del menor de 5 años (2.24).

Al evaluar la vigilancia y promoción del crecimiento se puede llegar a la conclusión de que éstos son ineficaces si no se tiene un plan de acción

después de recoger medidas de peso y estado nutricional. (Griffiths , Dickin, & Favin, 1996)

Se deben ofrecer servicios que beneficien el conocimiento del estado de crecimiento del menor; solicitar, valorar y consignar la información obtenida, conocer el patrón de crecimiento, encontrar las causas de alteraciones en el mismo, permitir que otros lo detecten y puedan darle seguimiento a la salud del niño.

Observamos que el tiempo asignado por la Secretaría de Salud para que el médico asistencial del primer nivel atienda a un paciente es de 6.5 minutos, pero el tiempo mínimo requerido por el facultativo al utilizar la hoja de evaluación de AIEPI, para atender al menor que acude por primera vez a la Unidad de Salud, mínimamente es de 20 minutos en la observación. Al momento del estudio el promedio de niños/as atendidos por el médico general era de 2 pacientes de 2 meses a 4 años y un paciente menor de 2 meses de edad.

Al entrevistar a los médicos de la RSMDC que atienden la consulta externa del menor de cinco años en el año 2008 refieren que: utilizan la hoja de evaluación AIEPI; cuentan con la papelería para la atención; se capacitaron en la aplicación de la estrategia y fueron supervisados después de la capacitación en AIEPI.

El 77% de los médicos identificaron logros de la implementación de la estrategia AIEPI: siendo la mayor proporción los que visualizan el diagnóstico y tratamiento oportuno (33%); seguido por una mejor atención y control al paciente (28%) y finalmente alcanzar una atención integral (17%) siendo éste último el objetivo principal de la estrategia AIEPI.

Entre los aspectos de promoción de la salud los médicos consideran que AIEPI fortalece prioritariamente la educación en salud, los comportamientos saludables y la comunicación; en menor grado el estilo de vida y ambiente saludable.

Los médicos refieren que AIEPI permite un mejor seguimiento del paciente (94%), identifica riesgos en la salud infantil (89%), fortalece comportamientos saludables (78%), fortalece la comunicación y evita efectos no deseados (72%). De manera que el conocimiento es adecuado y esperaría se transfiriera a la práctica clínica.

Señalan como factores limitantes en la aplicación de AIEPI: la falta de insumos y materiales (27.8%); el tiempo dedicado a la atención del paciente (22.2%); la falta de educación y entendimiento de las madres (11.1 %), falta de orientación e inestabilidad laboral (5.6%) aspectos no propios del contenido o la aplicación técnica de la estrategia pero que requieren atención del nivel gerencial.

Los médicos perciben como ventajas al aplicar AIEPI un mejor control del crecimiento y desarrollo o seguimiento de la enfermedad (27.78%); la atención integral, diagnóstico, tratamiento, referencia rápida y oportuna (16.67%); también mencionan les facilita el trabajo (11.11%) lo que establece que identifican el beneficio de aplicar la estrategia.

Entre las desventajas que aprecian los médicos al aplicar AIEPI únicamente el 5.56% incluyen aspectos atribuibles a la estrategia. Al utilizar la hoja de evaluación de AIEPI consideran que no les permite una evaluación completa, que les induce al diagnóstico y que carecen de espacio adecuado para el llenado de la información. En un solo caso se identificó como desventaja que limitaba la aplicación del conocimiento sobre todo los de más experiencia o especialistas.

Los aspectos de seguridad del paciente que contempla AIEPI según el personal médico incluye la intervención en la carga de morbilidad infantil (72%), la identificación de riesgos (89%) y un mejor seguimiento (94%). Llama la atención que a pesar de lo expuesto solo el 11% cumple y vigila la norma establecida en la estrategia AIEPI.

El 78% de los médicos laborando en el 2008 en las Unidades de Salud se capacitaron en AIEPI, los capacitados mencionan no se les dio seguimiento posterior a la capacitación.

Existen medidas para mejorar el sistema de información: se anotan las clasificaciones de AIEPI en la hoja de registro diario; se utiliza la información de los formularios de registro, se toman en cuenta las clasificaciones de AIEPI para el nivel inmediato superior es decir se estandariza la referencia /contra referencia.

Los tutores del menor de cinco años se encuentran satisfechos en un 89% en el trato recibido por el médico; llegaron a esa percepción porque el médico saluda, llama al menor por su nombre, pregunta las razones por las que llevó al niño y explicó que debía revisar al niño; el 11% de las consultas tuvo deficiencias tales como no explicar lo que se realiza en la evaluación física; no escuchar o responder a las preguntas; indicar exámenes de laboratorio sin explicar el propósito de la indicación; se obvia la consejería y no se explica los detalles del tratamiento indicado

Al interrogar al tutor del menor de cinco años sobre el tiempo que duró la consulta con el médico ya sea nuevos o subsiguientes el 72% dice que de 10 a 20 minutos. Lo anterior demuestra que se ejecutan acciones no registradas en el expediente, otras no son percibidas por el tutor y en algunas ocasiones se anotan aspectos no evaluados.

En todos los Centros de Salud se encontró que al aplicar antibióticos vía parenteral no utilizaban antiséptico o jabón, conocimiento adquirido en la

socialización de las normas para la aplicación de inmunobiológicos pero no en el cumplimiento de aplicación de antibióticos.

VIII. CONCLUSIONES

Entre los aspectos valorados en la implementación de AIEPI en la Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central encontramos:

- La valoración final de las infecciones bacterianas es inadecuada para el cumplimiento de los criterios que la Estrategia AIEPI tiene como meta, es importante indicar que el personal en su mayoría no registra en el expediente la acción ejecutada o atención dada, como lo especifica la norma.
- La opción “no aplica” debe incluirse en la hoja de evaluación de AIEPI para evaluar infecciones bacterianas, ya que al leer la lista de opciones o criterios existe la posibilidad de que un signo que oriente a ésta patología no esté presente en el niño/a examinado.
- Las técnicas utilizadas en el monitoreo de problemas de diarrea en el menor de 0 a 2 meses muestra también el mismo patrón (inadecuado). Se observó que el médico interroga la presencia de diarrea en el 69% de los casos, pero solo en un caso se presentó diarrea y en éste se omitió consultar el tiempo de duración y/o la presencia de sangre en heces. No se anotó el signo de pliegue cutáneo pero se verificó al examen físico y se clasificó no

tiene deshidratación por lo que éste hallazgo no es concluyente para valorar el abordaje.

- La evaluación del menor de dos meses en el primer nivel de atención le permite al médico general identificar algunos signos de alarma y ante el hallazgo referir oportunamente a una evaluación especializada.
- Es importante registrar en la hoja de evaluación de AIEPI la hora en que fue evaluado el menor de cinco años y si ocurren complicaciones a futuro, poder indagar si son producto de la detección, manejo, orientación, consejería, tratamiento y/o de la gravedad de la enfermedad en la valoración inicial por el médico.
- La aplicación de la Estrategia AIEPI ha contribuido en la detección de problemas respiratorios, anemias, alteraciones del desarrollo a pesar de no alcanzar los niveles óptimos basados en los resultados de la observación.
- La Región Sanitaria Metropolitana de Salud del Distrito Central cuenta con personal que apoya su implementación y existen recursos financieros para la implementación de AIEPI en las Unidades de Salud.
- El personal involucrado en la atención del menor de cinco años fué capacitado en técnicas de enseñanza para la aplicación de AIEPI y le extendieron un certificado firmado por el Jefe del Departamento de Epidemiología, Coordinador de AIEPI y la Directora de la Región Sanitaria Metropolitana, en el mes de julio del año 2000.

- La Directora Regional mostró las evidencias de que el 99% de los médicos laborando hasta el mes de septiembre del 2003 fueron capacitados en AIEPI.
- Al entrevistar a los médicos de la Región Metropolitana de Salud del Distrito Central en el 2008 se encontró que se continúa aplicando la estrategia, pero ha disminuido con el tiempo el número de médicos capacitados en AIEPI. Así mismo se identificó que la supervisión no es directa y por tanto el personal involucrado en la atención a pacientes considera que no se ejecuta.
- La mayoría de los médicos consideran como los logros más importantes en la implementación de la Estrategia AIEPI: el diagnóstico y tratamiento oportuno como una mejor atención y seguimiento al paciente.
- La Estrategia AIEPI para los médicos de la Región de Salud Metropolitana del Distrito Central fortalece aspectos de promoción de la salud tales como: educación en salud, comportamientos saludables, comunicación, estilo de vida y ambiente saludable.
- Los médicos refieren que AIEPI permite un mejor seguimiento del paciente, identifica riesgos en la salud infantil, fortalece la comunicación y ayuda a identificar / prevenir efectos no deseados.
- Como factores limitantes en la aplicación de AIEPI se identificaron: la falta de insumos y materiales, el tiempo dedicado a la atención al paciente, la

falta de educación y problemas de comunicación con las madres; falta de orientación médica e inestabilidad laboral éstos últimos dos aspectos no propios del contenido o la aplicación técnica de la estrategia.

- Las ventajas percibidas al aplicar AIEPI son: un mejor control y seguimiento, atención integral, diagnóstico, tratamiento, referencia rápida y oportuna facilitando el trabajo.
- Entre las desventajas que aprecian los médicos al aplicar AIEPI únicamente el 5.56% considera aspectos atribuibles a la estrategia como la utilización de la hoja de evaluación de AIEPI la que permite una evaluación incompleta, induce al diagnóstico y carece de espacio adecuado para el llenado de la información
- Los aspectos de seguridad del paciente que contempla AIEPI según el personal médico en orden ascendente de importancia incluye la intervención en la carga de morbilidad infantil (72%), identificación de riesgos (89%) y un mejor seguimiento (94%).
- A pesar de lo expuesto, en el 2008 el 78% de los médicos se capacitó en AIEPI, per solamente el 11% cumple y vigila la norma establecida en la estrategia y no fueron visitados posterior a la capacitación.
- Los medicamentos utilizados en AIEPI están incluidos en la lista de medicamentos esenciales a nivel local. Al verificar la presencia de ellos con la lista de chequeo incluida en el formulario 3 se encontró que el 75% de las

Unidades de Salud objeto de estudio disponían de 26 de los 28 medicamentos esenciales para la atención del menor de cinco años y necesarios para la implementación de AIEPI.

- Existen medidas para mejorar el sistema de información: se anotan las clasificaciones de AIEPI en la hoja de registro diario; se utiliza la información de los formularios de registro, toma en cuenta las clasificaciones para el nivel inmediato superior es decir se estandariza la referencia/contrareferencia.
- Existen intervenciones comunitarias que apoyan la implementación de la Estrategia AIEPI.
- Éste estudio sistematiza el proceso de atención de AIEPI mostrando un cumplimiento inadecuado de la normativa al realizar la triangulación de datos obtenidos, a través de la técnica de observación, revisión de expedientes y encuesta al tutor.
- En el proceso de atención del menor de cinco años en las Unidades de Salud de la Región de Salud Metropolitana del Distrito Central se evidencia una buena relación médico paciente en la observación y en la encuesta al tutor basado en la calificación ponderada de cada instrumento .
- La aplicación de la Estrategia AIEPI ha influido positivamente en la detección de problemas respiratorios, anemias y alteraciones del desarrollo

en la observación de la atención ambulatoria a pesar de no alcanzar los niveles considerados optimos.

- La evaluación de la alimentación al pecho es percibida adecuadamente por el tutor aunque es deficiente de acuerdo a los parámetros establecidos en la normativa valorada en la observación y revisión de expediente.
- Los problemas de alimentación en el menor de cinco años son abordados en forma inadecuada por el personal médico aunque ellos identifican en la entrevista realizada al personal que brinda la atención como aspectos de seguridad del paciente contemplados por AIEPI, la identificación de riesgos en el 89% de los casos.

IX. RECOMENDACIONES

- Involucrar entre los capacitadores y actores en el cumplimiento la Estrategia AIEPI a: salubristas, epidemiólogos, gestores de proyectos y personal de salud que brinda la atención directa al paciente, para que participen en el análisis sistemático con información objetiva de la atención, que contribuya a la toma de decisiones y es clave en el servicio de atención.
- Capacitar a todo el personal que labora por contrato en las Unidades de Salud de la Región de Salud Metropolitana del Distrito Central y participa en el cumplimiento de la norma establecida en la Estrategia AIEPI.
- Concientizar al personal de salud que participa en el proceso de atención del menor de cinco años que el obviar la ejecución de los procedimientos

descritos en AIEPI incide en faltas: a la ética profesional, el logro de estándares en la calidad de atención, certificación del recurso humano que labora en la Unidad de Salud y evita su participación en las reformas necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos.

- Instalar una base de datos para el monitoreo, supervisión y evaluación de la Estrategia AIEPI a nivel local, regional y nacional que nos permita registrar periódicamente indicadores de entrada, proceso y resultado que valoren el efecto de las intervenciones en el estado de salud del menor de cinco años y contribuir con la metodología de la mejora continua de la calidad.
- Insertar en el proceso de atención algunos elementos:
 - En estadística o archivo: que la persona que anota los datos en el expediente, los mencione en voz alta y haga uso de una grabadora digital que los registre como evidencia de la hora en la que ingresa el paciente y la solicitud de atención a la institución para que los administradores en salud verifiquen si se llenan las expectativas del paciente.
- En la preclínica y posclínica: se nombre un técnico encargado del mantenimiento de equipo (manómetros de presión, balanza, tallímetro, nebulizadores, esterilizadores) para que se obtengan registros confiables y seguros).
- Contratar y entrenar una enfermera auxiliar para que previo a la evaluación médica interroge a la madre del paciente y registre con un "cheque" en la

hoja de evaluación de AIEPI información como: los antecedentes patológicos, el estado de vacunación, la alimentación del niño, logros alcanzados en el desarrollo y los medicamentos que le administran en el momento para optimizar tiempos y mejorar la calidad de atención médica (relación interpersonal, competencia profesional, seguridad del paciente, aumentar la eficiencia).

- En la clínica: sensibilizar a todo el personal médico en el empleo de la Estrategia AIEPI. Explicarles las bases metodológicas utilizadas en su elaboración y seguimiento. Resaltar la participación de un equipo técnico científico multidisciplinario internacional de alto nivel profesional, interagencial (OMS, OPS, BASICS, UNICEF) desarrollando indicadores de avance de la estrategia.
- En la posclínica se muestre la forma práctica de administrar los medicamentos al tutor del niño, después que el médico le ha instruido teóricamente. Recalcar cuando debe volver a la Unidad de Salud.
- En farmacia: entregue y explique como administrar los medicamentos al tutor del niño.
- En laboratorio se explique lo que se está realizando e investigando al tutor del niño. Pequeñas observaciones en los ítems de la hoja de evolución del < de 2 meses:

Algunas observaciones sobre los ítems contemplados en la hoja de evolución del menor de 2 meses:

- En el ítem “Posible Infección Bacteriana Grave” se pide seleccionar la existencia de signos como tiraje subcostal, aleteo nasal, quejido, abombamiento de fontanela entre otros. En él debería adicionarse un espacio en blanco a la par de cada signo como alternativa para agregar una “X” o un cheque e identificar si el signo está o no presente.
- En el ítem “Determinar Problema de Crecimiento” , el médico debe anotar el peso del niño al nacer, registrado en el carné de atención del parto, pero generalmente la madre o el tutor no lo porta; en éste caso, el médico selecciona en la hoja de evaluación de AIEPI “una sola determinación de peso” porque desconoce el dato y no, porque no se ha registrado a nivel hospitalario. Se necesita concientizar a la madre en su control prenatal, para que lo porte, al acudir con el menor de dos meses a la Unidad de Salud
- En los antecedentes de vacunación se debe considerar agregar la opción “no aplica” para el menor con bajo peso al nacer o deficiencia en su estado inmunológico.

