

DESAFÍOS EN LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN EL SIGLO XXI

LA ESTRATEGIA AIEPI EN EL XIII
CONGRESO LATINOAMERICANO
DE PEDIATRÍA

PANAMÁ 2003

Yehuda Benguigui
Alberto Bissot A.
Editores



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Asociación
Latinoamericana
de Pediatría



DESAFÍOS EN LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN EL SIGLO XXI

LA ESTRATEGIA AIEPI EN EL XIII
CONGRESO LATINOAMERICANO
DE PEDIATRÍA

PANAMÁ 2003

Yehuda Benguigui
Alberto Bissot A.
Editores



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Salud del Niño y del Adolescente
Salud Familiar y Comunitaria

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

Desafíos en la atención pediátrica en el siglo XXI: la estrategia AIEPI

en el XIII Congreso Latinoamericano de Pediatría, Panamá 2003.

Washington, D.C: OPS, © 2005. (Serie OPS/FCH/CA/05/9.E)

ISBN 92 75 32596 0

I. Título, Benguigui, Y., Bissot, A. II. Serie

1. PEDIATRÍA - tendencias
2. PEDIATRÍA - educación
3. BIENESTAR DEL NIÑO
4. DESARROLLO INFANTIL

NLM WS 103

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, esta publicación. Las solicitudes deberán dirigirse a la Unidad del Niño y del Adolescente, Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH/CA).

Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C 20037, EE.UU

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen los datos que contiene no implica, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la consideración jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Contenido

AUTORES	5
PRÓLOGO	
Dr. Yehuda Benguigui, Jefe de la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH/CA). Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington DC, EE.UU.	7
Dr. Alberto Bissot A., Presidente de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE)	9
ACUERDO DE COOPERACIÓN OPS/ALAPE	13
CONFERENCIA	
Desafíos en la Atención Pediátrica en el Siglo XXI. Dr. Yehuda Benguigui	19
SIMPOSIO I: NUEVOS PARADIGMAS EN LA ENSEÑANZA DE LA PEDIATRÍA	
Introducción y Generalidades de ADP. Dr. Yehuda Benguigui	41
Recomendaciones del Grupo Asesor Técnico AIEPI, GATA Dr. Fernando Stein, Director Médico. Texas Children's Internacional, Texas Children Hospital, Houston Texas, EE.UU.	51
La Enseñanza de la Materia de Pediatría en las Escuelas de Medicina Dra. María Angélica Flores, Consultora en Salud Maternoinfantil y del Adolescente. Nutrición. OPS/Argentina	55
SIMPOSIO II: NEURODESARROLLO INFANTIL	
Nuevas Evidencias en Desarrollo Infantil Temprano. Bases para la Acción Dra. Helia Molina, Profesora de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Ex Asesora Regional de Salud del Niño (OPS)	67
Bases Neurológicas del Desarrollo del Sistema Nervioso Central. S.N.C. Dra. Carmen Báez, Neuropediatra. Hospital del Niño Panamá, República de Panamá	77
Familia y Crianza: Piezas Angulares del Desarrollo Infantil Dr. Nelson Vargas, Universidad de Chile, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Facultad de Medicina Occidente	83

¹ http://www.alape.org/alape_ops.htm

Indicadores de Desarrollo Infantil a Nivel Individual, Familiar y Comunitario	
Dr. Garren Lumpkin, Asesor Regional en Desarrollo ... Educación UNICEF/TACRO Oficina para la Región de las Américas y el Caribe	89
Desarrollo del Niño(a): Funciones del Pediatra en el Primer Nivel de Atención	
Dr. Horacio Lejarraga, Servicio de Crecimiento y Desarrollo, Hospital Garrahan, Buenos Aires, Argentina	95
Programa de Vigilancia de Desarrollo Infantil en el contexto de AIEPI	
Dra. Amira de Melo Figueras ² Profesora de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Pará, Belem, Pará, Brasil	99
ANEXO	
Recursos	110
Referencias bibliográficas de la estrategia..AIEPI.....	111

² Brasil. Experiencias desarrolladas en la Secretaría Municipal de Salud de Belém y SESMA, Belém, Pará, Brasil (Presidencia de Belém, Pará).

Autores

Dra. Carmen Baeza Neuropediatra. Hospital del Niño(a) Panamá, República de Panamá.

Dr. Yehuda Benguiguel Jefe de la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH/CA). Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington DC, Estados Unidos.

Dr. Alberto Bissot, Presidente de la Asociación Latinoamericana de Pediatría. (ALAPE).

Dra. Amira de Melo Figueira Profesora de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Pará, Belém, Pará, Brasil.

Dra. María Angélica Flores Consultora en Salud Materno Infantil y del Adolescente. Nutrición. OPS/Argentina.

Dr. Horacio Lejarraga Jefe del Servicio de Crecimiento y Desarrollo, Hospital Garrahan, Buenos Aires, Argentina.

Dr. Garren Lumpkin Asesor Regional en Desarrollo ... Educación UNICEF TACRO, Oficina para la Región de las Américas y el Caribe.

Dra. Helia Molina Profesora de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Ex Asesora Regional de Salud del Niño (OPS).

Dr. Fernando Steiner Medical Director. Texas Children's International, Texas Children Hospital, Houston Texas, Estados Unidos.

Dr. Nelson Vargas Universidad de Chile, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Facultad de Medicina Occidente.

Prólogo

Alianza Estratégica OPS-ALAPE La Estrategia AIEPI en el XIII Congreso Latinoamericano de Pediatría

Panamá 2003

Dr. Yehuda Benguigui (OPS/OMS)

La presente publicación se enmarca en una serie de hechos relevantes que acontecen en materia de salud infantil en la Región de las Américas.