X. Bibliografía

1. Alvarez Castaño, L. S. (2005). El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(2), 129–135. Retrieved from <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n2/27145.pdf>
2. Alvarez Díaz, A. E. (1992). Análisis del modelo de presentación de servicios de salud. *Educ Med Salud*, 26(3).
3. Banco Mundial. (2000). *Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y Caribe*. San José: FLACSO. Retrieved from <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/44254/ExclusionSocialyReducciondePobrezaEnAL.pdf>
4. Benguigui, Y. (2001). *Investigaciones operativas sobre atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)*. *Série HCT/AIEPI: Vol. 27*. Washington, DC: OPS.
5. Bermúdez-Madriz, J. L., en RI, L., Sáenz, M. R., M, C., M, S. P., Muiser, J., . . . L, C. P. (2011). Sistema de salud de Honduras. *salud pública de méxico*, 53(supl. 2), s209-s219. Retrieved from <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/16.pdf>
6. Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J. R., & Pereira Candel, J. (2001). Medidas de calidad de vida relacionada con la salud: conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Med Clín (Bace)*, 116(20), 789–796. Retrieved from http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13014656&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=2&ty=17&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v116n20a13014656pdf001.pdf
7. Código de la niñez y la adolescencia 69, Congreso Nacional 5 septiembre de 1996.
8. Enciclopedia Libre Universal en Español. (2011). *Calidad de vida*. Retrieved from http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida
9. España. Ministerio de Sanidad Servicio Social e Igualdad. (2006). *Plan de calidad para el Sistema de Calidad de Salud*. Retrieved from <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/>
10. H, C., G Carrasco, E. I., R Lledó, S. L., J, M., & S. Peiró, F. S. (2001). Calidad asistencial. *Rev. Cal. Asist.*, 16(supl.1), s5-s78. Retrieved from <http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Monografico%20Avedis%201 parte.pdf>
11. Honduras. Foro Nacional de Convergencia. (2001). *Estrategia para la reducción de la pobreza: un compromiso de todos por Honduras*.

- Tegucigalpa: FONAC. Retrieved from <http://www.unicef.org/honduras/ERPCompleto.pdf>
12. Honduras. Secretaría de Salud. (s.f.). *Política Nacional de Salud Materno Infantil*. Tegucigalpa: Secretaría de salud. Retrieved from <http://www.bvs.hn/E/pdf/PoliticaSMI.pdf>
 13. Honduras. Secretaría de Salud. (1996). *Plan operativo para el reforzamiento de las acciones de atención integral del niño en Honduras*. Tegucigalpa: Secretaría de salud.
 14. Honduras. Secretaría de Salud. (1999). *Atención integral a las enfermedades de la infancia: guía técnica del manual de procedimientos*. Tegucigalpa: Secretaría de salud.
 15. Honduras. Secretaría de Salud. (2000). *Análisis de situación de salud según condiciones de vida*. Tegucigalpa: Secretaría de salud. Retrieved from <http://www.bvs.hn/E/pdf/AnalisisSalud.pdf>
 16. Honduras. Secretaría de Salud. (2002). *Evaluación participativa a la implementación de la estrategia AIN*. Tegucigalpa: Secretaría de salud.
 17. Honduras. Secretaría de Salud. (2002). *Implementación de la estrategia AIN (AIEPI/ AIN-C) Honduras*. Tegucigalpa: Secretaría de salud.
 18. Honduras. Secretaría de Salud. (2003). *Análisis de las estrategias para la reducción de la mortalidad infantil y mortalidad materna*. Tegucigalpa: Secretaría de salud.
 19. Honduras. Secretaría de Salud. (2003). *Clausura AIEPI*. Tegucigalpa: Secretaría de salud.
 20. Honduras. Secretaría de Salud. (2003). *Plan estratégico del sector salud de Honduras al año 2021*. Tegucigalpa: Secretaría de salud.
 21. Honduras. Secretaría de Salud. (2004). *Plan estratégico del sector salud 2021*. Tegucigalpa: Secretaría de salud. Retrieved from https://books.google.com/books/about/Plan_estrat%C3%A9gico_del_sector_salud_a_202.html?id=2t5gAAAAMAAJ
 22. Honduras. Secretaría de Salud. (2005). *Plan Nacional de Salud 2021*. Tegucigalpa: Secretaría de salud. Retrieved from <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action;jsessionid=4bdac2159b628366af741f994bced08532e91f5b7c5268061a50040fa997fc38.e3aTbhULbNmSe34MchaRahaMb3f0?ressource.ressourceId=24896>
 23. Honduras. Secretaría de Salud. (2006). *Estándares, indicadores e instrumentos de monitoreo de la calidad: mejoramiento de la prestación de servicios de salud maternos e infantiles*. Tegucigalpa: Secretaría de salud.
 24. Honduras. Secretaría de Salud. (2006). *Políticas de gobierno para el sector salud 2002-2006: nuestros principios y valores*. Tegucigalpa:

Secretaría de salud. Retrieved from http://www.disaster-info.net/PED-Sudamerica/leyes/leyes/centroamerica/honduras/salud/Políticas_Gobierno_Sector_Salud.pdf

25. Honduras. Secretaría de Salud. (2007). *Manual de organización y funciones. nivel intermedio de la Secretaría de Salud, : departamento de provisión de servicios institucionales de salud*. Tegucigalpa: Secretaría de salud.
26. Honduras. Secretaría de Salud. (2009). *Reforma del Sector Salud en Honduras*. Tegucigalpa: Secretaría de salud. Retrieved from <https://saludpublicaiiunahvs.files.wordpress.com/2015/02/unah-vs-i-ref-sector-salud-hon.pdf>
27. Honduras. Secretaría de Salud. (2010). *IV Congreso de Garantía de Calidad 2010: derecho a la salud como derecho humano, .* Tegucigalpa: Secretaría de salud.
28. Honduras. Secretaría de Salud. (2010). *Normas nacionales para la atención materno-neonatal*. Tegucigalpa: Secretaría de salud. Retrieved from <http://www.bvs.hn/Honduras/Postgrados/Normasatencionmaternoneonatal.pdf>
29. Honduras. Secretaría de Salud. (2011). *Lineamientos Operativos de Promoción de la Salud*. Tegucigalpa: Secretaría de salud. Retrieved from https://www.prospera.gob.mx/Portal/work/sites/Web/resources/ArchivoContent/1573/LINEAMIENTOS_OPERATIVOS.pdf
30. Honduras. Secretaría de Salud. (2012). *Conceptos de Reforma de la Salud*. Tegucigalpa: Secretaría de salud.
31. INAM. (2006). *Compendio de leyes 2006 sobre derechos de la mujer*. Tegucigalpa: INAM. Retrieved from <http://www.mcahonduras.hn/documentos/ambientales/Genero/Compendio%20de%20Leyes%202006%20sobre%20Derechos%20de%20la%20Mujer.pdf>
32. Irías, N. (2009). *Marco conceptual político y estratégico de la reforma del sector salud*. Tegucigalpa: Secretaría de salud. Retrieved from <http://es.calameo.com/read/00330498829d99d0878eb>
33. LACHSR. (2002). *Análisis de la reforma del sector salud en países de la subregión Centroamérica y República Dominicana*. (2a.ed). República Dominicana: LACHSR. Retrieved from http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Analisis_Reforma_Sector_Salud-SubRegion_Centroamerica_Rep_Dom_2002.pdf?ua=1
34. Martínez Sagasta, C. (2007). *Estandarización de los procesos asistenciales: Calidad de gestión clínica*. Buenos Aires: Ministerio de Salud. Retrieved from <http://www.msal.gov.ar/pngcam/pdf/EPA.pdf>

35. MILLS, A., & Ranson, K. (2001). *The design of health systems*. Aspen: International Public Health.
36. Ministerio de la Protección Social. (2007). *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad: pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud*. Bogotá: imprenta Nacional de Colombia. Retrieved from http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PAUTAS_DE_AUDITORIA_MEJORAMIENTO_CALIDAD_DE_LA_ATENCION_EN_SALUD.pdf
37. Muñoz, F., López-Acuña, D., Halverson, P., Guerra de Macedo, C., Hanna, W., Larrieu, M., . . . Zeballos, J. L. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1-2), 126–134. Retrieved from <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3012.pdf>
38. OMS. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo año 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra: OMS.
39. ONU. (2010). *Objetivos de desarrollo del milenio 2010: tercer informe de país*. San José: Litografía LIL. Retrieved from http://www.hn.undp.org/content/dam/honduras/docs/publicaciones/Informe_ODM_2010_Completo.pdf
40. OPS. (1992). Elementos referenciales. *Educ Med Salud*, 26(3), 308–327.
41. OPS. (1996). *El concepto de campo de salud, una perspectiva canadiense. publicación científica No. 557*. Washington: OPS. Retrieved from <http://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/EI%20concepto%20de%20Campo%20de%20Salud%20-%20Una%20perspectiva%20canadiense.pdf>
42. OPS. (1998). Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en las Américas. *Bol. Epidem.*, 19(1), 1–9. Retrieved from <http://hist.library.paho.org/Spanish/EPID/51065.pdf>
43. OPS. (2001). *Desafíos y oportunidades de una nueva tecnología para la expansión de AIEPI en la Región de las Américas*. Retrieved from http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1268:desafios-oportunidades-nueva-tecnologia-expansion-aiapi-region-americas&catid=833:noticias-aiapi&Itemid=611
44. OPS. (2002). *Salud Pública en las Américas: nuevos conceptos análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington: OPS.
45. OPS. (2002). *Salud en las Américas. publicación científica No. 587*. Washington, DC: OPS. Retrieved from http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/libros/indi-Health-AmericasVol1_2.pdf

46. OPS. (2004). *Servicios de Salud con enfoque de género: en el marco de la atención primaria en salud*. Guía para el desarrollo de un modelo de intervención. Bolivia: OPS. Retrieved from <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nejq24602.pdf>
47. OPS. (2007). *Sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)*. Retrieved from <http://www1.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/imci-aiapi.htm>
48. OPS. (2012). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Washington: OPS. Retrieved from http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518
49. OPS. (2014). *Guías para la vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones*. Retrieved from <http://www1.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/guidelines.htm>
50. OPS. (2015). *Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)*. Retrieved from http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/
51. Restrepo, M. (2001). *Promoción de salud: como construir vida saludable*. Bogotá: Medica Panamericana.
52. Sandoval, J., Domingo, A., & Urrutia, L. (1995). *Revisión y desarrollo de los modelos de atención de salud*. Washington: OPS.
53. Tamborlini, G. (1998). Acción rápida salva vidas. *Diálogo sobre Atención Infantil*, 3, 3–4.
54. Testa, M. (1993). *Problemas sociales y cuestión nacional.: el dilema de la asignación*. Pensar en Salud. Colección Salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.
55. UNAH. (2009). *Posición del POSAP-UNAH ante el marco conceptual, político y estratégico de la reforma de sector salud (Secretaría de Salud, 2009)*. Políticas de Salud No. 1. Tegucigalpa: UNAH. Retrieved from <http://www.alames.org/documentos/honduras.pdf>
56. UNAH. (2013). *Competencias en el perfil del egresado universitario*. Tegucigalpa: UNAH.
57. USAID. (s.f.). *Bases para el mejoramiento continuo de la calidad.: garantía de la calidad*. Washington: USAID.
58. USAID. (1990). *Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo*. Bethesda: USAID. Retrieved from http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnach089.pdf

59. USAID. (1996). *Partnerships for Partnerships for Health Reform (PHR) Project: applied research agenda*. Maryland: USAID. Retrieved from http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnach169.pdf
60. USAID. (2001). *Alternativas de pago a los proveedores para América Latina: conceptos y estrategias de las partes interesadas*. Washington: 4Ediciones Especiales. Retrieved from <http://www.paho.org/hq/documents/alternativasdepagoalosproveedoresparaamericalatinaconceptosyestrategiasdelaspart-ES.pdf>
61. *Proyecto regional AIEPI comunitario bases de datos de las encuestas de horaes de línea de base y ex-post de los ambitos del Proyecto regional AIEPI comunitario de Honduras, Nicaragua , El Salvador Perú y Bolivia realizadas de noviembre 2005 a febrero 2006*<http://www.bvsde.paho.org/texcom/sct/045694.pdf>
62. *Evaluación de Medio Término del Programa AIN en Honduras, BASICS II 2000 Reporte de Encuesta Julio 2002*
http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacw604.pdf

XI. Anexos

Glosario de Terminos

Acceso: Percepción y experiencia de las personas en cuanto a su facilidad para acceder a los servicios de salud o los establecimientos de salud en cuanto a ubicación, tiempo y facilidad. (SESAL/USAID, 2006)

Estrategia: “Es un plan que integra las metas de una organización, políticas y acciones secuenciales hacia la consecución de un fin”. (SESAL/USAID, 2006)

Estándar o meta: “Es una declaración explícita de la calidad esperada, su medición sirve de parámetro en un sistema de salud”; es la calidad esperada en el desempeño de una actividad de servicio. (Secretaría de Salud de Honduras, USAID, 2006)

Indicador: “Es una medida cuantitativa que valora el grado de cumplimiento de un estándar; determina la brecha existente entre el desempeño ideal y el real” (Secretaría de Salud de Honduras, USAID, 2006).

Mejora Continua de la Calidad: Eje transversal para el cumplimiento de estándares e indicadores.

Norma Técnica: Es la especificación técnica o criterio usado como regla, guía. Es la definición de característica, estándar e indicador que asegura que el material, producto, proceso o servicio cumple con los requisitos especificados.

Debe estar aprobada por un organismo de normalización y puede tener un carácter obligatorio o voluntario. (ISO/IEC Güide 2:2004)

Aseguramiento de la Calidad. Es la dimensión macro de la calidad. Comprende:

Normalización: “Consiste en la elaboración, difusión y aplicación de normas”. Es la “actividad colectiva encaminada a dar soluciones a situaciones repetitivas, que provienen fundamentalmente del campo científico o técnico. (Secretaria de Salud/UGC, 2011)

Acreditación: Procedimiento mediante el cual un organismo autorizado otorga reconocimiento formal de que un organismo o persona es competente para llevar a cabo tareas específicas. Credencial, documento que acredita a una persona o una institución es competente en una actividad. (Secretaria de Salud/Unidad de Garantía de Calidad, 2011)

Certificación: Procedimiento voluntario mediante el cual un tercero, llamado organismo certificador, otorga garantía escrita de que una persona, producto, proceso o servicio cumple con los requisitos establecidos en relación a una normativa o reglamento, y que determina la existencia de competencias que permiten ejercer correctamente las prestaciones y funciones esperadas.

Licenciamiento: Procedimiento realizado por alguien externo a la institución que entrega una licencia sanitaria o instrumento legal que otorga permiso a los

establecimientos de salud, públicos y privados, que cumplen con los requisitos esenciales para laborar o para brindar servicios de salud con calidad (Secretaría de Salud Pública/Unidad de Garantía de Calidad, 2011)

Cobertura: Proporción de la población elegible para recibir atención por medio de programas públicos (SESAL/USAID, 2006).

UDI-DEGT-UNAH

Anexo 1

FORMULARIO PARA LA CAPTURA DE DATOS INSTRUMENTO 1-1

I.OBSERVACION MANEJO DE CASOS

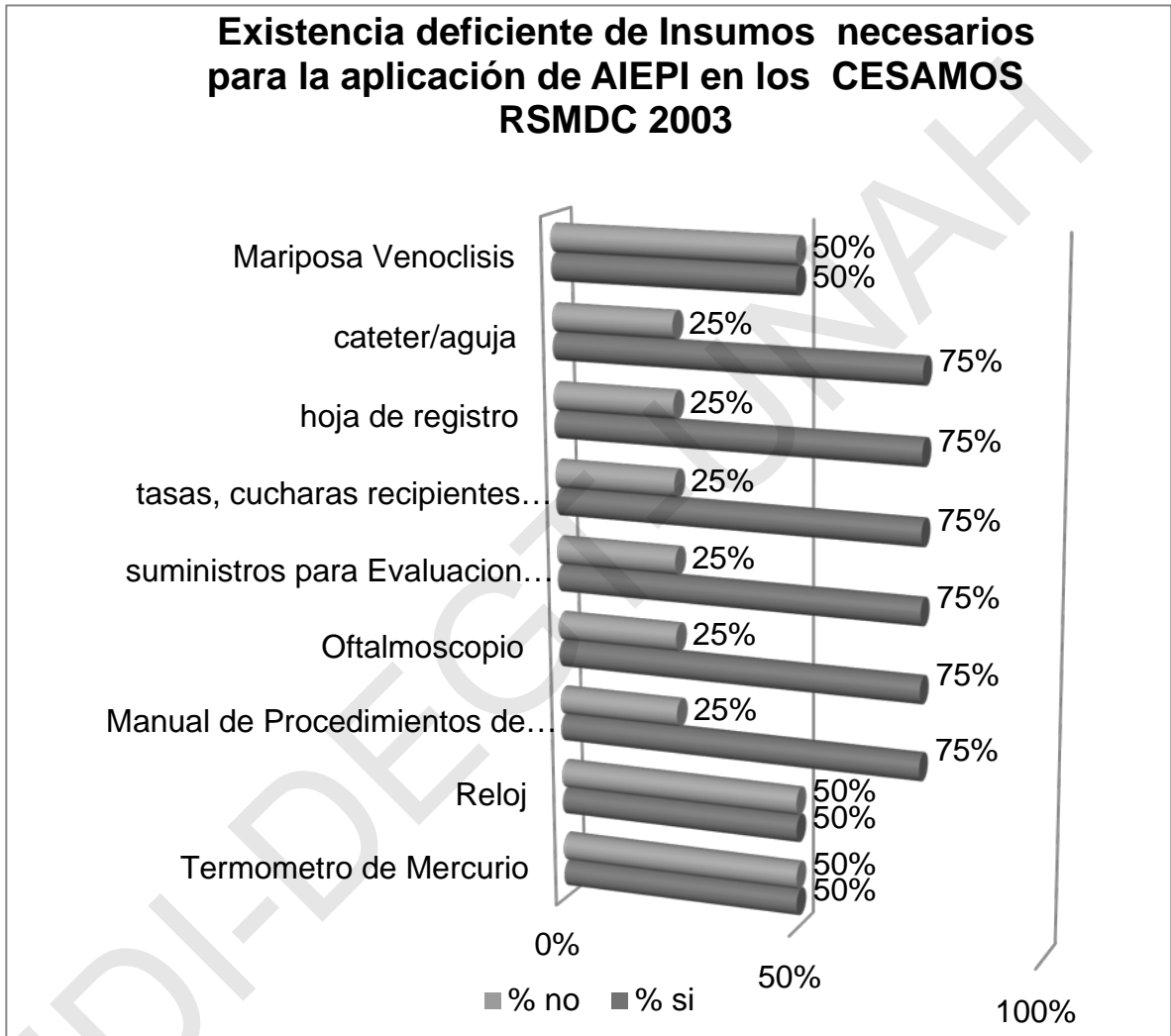
Pacientes de 2 meses a 4 años de edad.

Cesamo	San Miguel	Fecha	23/10/2003
Medico	Wáner	Nombre del Paciente	Carlos Francisco Carbajal
Es la primera vez en consulta		Edad	2 años
		Expediente #	13088

<p>Componentes de Atención</p> <p>Atiende cortésmente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Verifica edad <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Pesaron niño <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Valor de Peso Kilogramos <input type="text"/></p> <p>Tomó Temperatura <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Grados de Temperatura <input type="text"/></p> <p>Preguntó que problemas tiene niño <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Verifica si es consulta inicial o control <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Signos de Peligro</p> <p>Puede Beber o tomar el pecho <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Vomita todo lo que ingiere <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Tiene Convulsiones <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Verifica si está letárgico o inconsciente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Tos o Dificultad Respiratoria</p> <p>Toma frecuencia respiratoria <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Cuanto tiempo hace? <input type="text"/></p> <p>Se cuentan respiraciones / minutos <input type="text"/></p> <p>Respiración rápida <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Tiraje subcostal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se escucha estridor <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se escucha sibilancias <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se Investiga Desarrollo</p> <p>Alteración por situación de base <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Ausencia de un logro que debería estar cumplido <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Verifica Antecedentes de Vacunación</p> <p>En la consulta verificó tarjeta del niño <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Orientación y Consejería</p> <p>Se explica cuándo volver a control <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Se explica cuándo volver a seguimiento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Se explica necesidad de continuar alimentación <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Se explica a la madre el problema del niño <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Se explica cuándo volver de inmediato <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Se explican medidas preventivas <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Se aconseja estimulación y buen trato <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Se hace preguntas de verificación <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Se pregunta sobre salud madre <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Se explica cómo administrar el tratamiento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p>	<p>Diarrea</p> <p>¿Cuánto tiempo hace? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Sangre en heces? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Letárgico/Inconsciente? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Inquieto / Irritable? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Ojos hundidos? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Signo pliegue cutáneo? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Ofreció líquidos al niño <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Problemas de Oído</p> <p>Evaluó dolor de oído <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Supuración de oído <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Cuanto tiempo hace <input type="text"/></p> <p>Determinar supuración <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Tumefacción detrás de la oreja <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Dolor de Garganta</p> <p>Evaluó <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Dolor de garganta <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Ganglios cuello doloroso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Estudado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Garganta enrojecida <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Uso de Instrumentos</p> <p>En la consulta usó cuadro de procedimientos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>En la consulta usó hoja de evaluación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Revisión de Expediente</p> <p>Expedientes revisados con hojas de evaluación - Evaluar Completo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Expedientes revisados con hojas de evaluación - Clasificar Completo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Expedientes revisados con hojas de evaluación - Tratar Completo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Expedientes revisados con hojas de evaluación - Aconsejar Completo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Expedientes revisados sin hojas de evaluación - Evaluar Completo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Expedientes revisados sin hojas de evaluación - Clasificar Completo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Expedientes revisados sin hojas de evaluación - Tratar Completo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Expedientes revisados sin hojas de evaluación - Aconsejar Completo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Diagnostico</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<p>Fiebre</p> <p>Evaluó <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Determina zona malarica /dengue <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Cuánto tiempo con fiebre? <input type="text"/></p> <p>Rigidez nuca <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Petequias /Equimosis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Hemorragia gingival <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Erupción maculo papular generalizada <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Tos, coiza, ojos enrojecidos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Anemia</p> <p>Se investiga Anemia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Palidez, palmar leve <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Palidez, palmar intensa <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>Se investiga Crecimiento</p> <p>Emaciación visible <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Edema ambos pies <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se evalúa Alimentación</p> <p>Evaluó Alimentación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Alimentación</p> <p>Evaluó Alimentación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>cereales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>verduras <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>frutas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>lacteos <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>carnes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>sopas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se comparo peso / curva crecimiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Ganancia peso inadecuado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Durante la alimentación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Cambiado la alimentación al niño <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Antecedentes Perinatales</p> <p>Evaluó Parto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Parto atendido en: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Institucion</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Domiciliar</p> <p>Parto Atendido por <input type="text"/></p> <p>Patología</p> <p>Patología <input type="text"/></p> <p>Embarazo <input type="text"/></p> <p>Parto <input type="text"/></p> <p>Puerperio <input type="text"/></p> <p>Familia</p> <p>Madre <input type="text"/></p> <p>Padre <input type="text"/></p> <p>Hermano <input type="text"/></p> <p>Evaluó Estado Civil <input type="text"/></p> <p>Estado civil <input type="text"/></p> <p>Evaluó Trabajo de la madre <input type="text"/></p> <p>Trabajo la madre <input type="text"/></p> <p>Evaluó Escolaridad <input type="text"/></p> <p>Escolaridad Madre <input type="text"/></p> <p>Escolaridad Padre <input type="text"/></p>
--	---	---

Para salir del formulario oprima el botón

Anexo 2



Anexo 3

Formulario de 2 meses a 4 años edad

Historia Clínica | Vacunas, Suplementos y Alimentos | Consultas

N expediente: nombre: apellido:

Padre: madre: N listado:

N identidad: domicilio: establecimiento:

Sexo: fecha nacimiento:

Tipo
 Observación Registro No Consignado

ANTECEDENTES PERINATALES

NACIMIENTO
 Instituto Domicilio Otro No

ATENDIDO POR
 Médico Enfermera Partera Otro No Cons.

Patología emb. parto y puerperio
 No Si No cons.

Edad gestac. al nacer: Sem. Sem. menor de 2500g.

Peso al nacer: gr.

Tala: cms. Per. Cef.: cms.

1er Minuto: 5 Minutos: Deprimido Reanimación

FAMILIA

Integrantes del Hogar
 Madre Hermanos vivos: Otros:

Hermanos < de 5 años muertos: Causa:

Intervalo Intergenésico
 - 24 mese + 24 meses = 24 meses No cons.

Datos Madre: Años

Estado Civil
 Casada Libre Soltera Otra No Cons.

Trabajo remunerado Horas fuera de la casa:

En esas hrs. el cuidado del niño es:
 Adecuado Inadecuado No Cons.

PATOLOGÍAS RN

ninguno Mem hial apneas infección
 sífilis otros hemorragia neurológ
 otras otros sdr hiperbil anom

Alfabeto(a): Madre Padre

Años Aprobados: Menor de 5 años:

VIVIENDA
 piso de tierra Dentro del hogar Fuera del hogar No Cons.

EXCRETAS
 Servicio sanitario Letrina Otro No Cons.

Anexo 4

ENCUESTA A LA MADRE O TUTOR DEL MENOR DE 5 AÑOS				
CALIDAD DE LA ATENCIÓN				
Le haré algunas preguntas respecto a la forma en que la atendieron en el Centro de Salud				
Y tomaré algunos datos generales para validar la información.				
Nombre del Niño:				
Edad del Niño:				
Nombre de la madre:				
Número de expediente:				
Dirección actual o permanente				
INICIO DE LA CONSULTA				
¿Fue llamada por el personal de salud para entrar al consultorio?				
¿Fue llamada por el personal de salud que atiende la consulta?				
¿Fue llamada por el personal de salud por el nombre y apellido del niño?				
¿Fue llamada por el personal de salud por el número de expediente?				
¿Fue amable la forma en que la madre fue llamada?				
Me puede decir:				
El nombre del Médico que la atendió:				
Hace ¿Cuánto Tiempo salió de la consulta?:				
CONSULTA				
Me puede decir:	SI	NO	En parte	NS/NR
1. ¿Quién la atendió durante la consulta?	1	2	3	4
Médico especialista	1	2	3	4
· Médico general	1	2	3	4
· Enfermera	1	2	3	4
· Enfermera auxiliar	1	2	3	4
· Otro. Especificar	1	2	3	4
2. La persona que la atendió en la consulta era:	1	2	3	4
· Hombre	1	2	3	4
· Mujer	1	2	3	4
3. ¿Saludó el médico a la madre al entrar al consultorio?	1	2	3	4

	SI	NO	En parte	NS/NR
4. ¿Hizo preguntas generales para iniciar la conversación?	1	2	3	4
5. ¿Preguntó el médico el nombre y apellido del niño?	1	2	3	4
6. ¿Le preguntaron la edad del niño	1	2	3	4
7. ¿Le preguntaron dónde vive?	1	2	3	4
8. ¿Preguntó el médico por qué trajo al niño?	1	2	3	4
9. Menciona durante la consulta al niño por su nombre?	1	2	3	4
10. ¿Le explicó la evaluación que realizaría?	1	2	3	4
11. ¿Le explicó que debía revisar al niño?	1	2	3	4
12. ¿Le explicó lo que hacía al revisar al niño?	1	2	3	4
13. ¿Aprovechó para mostrarle signos o detalles a observar?	1	2	3	4
14. ¿Le pidió el carné de vacunación del niño?	1	2	3	4
15. ¿Tiene el carné de vacunación del niño?	1	2	3	4
17. ¿Están las vacunas al día?	1	2	3	4
18. ¿Le pidió el carné de Control de Crecimiento del niño?	1	2	3	4
19. ¿Tiene el carné de Control de Crecimiento del niño?	1	2	3	4
20. Pídale a la madre que le muestre el carné ¿Tiene el niño los controles adecuados?	1	2	3	4

Estado nutricional	SI	NO	En parte	NS/NR
Peso _____ Talla : _____ Edad _____				
21. ¿La persona que la atendió le explicó lo que tenía el niño (o le dio explicaciones sobre el tema de su consulta)?	1	2	3	4
22. ¿Qué le dijo que tenía? _____				
Le explicó si tiene:	SI	NO	En parte	NS/NR
Tos	1	2	3	4
Diarrea	1	2	3	4
Problema de Oído	1	2	3	4
Problema de Garganta	1	2	3	4
Fiebre	1	2	3	4
Problema de Crecimiento	1	2	3	4
Problema de Alimentación	1	2	3	4
Otros Problemas:	1	2	3	4
25. ¿La persona que la atendió la escuchó y le respondió todas sus preguntas?	1	2	3	4
26. ¿Con qué dudas se quedó?	1	2	3	4
27. ¿Por qué no preguntó sus dudas al personal de salud?				
28. ¿La persona que la atendió le explicó el tratamiento que tenía que dar al niño?	1	2	3	4

	SI	NO	En parte	NS/NR
29. ¿Qué tratamiento le dijo que tenía que dar al niño?				
30.¿Le explicaron algo acerca de los medicamentos y como usarlos? (Leer opciones)				
Le explicaron en detalle	1	2	3	4
Parcialmente	1	2	3	4
Le explicaron pero no entendió	1	2	3	4
Nada	1	2	3	4
NS/NR	1	2	3	4
¿Qué tipo de alimentación debe recibir el niño?				
Lactancia materna	1	2	3	4
Otras Leches	1	2	3	4
Cereales	1	2	3	4
Frutas	1	2	3	4
Carnes	1	2	3	4
Verduras	1	2	3	4
Sopas	1	2	3	4
NS/NR	1	2	3	4
31. ¿Le explicaron acerca de los alimentos que debe dar en caso de enfermedad?	1	2	3	4
Solo Líquidos	1	2	3	4
Comidas blandas	1	2	3	4
Todo tipo de Alimentos	1	2	3	4
No determinado tipo de alimentos	1	2	3	4
Ningún tipo de alimentos	1	2	3	4
NS/NR	1	2	3	4
31. ¿Encontró en la farmacia de este centro los medicamentos que le recetaron?	1	2	3	4
32. Le indicaron exámenes de laboratorio?	1	2	3	4

	SI	NO	En parte	NS/NR
33. ¿Le explicaron para qué son los exámenes de laboratorio?	1	2	3	4
34. ¿Puede hacérselos aquí en el centro de salud?	1	2	3	4
35. ¿Le explicaron cuándo debe regresar al Centro de salud?	1	2	3	4
Control de Crecimiento y Desarrollo	1	2	3	4
Seguimiento de la enfermedad	1	2	3	4
Inmediatamente	1	2	3	4
NS/NR	1	2	3	4
36. ¿Cuándo debe regresar Inmediatamente al Centro de salud?	1	2	3	4
Días				
37. ¿Cuándo debe regresar a seguimiento de la enfermedad?				
38. ¿Cuándo debe ir al Hospital?	1	2	3	4
39. ¿Quién la atendió?				
¿Le dió recomendaciones o consejos para cuidar la salud del niño respecto al motivo de su consulta?	1	2	3	4
40. En su opinión como fue el trato que recibió por parte de la persona que la atendió en la consulta? (Leer opciones)				
Excelente				
Bueno				
Regular				
Malo				
NS/NR				
41. ¿Por qué tiene esa opinión?				

42. ¿Usted cree que la atención que recibió la ayudará a resolver el problema o situación por el que vino a consulta?				
1. Sí				
2. No				
43. ¿Por qué no?				

44. ¿Me podría decir cuánto tiempo duró la consulta (tiempo que estuvo en la clínica)?
_____ Minutos
45. Mientras estaba en la consulta ¿cuántas veces entró o salió alguien de la clínica?
_____ Veces
46. ¿Considerando a todas las personas que la atendieron desde que llegó hasta que salió del centro como siente usted que la trataron en su visita el día de hoy? (Leer opciones)
• Excelente
• Bien
• Regular
• Mal
• NS/NR
47. ¿Me puede decir cuánto tiempo estuvo en el centro de salud (desde que llegó hasta ahora que sale)?
_____ horas
_____ minutos
48. ¿Si una amiga suya necesitara los servicios por los que visitó el centro el día de hoy, le recomendaría venir?
Sí
No
• NS/NR
49. ¿Qué sugerencias haría para mejorar el servicio de este centro de salud?

Anexo 5

(1)

ENTREVISTA AL PERSONAL DE SALUD APLICANDO LA ESTRATEGIA AIEPI.

CESAMO ALONSO SUAZO
MÉDICO ENTREVISTADO GUSTAVO MACHADO

LABORA POR: ACUERDO CONTRATO _____
JORNADA: MATUTINA VESPERTINA _____
FECHA DE ENTREVISTA: 21-1-08 _____

1. ¿APLICA DE FORMA HABITUAL LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AIEPI EN LA CONSULTA?
Si todos los días se aplica en el centro de salud
2. ¿HA RECIBIDO CAPACITACIÓN EN AIEPI?
Hace 6 años me capacitaron en AIEPI
3. ¿SE LE HA VISITADO PARA DARLE SEGUIMIENTO DESPUÉS DE LA CAPACITACIÓN?
Nunca
4. ¿CUENTA SU CENTRO DE SALUD CON LA PAPELERÍA ADECUADA PARA LA APLICACIÓN DE AIEPI?
Con la papelería sí
5. ¿CUÁLES CREE QUE HAN SIDO LOS PRINCIPALES LOGROS CON LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI?
Diagnóstico oportuno
6. CONSIDERA QUE A TRAVÉS DE LA ESTRATEGIA, AIEPI SE OPERATIVIZA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD; ES DECIR FORTALECE:
 - 6.1 ¿COMPORTAMIENTOS SALUDABLES? Si en el trato con la madre del niño y en el momento de la nueva cita
 - 6.2 ¿COMUNICACIÓN? También, la comunicación con la mamá, es mas fácil, entenderse con la madre con la estrategia AIEPI, las cosas son muy concretas, la respuesta de la madre más específica, y AIEPI entre más grave esté un niño, más fácil es el diagnóstico y más rápido el tratamiento.
 - 6.3 ¿EDUCACIÓN EN SALUD? Para el paciente y para uno de médico es más fácil el entendimiento por lo concreto que es AIEPI.
¿CUÁNDO USTED DICE CONCRETO A QUÉ SE REFIERE? A las Preguntas básicas para captar una enfermedad que adolecen los niños y dar tratamiento específico que hay para cada diagnóstico en AIEPI.
 - 6.4 ¿CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA? Pues es difícil, yo no he notado quizás ninguna mejoría, porque las madres siempre siguen viniendo por una gripita que pueden tratar en la casa, siempre siguen con problemas para detectar enfermedades como Neumonía y de repente no le prestan mucha atención al diagnóstico como Neumonía que puede ser mortal
7. ¿IDENTIFICA RIESGOS EN LA SALUD INFANTIL?
Si se identifican, generalmente con crecimiento y desarrollo, y retraso; y también poner riesgos inmediatos para la salud del niño
8. ¿DEFINE QUE A TRAVÉS DE LA ESTRATEGIA PUEDE EVITAR EFECTOS NO DESEADOS EN LA SALUD DEL NIÑO?
En ciertos casos sí, podría decirlo, pero en generalidad la generalidad no porque generalmente AIEPI esta hecho para detectar problemas que vemos diariamente pero ya para detectar algo específico ya queda a criterio del medico si es acucioso, no por la estrategia en si

ENTREVISTA AL PERSONAL DE SALUD APLICANDO LA ESTRATEGIA AIEPI

CESAMO ALONSO SUAZO

MÉDICO ENTREVISTADO GUSTAVO MACHADO

LABORA POR: ACUERDO

CONTRATO

JORNADA: MATUTINA

VESPERTINA

FECHA DE ENTREVISTA: 21-1-08

9. ¿PERMITE AIEPI UN MEJOR SEGUIMIENTO EN EL ESTADO DE SALUD DEL NIÑO?
Si permite porque se le da cita al paciente, uno tiene ya el antecedente del paciente y los datos quedan completamente en la hoja de atención, si permite darle el seguimiento.

10. ¿QUÉ OPINA SOBRE LO ESTABLECIDO EN LA NORMA Y EL DESEMPEÑO REAL?
Hay bastantes diferencias sobre todo en el desempeño real, porque no se cumplen muchas normas que supuestamente AIEPI se normatizó en los centros de salud.

¿Cómo cuáles considera usted que no.....? Por ejemplo vaya la estación que debe haber para atender un niño, por fiebre o algo así, problemas en este centro de salud no hay, se conoce la estrategia pero no hay para un niño en esa situación y en la realidad de repente hasta medicamento falta de repente el traslado para un niño, a un hospital se vuelve difícil, pero en la realidad AIEPI ya es un poco difícil aplicarla

11. ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES DIFICULTADES O LIMITACIONES PARA APLICAR AIEPI EN LA CONSULTA?

Uno la limitación de la madre para entender el problema, a veces niños con un refrió común que se puede tratar en la casa la madre quiere de todo medicamento.

Dos podría ser la explicación que puede dar la madre con respecto a la enfermedad que trae el niño y tres de repente la limitación de medicamento que puede existir en determinado momento

12. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA APLICACIÓN DE AIEPI

DESVENTAJAS:

Puede manipular al médico a ser específico en determinada enfermedad, El seguimiento no se da siempre por el médico que vio al paciente por fuera.

VENTAJAS:

Evaluación del paciente por enfermedad, Diagnóstico rápido, Referencia rápida si se necesita, Tratamiento oportuno, Seguimiento oportuno

Anexo 6

INSTRUMENTO # 3

Revisión de instalaciones: Espacio, equipo y medicamentos.

Cesamo

Fecha

Prescritiva

Balanza Pediátrica

Balanza de Adultos

Termómetro de Mercurio

Tallmetro o Carcabón

Consultorio

Mesa

Sillas para el Paciente y el médico

Rejil

Manual de Procedimientos de AIEPI

Hojas de recolección de Información

Equipo médico necesario: foco, baja lengua, Oftalmoscopio

Suministros para evaluación (vaso, cuchara)

Terapia de Hidratación Oral

Mesas

Sillas

Estufa

Agua Hervida

Tasas, cucharas, recipientes

Hojas de registros

Terapia de Hidratación Parenteral

Catéter/agujas

Mariposas, venoclisis

Agujas y jeringas descartables

Espacio y Equipo

Espacio para Nebulizaciones

Nebulizador

Espaciador de Volumen

Suero Fisiológico

Broncodilatador solución para

Espacio para Inmunizaciones

Vacunas

Aguas y jeringas descartables vacuna

Refrigeradoras y termos

Termómetros para control de temperatura en la refrigeradora

Registro de temperatura de la refrigeradora

Tarjetas de vacunación en blanco y libro de registro

Medicamentos, Insumos y Equipo

Cuadro básico incluye 28 productos

Medicamentos Disponibles

12 Medicamentos Disponibles

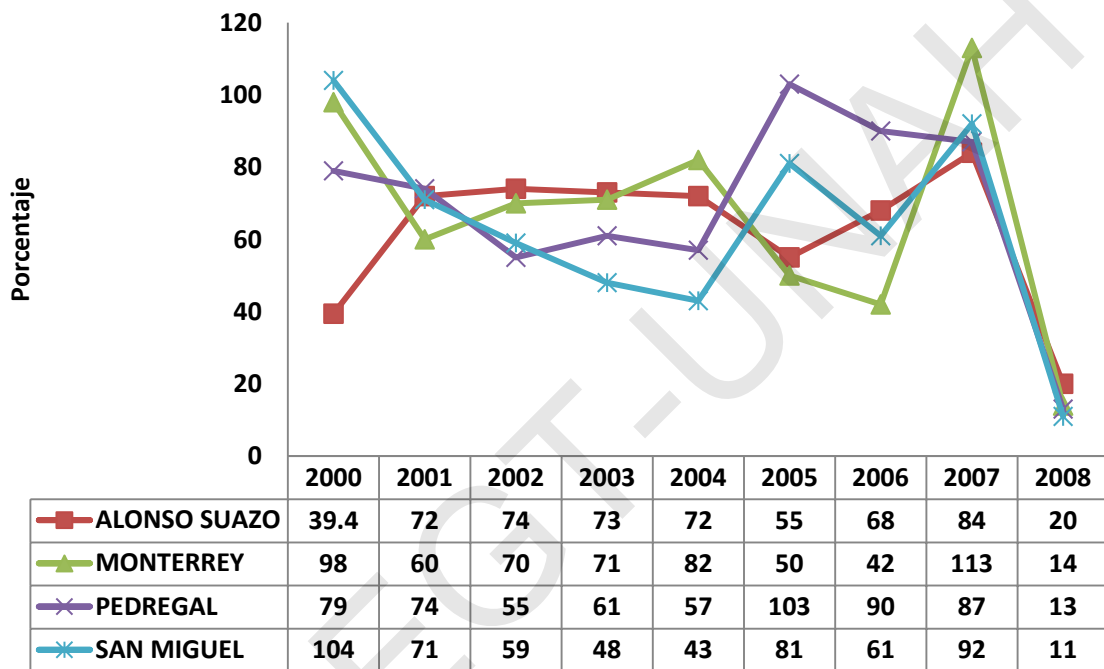
4 Medicamentos Disponibles

3 Medicamentos Disponibles

Medicamento	Presentación	Concentración	Existencias
Trimetropin / sulfametoxazol	Frasco	40mg/200mg	<input type="text" value="1"/>
Amoxicilina	Frasco	250mg/5ml	<input type="text" value="2"/>
Tetraciclina	Frasco	250 mg.	<input type="text" value="1"/>
Ampicilina	Frasco	250mg/5ml	<input type="text" value="3"/>
Eritromicina	Frasco	250mg/5ml	<input type="text" value="1"/>
Salbutamol para nebulizar	Frasco	5 mg / 5 ml	<input type="text" value="1"/>
Salbutamol Sol. Oral	Frasco	2 mg / 5ml	<input type="text" value="2"/>
Salbutamol Inhalador	Frasco		<input type="text" value="2"/>
Teofilina	Frasco	80mg / 5 ml	<input type="text" value="3"/>
Acetaminofén	Frasco	120 mg / 5 ml	<input type="text" value="3"/>
Acetaminofén	Frasco Gotero	100 mg/ ml	<input type="text" value="1"/>
Mebendazol	Frasco	20 mg / ml	<input type="text" value="11"/>
Piperazina	Frasco		<input type="text" value="2"/>
Sulfato Ferroso	Frasco Gotero	125 mg /ml	<input type="text" value="2"/>
Sulfato Ferroso	Tabletas	300 mg	<input type="text" value="3"/>
Cloroquina	Tabletas	150 mg	<input type="text" value="3"/>
Primaquina	Tabletas	5 mg	<input type="text" value="4"/>
Gentamicina	Ampollas	40 mg / ml	<input type="text" value="4"/>
SRO	Sobres	500 ml	<input type="text" value="5"/>
Lactato Ringer	Bolsas		<input type="text" value="5"/>
Multivitaminas pediátricas	Cápsulas	Hierro/A. Fólico	<input type="text" value="1"/>
Ácido Nalidixico			<input type="text" value="1"/>
Penicilina procainica			<input type="text" value="2"/>
Cloranfenicol			<input type="text" value="2"/>
Oxitetraciclina Oftálmica			<input type="text" value="3"/>
Penicilina Benzetinica			<input type="text" value="2"/>
Vitamina A			<input type="text" value="0"/>
Solución Salina Normal			<input type="text" value="0"/>

Para salir del formulario oprima el botón

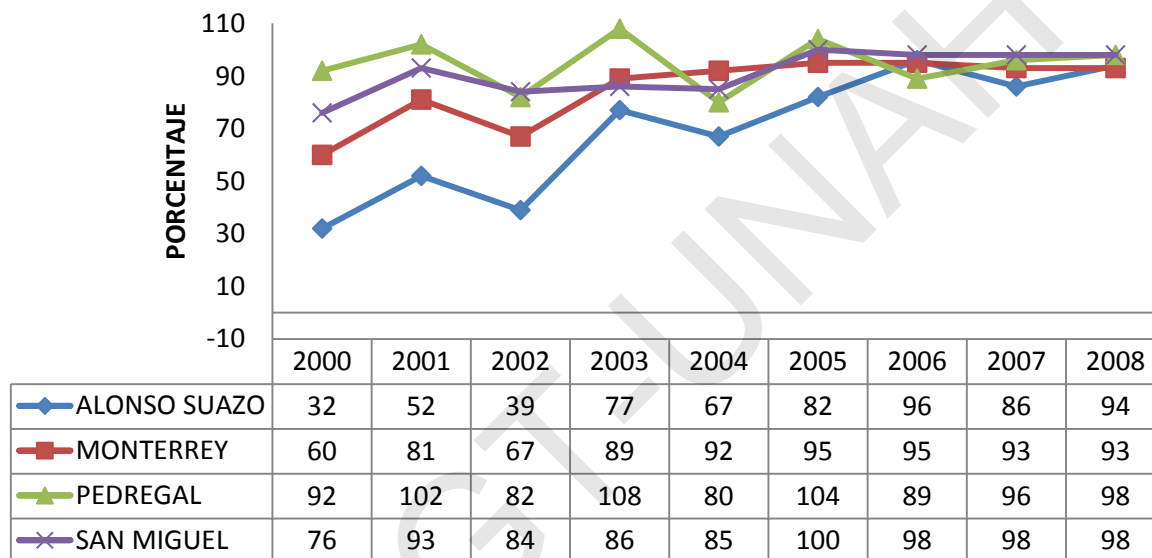
Anexo 7 Gráfico 1 Cobertura vacunación en < 1 año BCG RSMDC 2000-2008



Fuente anuario estadístico de la RSMDC 2000 – 2008

En 1964 se inicia la aplicación de vacuna Sabin a través de campañas esporádicas, de 1970 a 1978 dos veces al año en campaña de multivacunación. Desde 1979 como Programa Ampliado de Inmunizaciones y en el período que incluye la investigación 2000- 2008 la cobertura es fluctuante en todos los Centros de Salud.

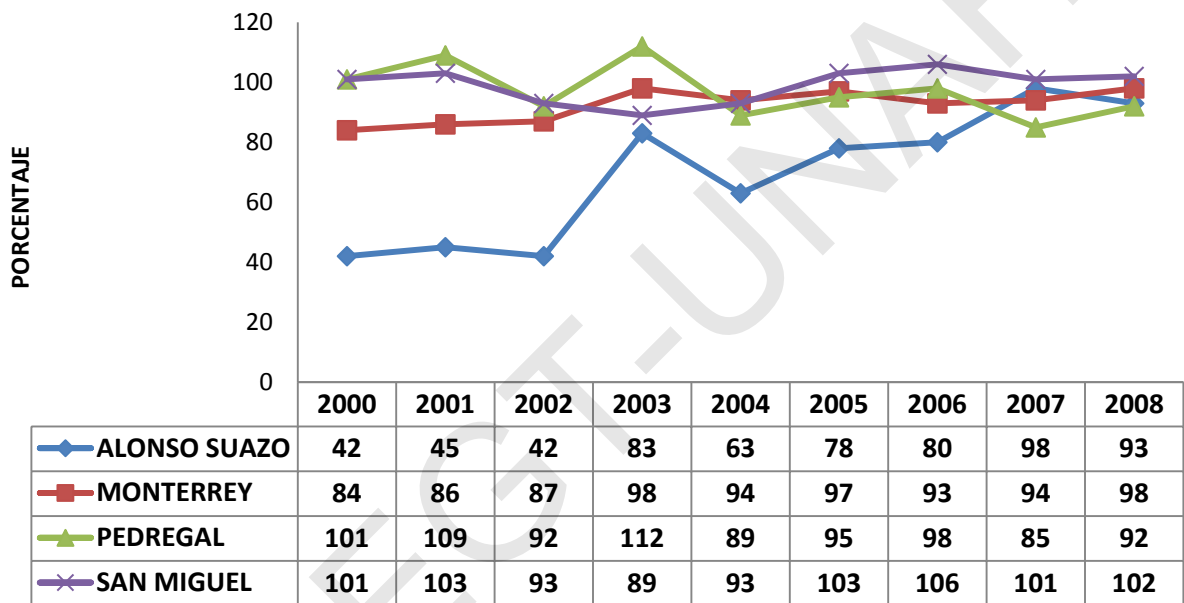
Anexo 8 Gráfico 2 Cobertura de sabin y pentavalente en < 1 año RSM D.C
2000-2008



Fuente anuario estadístico de la RSMDC 2000 – 2008.

La cobertura de Sabin oficialmente en el Programa de Inmunizaciones inicia en 1979 y de Pentavalente (DPT-HepB-Hib) en el año 2000 para la población menor de un año. En el Centro de Salud Alonso Suazo se observa una cobertura menor en el período comprendido del 2000 al 2002 que ocurre porque la cobertura de la población del área residencial la proporcionan las clínicas privadas o las clínicas periféricas de emergencia. Del 2003 al 2008 se muestra una tendencia ascendente en las coberturas de vacunación.

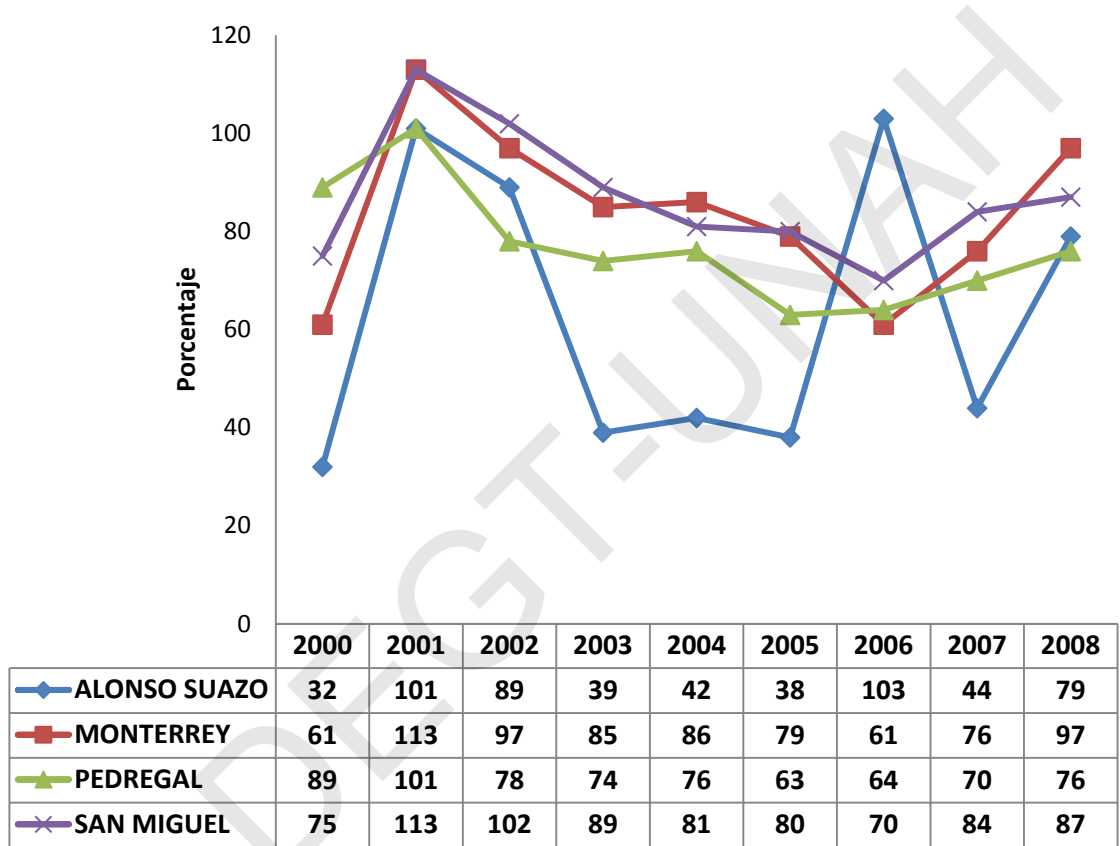
Anexo 9 Gráfico 3 Cobertura vacunación SRP 12-23 meses RSMDC
2000-2008



Fuente anuario estadístico de la RSMDC 2000 – 2008

En el año 1997, se incorpora la vacuna de Sarampión, Rubeola y Parotiditis (SRP) a nuestro esquema nacional de vacunación para la población menor de dos años. Entre los años 2000 al 2008 el 75% de las Unidades de Salud en estudio muestran una ejecución mayor al 83% desde el año 2003 con una tendencia ascendente al 2008.

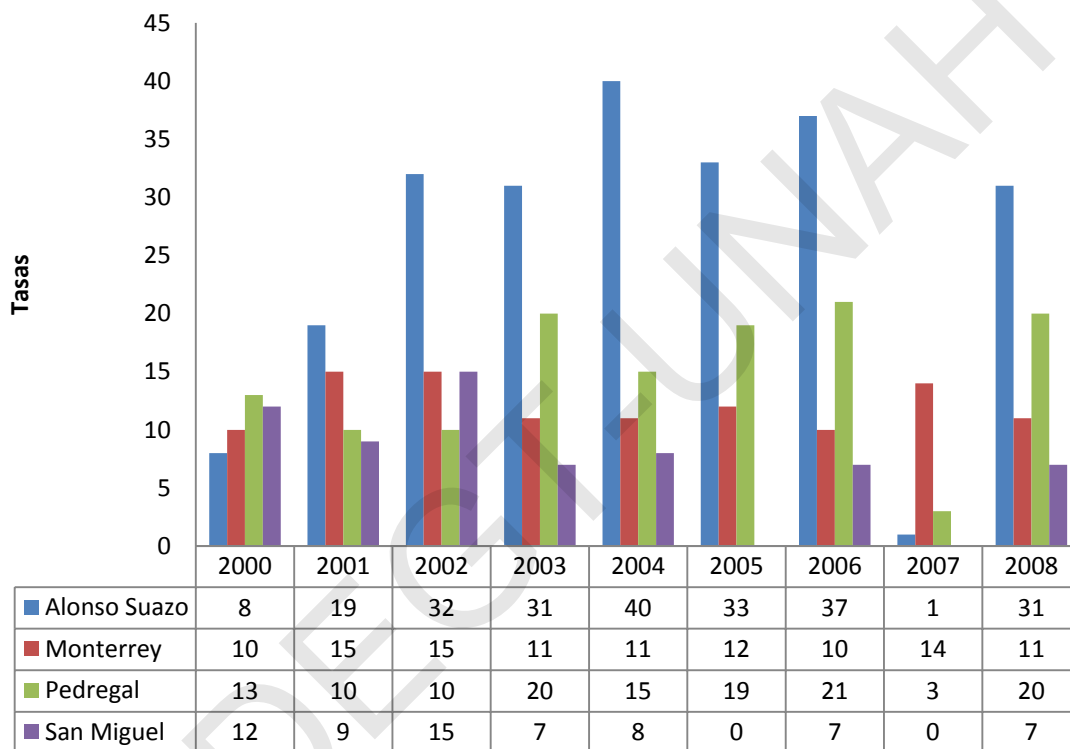
Anexo 10 Gráfico 4 Cobertura vacunación DPT 2do. Refuerzo RSMD.C
2000-2008



Fuente anuario estadístico de la RSMDC 2000 – 2008

La Unidad de Salud San Miguel alcanzó mayor cobertura en la aplicación del 2do. refuerzo de DPT en la población menor de cinco años en relación al Alonso Suazo, Monterrey y El Pedregal en los años 2000 al 2008.

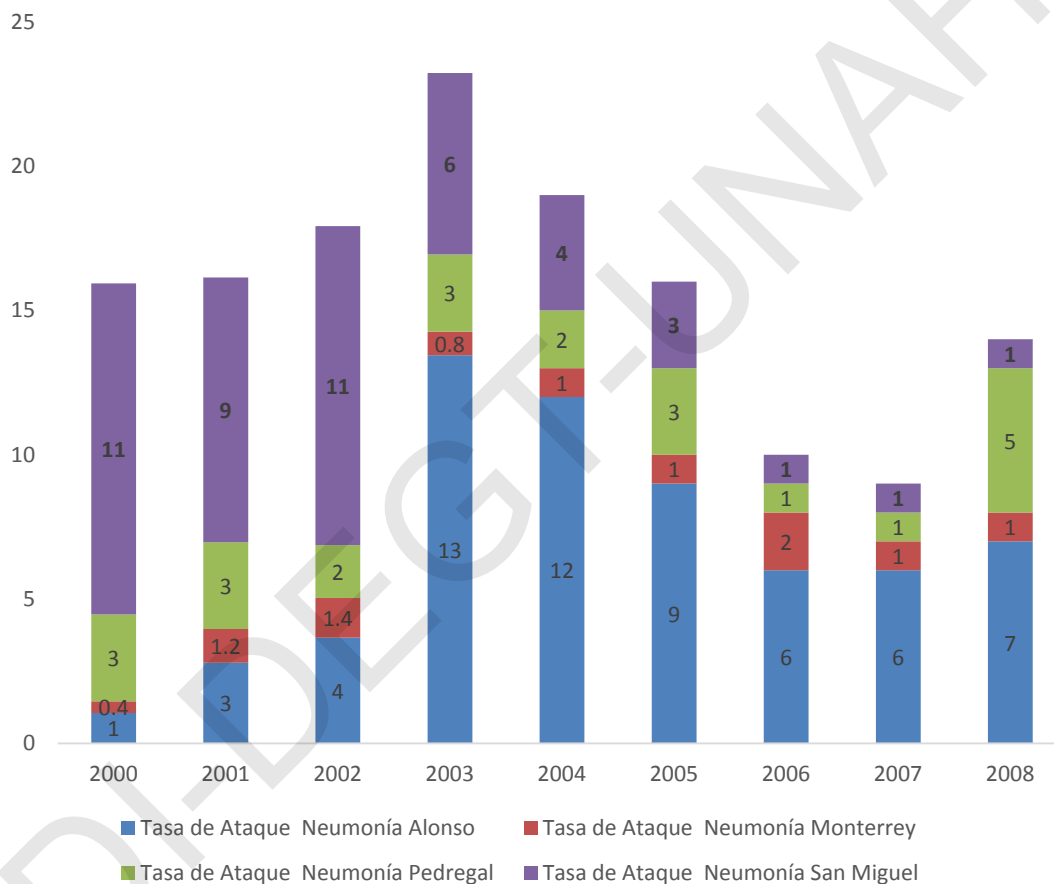
Anexo 11 Gráfico 5 Tasa de ataque por Diarrea RSMDC 2000 - 2008



Fuente anuario estadístico de la RSMDC 2000 – 2008

Los CESAMOS que atendieron una mayor cantidad de menores de cinco años afectados por diarrea fueron el Alonso Suazo y El Pedregal con un repunte de casos en el 2004 y 2006 respectivamente.

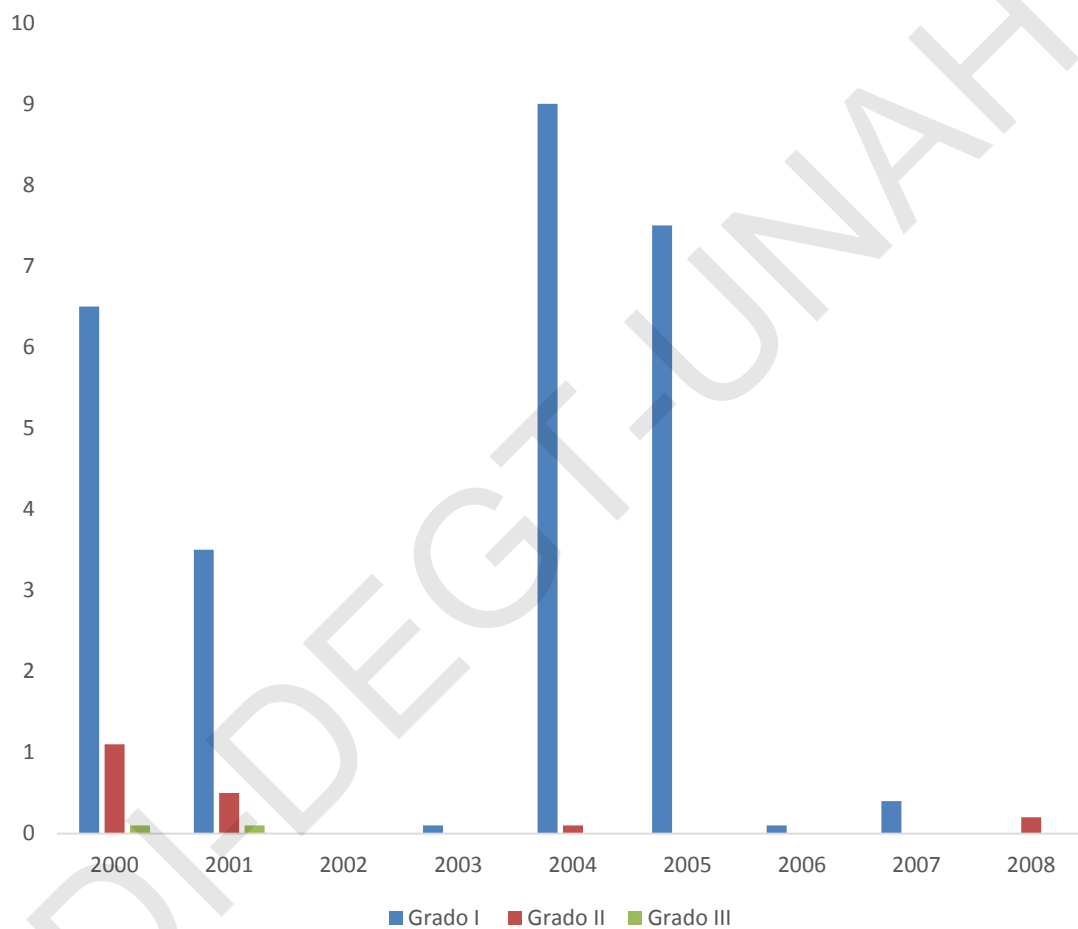
Anexo 12 Gráfico 6 Tasa de Ataque Neumonía RSMDC 2000-2008



Fuente : Anuario estadístico de la RSMDC 2000 – 2008

Las tasas de ataque por neumonía muestran que la propagación de la neumonía en la Región de Salud Metropolitana del Distrito Central fue mayor en la población que asistió a la Unidad de Salud San Miguel en los años 2000 al 2002, y en la atendida en el Alonso Suazo del 2003 al 2008.

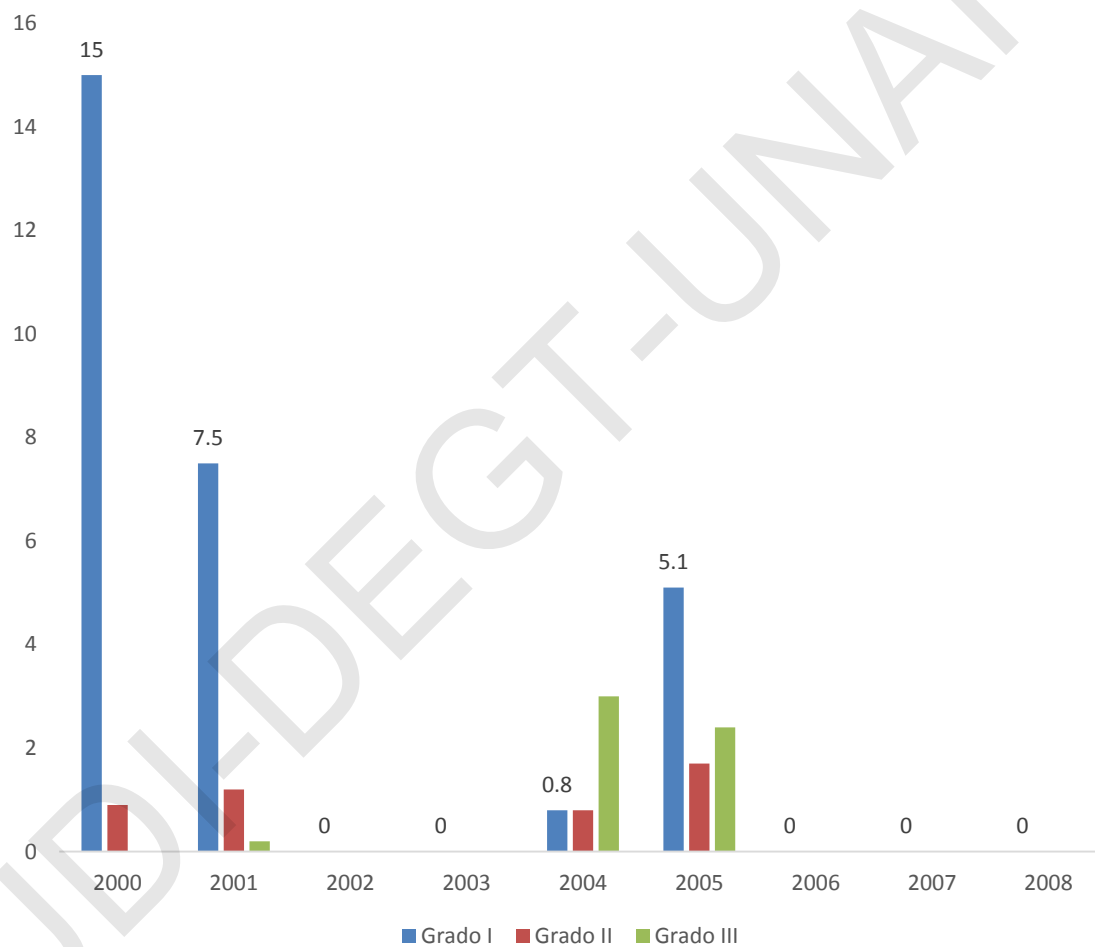
Anexo 13 Gráfico 7 Desnutrición Grados I,II,III. US Alonso Suazo 2000 - 2008



Fuente: Anuario estadístico RSMDC 2000 - 2008

En el Establecimiento de salud Alonso Suazo se encontró una alta tasa de desnutrición grado I en los años 2000, 2004 y 2005 y desnutrición grado los años 2000 y 2001 disminuyendo la incidencia en los años posteriores.

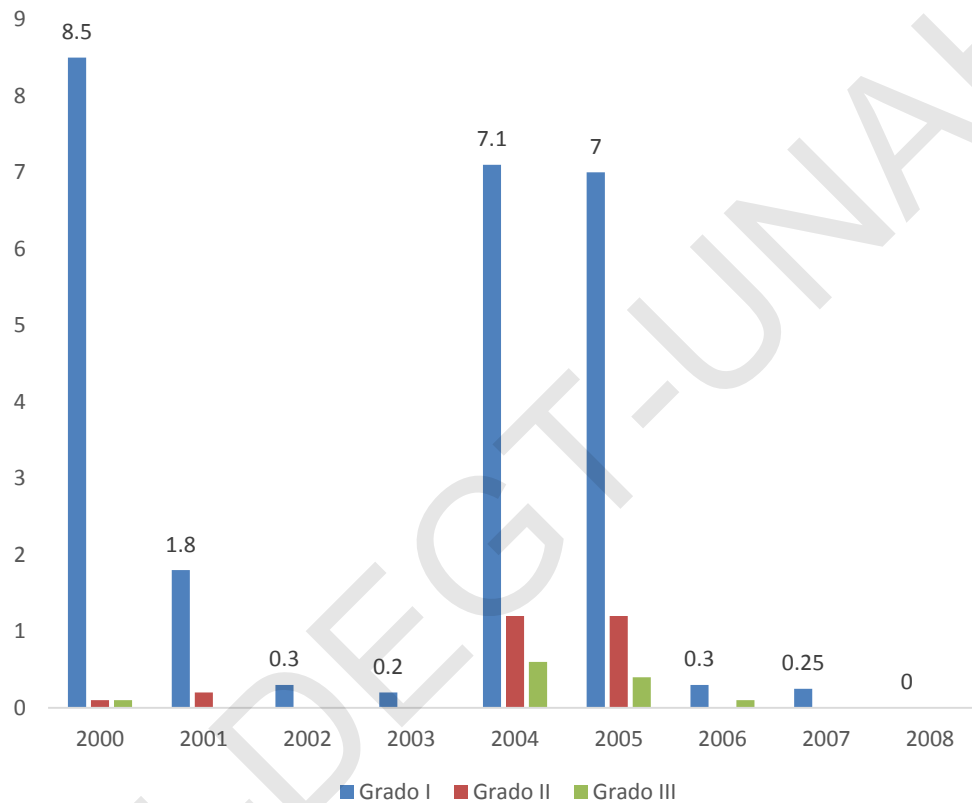
Anexo 14 Gráfico 8 Desnutrición Grados I,II,III. Unidad de Salud San Miguel 2000 - 2008



Fuente Anuario estadístico de la RSMDC 2000 – 2008

En el Centro de Salud San Miguel muestra una tasa de desnutrición grado I en los años 2000,2001 y 2005 con tendencia decreciente y descenso de 9.9 puntos; sin reporte de casos del 2006 al 2008.

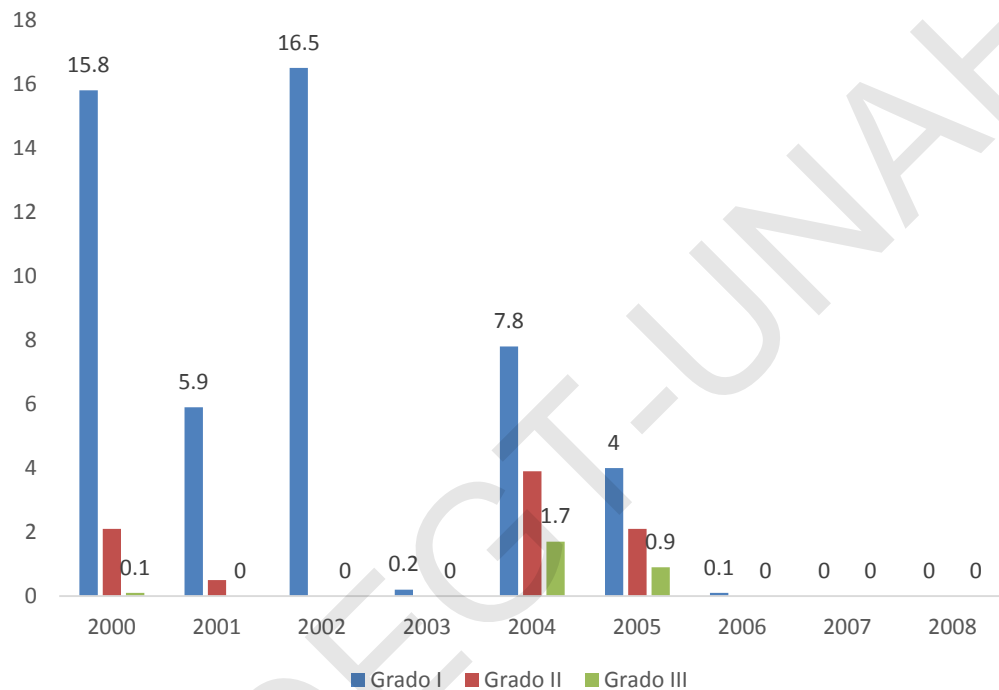
Anexo 15 Gráfico 9 Desnutrición Grados I,II,III. Monterrey 2000 - 2008



Fuente anuario estadístico de la RSMDC 2000 - 2008

Tendencia decreciente de la tasa de desnutrición GI del 2000 al 2003 descenso de 8.3 puntos; aumento de 7 puntos en los años 2004-2005, hasta no reportarse ningún caso en el 2008.

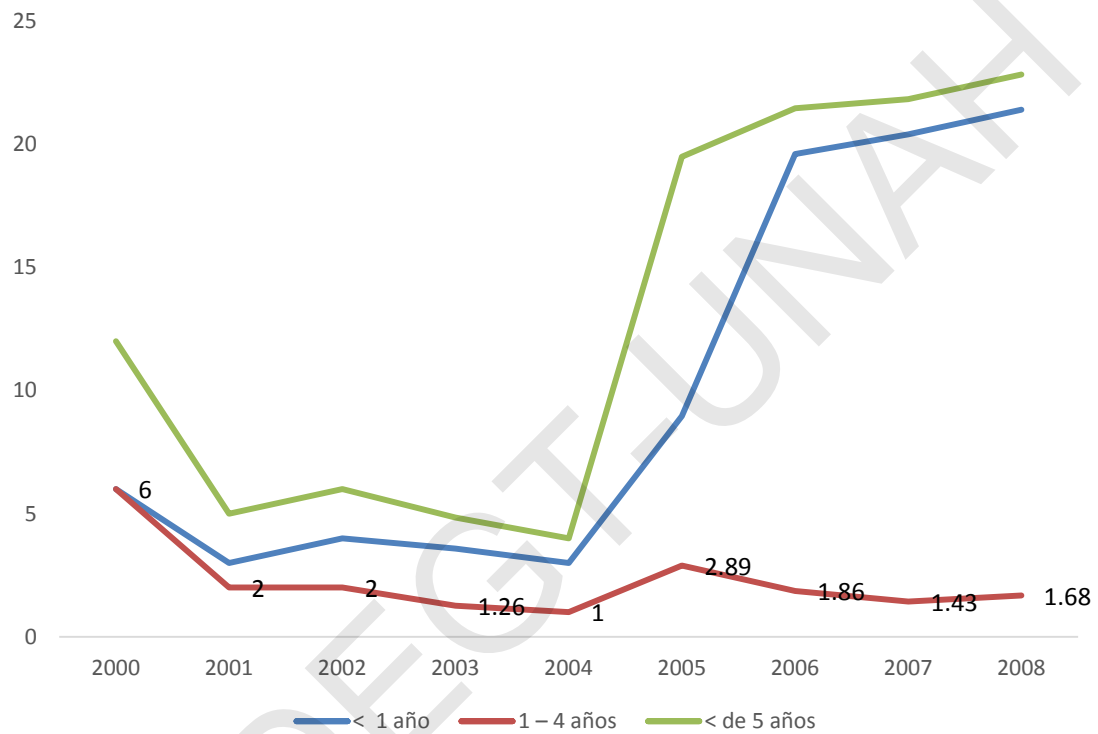
Anexo 16 Gráfico 10 Desnutrición Grados I,II,III. El Pedregal 2000 - 2008



Fuente anuario estadístico de la RSMDC 2000 - 2008

Tendencia decreciente de la tasa de desnutrición GI del 2000 al 2001 descenso de 9.9 puntos; aumento de 10.6 puntos en los años 2001-2002, decidiendo a un punto minimo de 0.2 en el 2003 y un aumento considerable en el 2004 y 2005 hasta no reportarse ningún caso en el 2008. Reportando los valores mas elevados de desnutrición grado II en el 2000,2004 y 2005 y grado III reportando en los años 2000, 2004y 2005.

Anexo 17 Gráfico 11 Tendencia de la Tasa Mortalidad Infantil y de la Niñez en la RSMDC 2000-2008

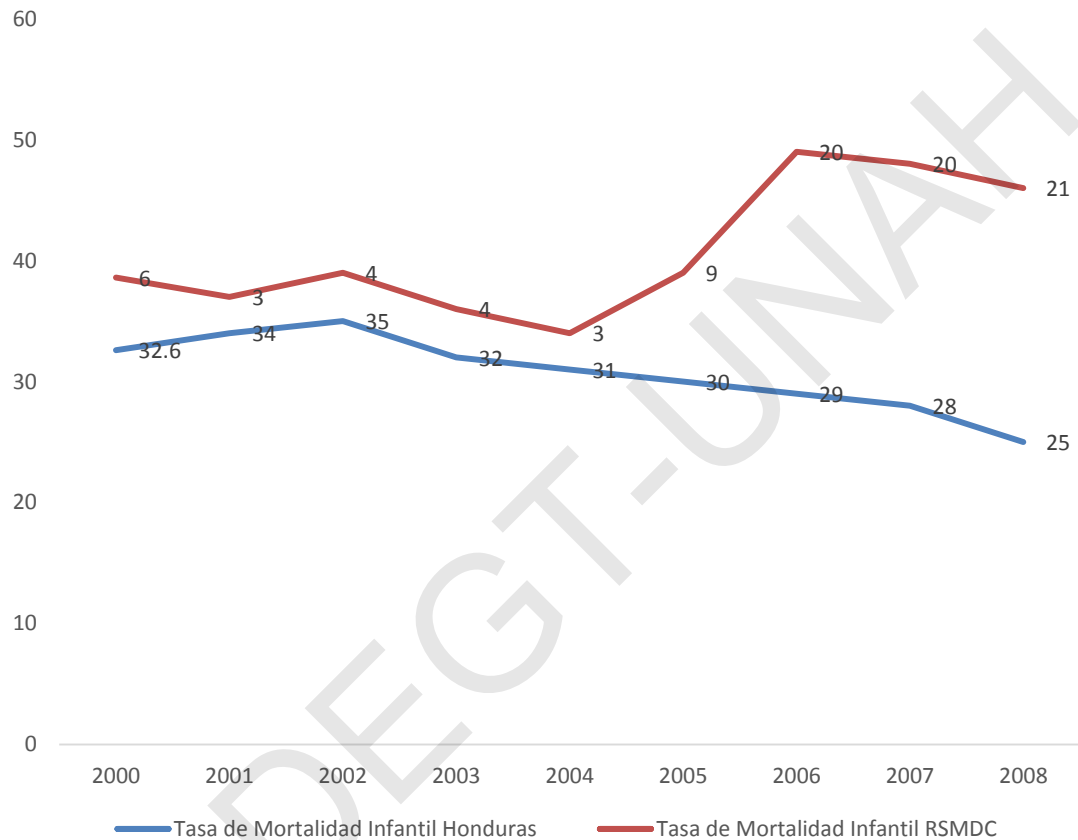


Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas INE reporte 2000 - 2008

Las tendencias de las tasas de mortalidad en el menor de cinco años es a expensas del menor de un año con descenso en el período del 2001-2004.

Hay un aumento de 18.4 puntos del 2005 al 2008. En la tasa de mortalidad en la niñez se mantiene entre 2 y 1.68 excepto en el 2005 donde alcanzó 2.89.

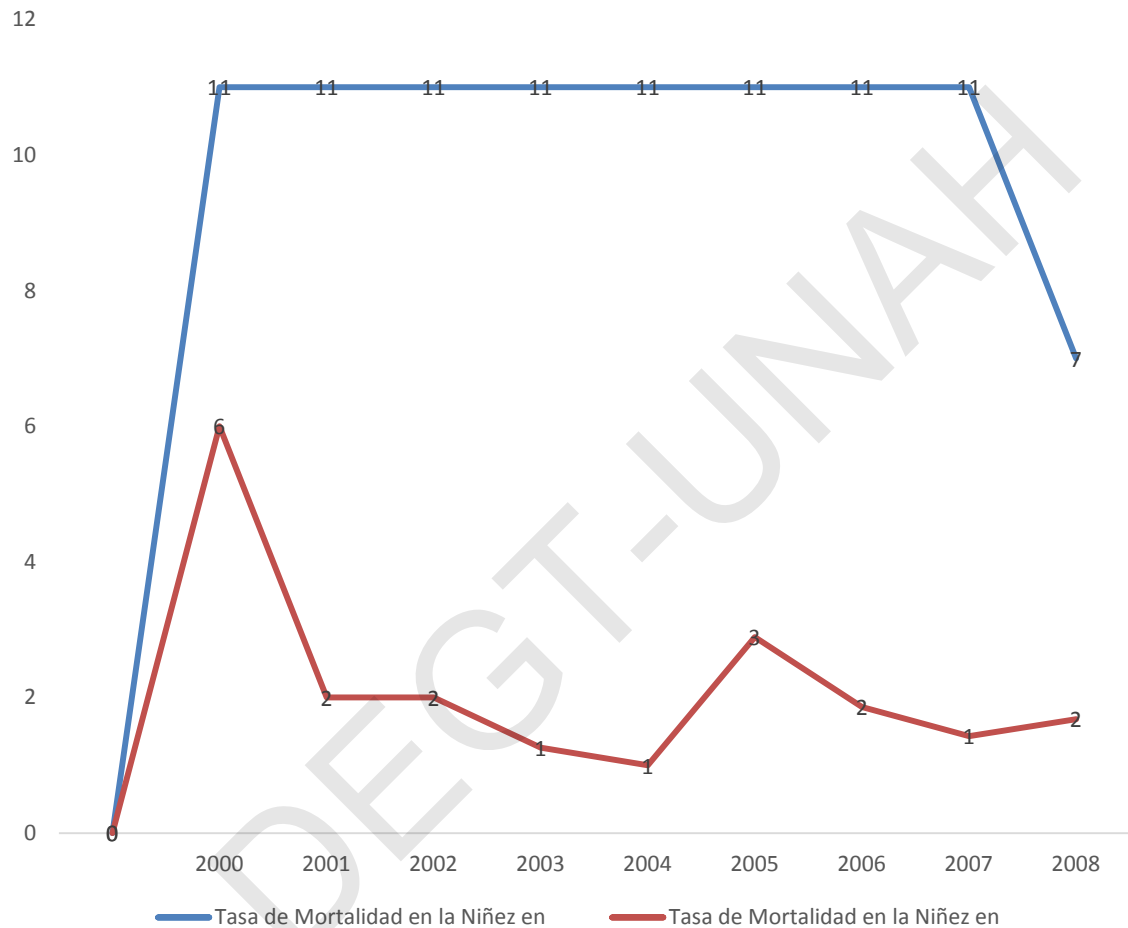
Anexo 18 Gráfico 12 Tendencia de la tasa de Mortalidad Infantil 2001-2008



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas INE reporte 2000 - 2008 Anuario Estadístico de la RSM DC

Las tendencias de tasas de mortalidad a nivel de país ha disminuido en 7.6, pero a nivel de la Region Metropolitana del Distrito Central ha tenido un aumento de 15 puntos en comparación a las estadísticas reportadas en el 2000

Anexo 19 Gráfico 13 Tendencia de la tasa de Mortalidad en la Niñez 2000-



2008

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas INE reporte 2000 - 2008 Anuario Estadístico de la RSM C

Las tendencias de mortalidad en la niñez se mantuvo entre los años 2000 al 2007 disminuyendo en el 2008 en un valor de 4 puntos en comparación a la Región Metropolitana que de mantener una tendencia de 6 disminuyo a en 4 puntos para el años 2008.

Anexo 20 Indicadores Básicos de Salud en Honduras

Seleccionado s para análisis de investigación	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Población Total	6.523.363	6.693.026	6.863.507	7.034.676	7.206.384	7.378.792	7.552.056	7.725.994
Población <5 ^a	88,784	917,545	1,036,381	1,040,202	1,043,609	1,050,484	1,062,710	906,186

Fuente: Anuario estadístico INE Y RSMDC SESAL

Anexo 21

Tasa de Mortalidad en Honduras			Año								
Tasa mortalidad X1000 Nacidos Vivos	Población	Grupo Etáreo	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
		Infantil	<1año	34,0	35,0	32,0	31,0	30,0	29,0	28,0	25
		Niñez	1-4 años	11	11	11	11	11	11	11	7
			< 5 años	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	45,0	32

Anuario estadístico INE Y RSMDC SESAL

Anexo 22

		Población Atendida RSMDC		Pre y Post		Implementación de AIEPI				
Área 1	Grupo Etéreo	Consulta		Años						
		Na/Sub siguiente								
Unidad de Salud Monterrey	≤1 ^a	N	1325	1103	1116	1040	1209	1001	1422	2008
		S	2127	2210	1766	1624	1992	1436	1203	1705
	1 a 4 años	N	1359	1401	1643	1662	1788	1483	1992	1116
		S	3811	4233	3920	3210	3306	2795	2010	2634
	≤5 ^a	N	2684	2504	2759	2702	2997	2484	3414	2490
		S	5938	6443	5686	4834	5298	4231	3213	4339

Anuario estadístico INE Y RSMDC SESAL

Anexo 23

Población Atendida RSMDC		Pre y Post	Implementación de AIEPI								
Unidad de Salud Pedregal	Área 1	Grupo Etéreo	Consulta	Años							
				Nueva/Subsiguiente	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	<1 ^a	N	1164	966	955	1004	936	2041	813	3606	
			S	1510	1693	1843	1613	1284	3679	1279	534
	1 a 4 años	N	1560	1318	1400	1441	1426	1123	880	1514	
			S	2463	2920	3385	2969	2168	2175	2422	431
	<5 ^a	N	2724	2284	2355	2445	2362	3164	1693	2891	
			S	3973	4613	5228	4582	3452	4854	3701	965

Anuario estadístico INE Y RSMDC

Anexo 24

Población Atendida RSMDC		Pre y Post		Implementación de AIEPI							
Área 1	Grupo Etéreo	Consulta	Años								
			Na/Subsiguiente		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Unidad de Salud Alonso Suazo	<1 ^a	N	7431	7270	9412	7081	4966	5446	6448	5799	
		S	4088	4000	3808	4372	5654	5769	5061	3821	
	1 a 4 años	N	9834	10274	16097	11412	7205	7955	9236	7692	
		S	6283	7201	7282	8937	11541	11179	9283	7278	
	<5 ^a	N	17265	17544	25509	18493	12171	13401	14684	13491	
		S	10371	11201	11090	13309	17195	16948	14344	11099	

Anuario estadístico INE Y RSMDC SESAL

Anexo 25

Población Atendida RSMDC		Pre y Post		Implementación de AIEPI						
Área 1	Grupo Etéreo	Consulta	Años							
			Na/Sub siguiente	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Unidad de Salud San Miguel	<1 ^a	N	1881	1591	1824	1569	1523	1454	1452	1470
		S	2686	2247	2692	2666	2468	2190	1704	1693
	1 a 4 años	N	2315	1889	2549	1866	1839	1482	1388	1489
		S	4942	3616	4366	3605	2876	2822	2414	2676
	<5 ^a	N	4196	3480	4373	3435	3362	2936	2840	2959
		S	7628	5863	7058	6271	5344	5012	4118	4369

Anuario estadístico INE Y RSMDC SESAL

Anexo 26

Área 1	Grupo Etéreo	Unidad de Salud Monterrey			Unidad de Salud Pedregal			Área 2	Grupo Etéreo	Unidad de Salud Alonso Suazo			Unidad de Salud San Miguel				
		<1 ^a	1 a 4 años	<5 ^a	<1 ^a	1 a 4 años	<5 ^a			<1 ^a	1 a 4 años	<5 ^a	<1 ^a	1 a 4 años	<5 ^a		
2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1078	981	911	650	618	595	568	575	580	801	805	830	599	659	603	630	569	599
4868	3644	3448	3389	3543	3200	3208	3030	3000	2718	2456	2720	2464	1982	2030	2038	1801	1800
5946	4625	4359	4039	4161	3795	3776	3605	3580	3519	3261	3550	3063	2641	2633	2668	2370	2399
3736	3727	3683	1864	1778	1500	1355	1450	1448	18978	15182	15180	9637	7926	9239	9103	7754	7672
15492	11455	11497	7773	9425	7739	7748	6304	6224	1465	1480	1480	1480	1306	1175	1181	1195	1242
5939	5479	5479	6080	6146	6245	6253	5717	5693	7403	6844	6959	7560	7453	7420	7434	6912	6935
7403	6844	6959	7560	7453	7420	7434	6912	6935	1465	1480	1480	1480	1306	1175	1181	1195	1242

Anuario estadístico INE Y RSMDC

Anexo 27

Esquema de Vacunación utilizado en Honduras	0 MESES	2 MESES	4 MESES	6 MESES	12 MESES	18 MESES	4 AÑOS
BCG/Hepatitis B	X						
Sabin, Neumococo, pentavalente		X	X	X			
Rotavirus		X	X				
DPT						X	X
SRP					X		X
VIT. A				X	X	X	X

Anuario estadístico INE Y RSMDC SESAL

Anexo 28

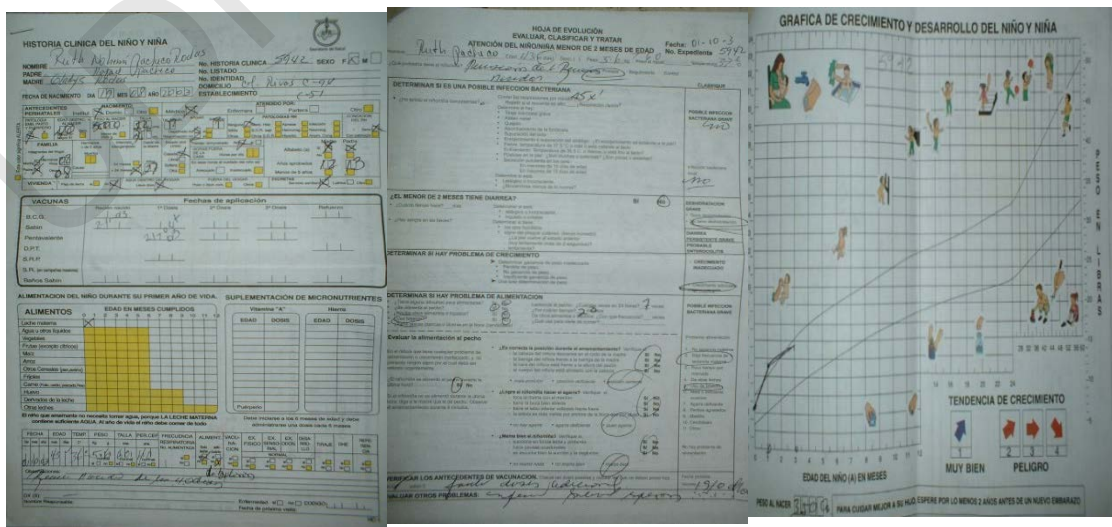
Muertes registradas por Grupo Etéreo en la RSMDC		Tasa bruta de mortalidad									
		Grupo Etéreo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tasa Mortalidad Infantil y en la Niñez en la RSMDC	< 1 año	6	3	4	3.58	3	8.96	19.6	20.4	21.4	
	1 - 4 años	6	2	2	1.26	1	2.89	1.86	1.43	1.68	
	> 5 años	12	5	6	4.84	4	19.49	21.46	21.83	22.83	

Anuario estadístico INE Y RSMDC SESAL

Anexo 28 Fotografías de los Centros de Salud

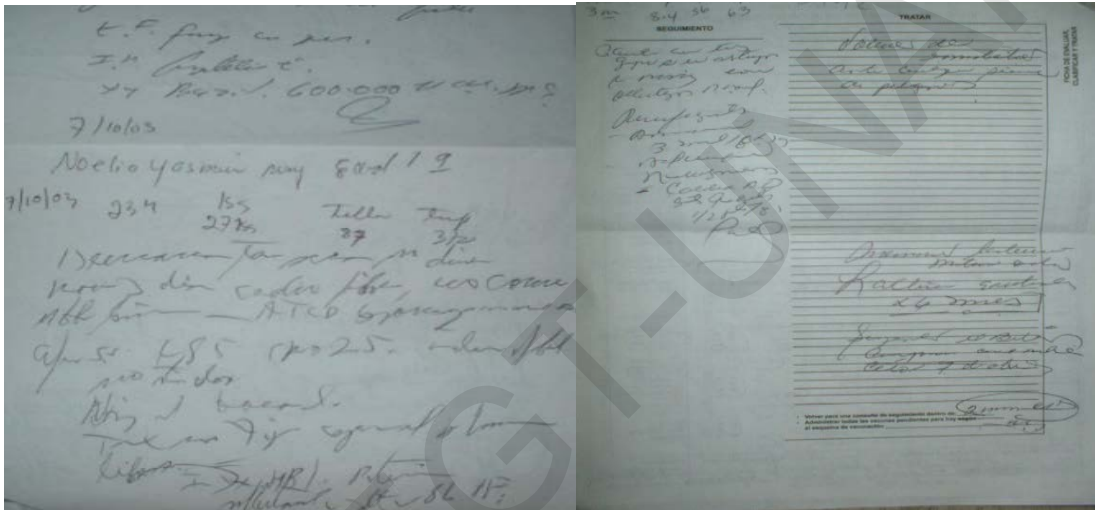


Papelería de AIEPI vigente al momento del estudio



Anexo 29

Evidencia del registro en el expediente de la atención al menor de cinco años



Fotografías de atención médica y de enfermería al menor de cinco años



Anexo 30

Fotografías de los ambientes y levantamiento de encuesta a tutor del menor de cinco años



Anexo 31

Formularios de AIEPI

HISTORIA CLINICA DEL NIÑO Y NIÑA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
REPUBLICA DE HONDURAS

Nombre: _____ No. HISTORIA CLINICA: _____ SEXO: F M

Padre: _____ No. LISTADO: _____ No. IDENTIDAD: _____

Fecha de nacimiento: _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____ ESTABLECIMIENTO: _____

ANTECEDENTES PERinatales: Normal Oligo Prematuro Aborto Embarazo Parto Cesárea Otro: _____

FAMILIA: Nuclear Extensa Abandonada Padre Madre Otro: _____

VIVIENDA: Urbana Rural Campesino Pasa el tiempo en el campo No No aplica No sabe No contesta Otro: _____

VACUNAS

BCG - SABIN	Fecha de aplicación	1ª Dosis	2ª Dosis	3ª Dosis	4ª Dosis
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

ALIMENTACION DEL NIÑO DURANTE SU PRIMER AÑO DE VIDA. SUPLEMENTACION DE MICRONUTRIENTES

ALIMENTOS	EDAD EN MESES CUMPLIDOS	VITAMINA A1	YODURO
Leche materna			
Almuerzo			
Postura			
Frutas			
Carne			
Huevo			
Almuerzo			
Postura			
Frutas			
Carne			
Huevo			

PEQUEÑO QUE PRESENTA MAL ESTADO GENERAL, SIEMPRE LA LECHE MATERNA, ESPECIALMENTE SUSTICIENTE AGUA. AL AÑO DE VIDA EL NIÑO DEBE COMER DE TODO.

PEQUEÑO QUE PRESENTA MAL ESTADO GENERAL, SIEMPRE LA LECHE MATERNA, ESPECIALMENTE SUSTICIENTE AGUA. AL AÑO DE VIDA EL NIÑO DEBE COMER DE TODO.

HOJA DE EVOLUCIÓN
EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR
ATENCIÓN DEL NIÑO/NIÑA MENOR DE 2 MESES DE EDAD

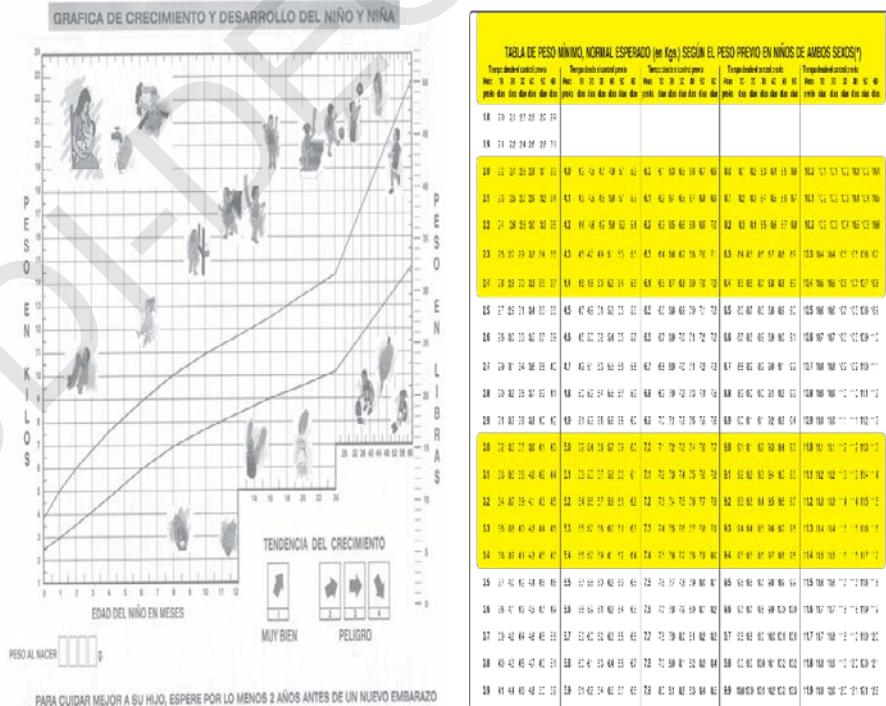
Nombre: _____ Edad: _____ (en días) Sexo: F M Peso al nacer: _____ Temperatura: _____ °C

¿Qué problema tiene el niño/a? _____

Clasifique

<p>DETERMINAR SI ES UNA POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA</p> <p>• ¿Hay fiebre en el niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>• ¿Hay cambios en el comportamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>• ¿Hay vómitos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>• ¿Hay diarrea? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>• ¿Hay otros signos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>POSSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿EL MENOR DE 2 MESES TIENE DIARREA?</p> <p>• ¿Cuánto tiempo ha durado? _____ días</p> <p>• ¿Hay sangre en las heces? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>DESHIDRATACIÓN GRAVE</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>DIARREA PRESISTENTE GRAVE</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>DETERMINAR SI HAY PROBLEMA DE CRECIMIENTO</p> <p>• ¿Determina ganancia de peso inadecuada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>• ¿Hay otros signos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>CRECIMIENTO INADECUADO</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>DETERMINAR SI HAY PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN</p> <p>• ¿Tiene alguna dificultad para alimentarse? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>• ¿Hay otros signos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>POSSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Evaluar la alimentación al pecho</p> <p>• ¿El niño/a succiona al pecho? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>• ¿El niño/a succiona al pecho con fuerza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>• ¿El niño/a succiona al pecho con ritmo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Problemas de alimentación</p> <ol style="list-style-type: none"> No lactancia materna Baja frecuencia de lactancia materna Poco tiempo por lactancia materna Daños de lactancia Uso de biberón Mala o deficiente posición Agente deficiente Agente deficiente Mamilo Cambiamiento Otros:
<p>VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN</p> <p>• ¿Tiene antecedentes de vacunación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Fecha próxima vacuna _____</p>

Gráfico de crecimiento y desarrollo Tabla de peso



Anexo 32 Existencia de Medicamentos en la Unidad de Salud Alonso Suazo
2003 RSMDC

Nº	MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	CONCENTRACIÓN	METRO	
				SI	NO
1	Trimtropin/ SMX	Frasco	40mg/200mg	X	
2	Amoxicilina	Frasco	250mg/5mml	X	
3	Tetraciclina	Tabletas	250 mg	X	
4	Ampicilina	Frasco	250mg/5ml		X
5	Eritromicina	Frasco	250mg/5ml	X	
6	Salbutamol para nebulizar	Frasco	5mg/5ml	X	
7	Salbutamol sol oral	Frasco	2mg/5ml	X	
8	Salbutamol inhalador	Frasco			X
9	Teofilina	Frasco	80mg/5ml	X	
10	Acetaminofén	Frasco	120mg/5ml	X	
11	Acetaminofén	Frasco	100mg/ml	X	
12	Mebendazol	Frasco			X
13	Piperazina	Frasco	20mg/ml		X
14	Sulfato Ferroso	Frasco	125mg150mg/ml	X	
15	Sulfato Ferroso	Tabletas	300mg	X	
16	Cloroquina	Tabletas	150mg		X
17	Primaquina	Tabletas	5mg		X
18	Gentamicina	Ampollas	40mg/ml		X
19	SRO	Sobres		X	
20	Lactato Ringer	Bolsas	500ml		X
21	Multivitaminas Pediátricas	Capsulas	Hierro/ A. fólico		X
22	Ácido Nalidixico	Tabletas		X	
23	Penicilina Procaínica	Frasco			X
24	Cloranfenicol	Frasco			X
25	Oxitetraciclina Oftálmica	Frasco			X
26	Penicilina Benzatinica	Frasco			X
27	Vitamina A	Capsulas		X	
28	Solución Salina Normal	Bolsa		X	
	TOTAL			15	11

Anexo 33 Existencia de Medicamentos en la Unidad de Salud Monterrey 2003
RSMDC

Nº	MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	CONCENTRACIÓN	METRO	
				SI	NO
1	Trimtropin/ SMX	Frasco	40mg/200mg		
2	Amoxicilina	Frasco	250mg/5mml	X	
3	Tetraciclina	Tabletas	250 mg	X	
4	Ampicilina	Frasco	250mg/5ml	X	
5	Eritromicina	Frasco	250mg/5ml		X
6	Salbutamol para nebulizar	Frasco	5mg/5ml	X	
7	Salbutamol sol oral	Frasco	2mg/5ml	X	
8	Salbutamol inhalador	Frasco		X	
9	Teofilina	Frasco	80mg/5ml	X	
10	Acetaminofén	Frasco	120mg/5ml	X	
11	Acetaminofén	Frasco	100mg/ml	X	
12	Mebendazol	Frasco		X	
13	Piperazina	Frasco	20mg/ml	X	
14	Sulfato Ferroso	Frasco	125mg150mg/ml	X	
15	Sulfato Ferroso	Tabletas	300mg	X	
16	Cloroquina	Tabletas	150mg	X	
17	Primaquina	Tabletas	5mg	X	
18	Gentamicina	Ampollas	40mg/ml	X	
19	SRO	Sobres		X	
20	Lactato Ringer	Bolsas	500ml	X	
21	Multivitaminas Pediátricas	Capsulas	Hierro/ A. fólico	X	
22	Ácido Nalidixico	Tabletas			X
23	Penicilina Procaínica	Frasco		X	
24	Cloranfenicol	Frasco		X	
25	Oxitetraciclina Oftálmica	Frasco		X	
26	Penicilina Benzatinica	Frasco		X	
27	Vitamina A	Capsulas		X	
28	Solución Salina Normal	Bolsa		X	
	TOTAL			26	2

Anexo 34 Existencia de Medicamentos en la Unidad de Salud Pedregal 2003
RSMDC

Nº	MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	CONCENTRACIÓN	METRO	
				SI	NO
1	Trimtropin/ SMX	Frasco	40mg/200mg	X	
2	Amoxicilina	Frasco	250mg/5mmI	X	
3	Tetraciclina	Tabletas	250 mg	X	
4	Ampicilina	Frasco	250mg/5ml		X
5	Eritromicina	Frasco	250mg/5ml	X	
6	Salbutamol para nebulizar	Frasco	5mg/5ml	X	
7	Salbutamol sol oral	Frasco	2mg/5ml	X	
8	Salbutamol inhalador	Frasco		X	
9	Teofilina	Frasco	80mg/5ml	X	
10	Acetaminofén	Frasco	120mg/5ml	X	
11	Acetaminofén	Frasco	100mg/ml	X	
12	Mebendazol	Frasco		X	
13	Piperazina	Frasco	20mg/ml	X	
14	Sulfato Ferroso	Frasco	125mg150mg/ml	X	
15	Sulfato Ferroso	Tabletas	300mg	X	
16	Cloroquina	Tabletas	150mg	X	
17	Primaquina	Tabletas	5mg	X	
18	Gentamicina	Ampollas	40mg/ml	X	
19	SRO	Sobres		X	
20	Lactato Ringer	Bolsas	500ml	X	
21	Multivitaminas Pediátricas	Capsulas	Hierro/ A. fólico	X	
22	Ácido Nalidixico	Tabletas			X
23	Penicilina Procaínica	Frasco		X	
24	Cloranfenicol	Frasco		X	
25	Oxitetraciclina Oftálmica	Frasco		X	
26	Penicilina Benzatinica	Frasco		X	
27	Vitamina A	Capsulas		X	
28	Solución Salina Normal	Bolsa		X	
	TOTAL			26	2

Anexo 35 Existencia de Medicamentos en la Unidad de Salud San Miguel 2003
RSMDC.

Nº	MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	CONCENTRACIÓN	METRO	
				SI	NO
1	Trimtropin/ SMX	Frasco	40mg/200mg	X	
2	Amoxicilina	Frasco	250mg/5mml	X	
3	Tetraciclina	Tabletas	250 mg	X	
4	Ampicilina	Frasco	250mg/5ml	X	
5	Eritromicina	Frasco	250mg/5ml	X	
6	Salbutamol para nebulizar	Frasco	5mg/5ml	X	
7	Salbutamol sol oral	Frasco	2mg/5ml	X	
8	Salbutamol inhalador	Frasco		X	
9	Teofilina	Frasco	80mg/5ml	X	
10	Acetaminofén	Frasco	120mg/5ml	X	
11	Acetaminofén	Frasco	100mg/ml	X	
12	Mebendazol	Frasco		X	
13	Piperazina	Frasco	20mg/ml	X	
14	Sulfato Ferroso	Frasco	125mg150mg/ml	X	
15	Sulfato Ferroso	Tabletas	300mg	X	
16	Cloroquina	Tabletas	150mg	X	
17	Primaquina	Tabletas	5mg	X	
18	Gentamicina	Ampollas	40mg/ml	X	
19	SRO	Sobres		X	
20	Lactato Ringer	Bolsas	500ml	X	
21	Multivitaminas Pediátricas	Capsulas	Hierro/ A. fólico	X	
22	Ácido Nalidixico	Tabletas			X
23	Penicilina Procaínica	Frasco		X	
24	Cloranfenicol	Frasco		X	
25	Oxitetraciclina Oftálmica	Frasco		X	
26	Penicilina Benzatinica	Frasco		X	
27	Vitamina A	Capsulas		X	
28	Solución Salina Normal	Bolsa		X	
	TOTAL			27	1