El actual contexto muestra una Región con una realidad sensible en cuanto a la situación de la niñez. Las estimaciones disponibles para el año 2000 indican que alrededor de medio millón de niños y niñas muere antes de alcanzar los cinco años de edad. Muchas de estas muertes pueden ser evitadas mediante la aplicación de intervenciones de prevención sencillas y de bajo costo, así como de medidas básicas de higiene y saneamiento ambiental. Las consecuencias que acarrea para la Región la pérdida temprana de esta población se traduce en la disminución de las posibilidades de desarrollo de las naciones. En este escenario, la realidad sanitaria al interior de los países y entre países muestra profundas diferencias en materia de mortalidad y de las enfermedades causales.

Por su parte, el avance tecnológico y la capacidad de respuesta del sector salud se ha traducido en la reducción de la mortalidad en muchos países con la consiguiente supervivencia de niños y niñas. La carga de morbilidad asociada a la mayor prevalencia de problemas crónicos en la niñez condiciona la necesidad de reorientar la capacidad de respuesta de los servicios de salud infantil. En este aspecto, los problemas del desarrollo temprano tienen un lugar relevante desde el momento que afectarán las potencialidades de inserción social, educativa y en la vida productiva.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), y en el marco del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionado a la reducción de la mortalidad infantil, enfoca sus acciones sobre la población infantil más vulnerable sobre la cual recae la mayor carga de enfermedad y mortalidad. Es indiscutible que el rol del recurso humano en salud es un punto sobre el cual deben orientarse acciones tendientes al logro de las metas.

³ Jefe de la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH/CA). Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington DC, USA.

El presente documento se enmarca en esta línea de pensamiento desde una visión estratégica, a través de las siguientes acciones:

- € El fortalecimiento de un nuevo modelo de alianza estratégica con las Sociedades de Pediatría a través de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE).
- € La formación pediátrica mediante la incorporación de temas de relevancia en salud pública como el desarrollo temprano dentro de la estrategia AIEPI.
- € La reformulación de las currículas del pregrado que contemplen los procesos de transición epidemiológica en la Región desde la visión de la AIEPI.

Como se inscribe en el acuerdo interinstitucional, y reconociendo el rol que le cabe a ambas instituciones dentro de sus mandatos, los esfuerzos de la OPS y ALAPE tendrán una importancia clave para apoyar a los países en lograr la supervivencia de miles de niños(as) y niñas en la Región de las Américas, y particularmente para aquellos que viven en los países, áreas y grupos de población más vulnerables, a los que es necesario brindarles, además, condiciones que fomenten su crecimiento y desarrollo saludables para que se conviertan en adultos productivos y solidarios y en ancianos saludables, que contribuyan y aporten a la construcción de comunidades seguras y sostenibles.

Es nuestro deseo que iniciativas como las presentes permitan convocar voluntades, aunar esfuerzos y direccionar acciones con el fin último y principal de mejorar la calidad de vida de la población infantil de la Región de las Américas.

Prólogo

Dr. Alberto Bissot A. (ALAPÉ)

La Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE) y todas las sociedades de pediatría de los países de América que la integran, están trabajando por la salud, desarrollo, bienestar y felicidad del niño(a) y la familia. El desafío que representan los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) nos impone tareas y compromisos que relevan al mayor grado de trascendencia la constitución de redes y las alianzas estratégicas entre instituciones de carácter científico y agencias de cooperación técnica y financiera.

América Latina ha logrado grandes avances en la salud de los niños(as). Sin embargo, aún hay deudas pendientes en cuanto a la mortalidad infantil, cuyo promedio regional es de 25 por mil nacidos vivos. Este promedio, no obstante, enmascara grandes brechas de inequidad al interior de los países y entre éstos. Hoy, de 20 niños(as) que nacen 19 sobreviven, y las posibilidades de que estos niños(as) accedan a una buena calidad de vida, salud y desarrollo integral es muy limitada. Hay evidencias científicas que nos orientan sobre lo que hay que hacer, pero se requiere un trabajo mancomunado a nivel regional para elevar el valor social de la infancia, empoderar a las comunidades, asignar recursos suficientes y generar las competencias necesarias a nivel de los servicios y profesionales de la salud.

La tarea conjunta de la OPS y ALAPE para diseminar conocimientos, fomentar prácticas de cuidados y atención a la niñez, así como hacer que las intervenciones disponibles sean accesibles para la población, ha contribuido a logros históricos que incluyen la erradicación de poliomielitis, la drástica reducción del sarampión y el aumento en la expectativa de vida, principalmente como resultado de la reducción de la mortalidad por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas en la infancia.

En los últimos años, el lanzamiento e implementación de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) por parte de la OPS ha representado una ventana de oportunidad para los países de Latinoamérica en cuanto a implementar estrategias integradas de promoción, prevención y curación de enfermedades, así como para el logro de mejores condiciones de crecimiento y desarrollo biopsicosocial de los niños y niñas.

ALAPE, a través de las sociedades nacionales de pediatría, ha reforzado el trabajo a nivel de las familias, las comunidades y los servicios de salud con énfasis en la atención primaria y en la gestión local facilitando los procesos de trabajo intersectorial y multidisciplinario.

La alianza estratégica que sellaremos entre OPS y ALAPE representa una esperanza y una posibilidad real para apoyar a los países en el logro de una mayor supervivencia y desarrollo de miles de niños(as) y niñas en la Región de las Américas, y particularmente para aquellos que viven en los países, áreas y grupos de población más vulnerables. Esto es condición para el logro de sociedades más justas, equitativas y para lograr romper el ciclo intergeneracional de la pobreza.

⁴ Presidente de la Asociación Latinoamericana de Pediatría. (ALAPE).

ALAPE

Declaración de Panamá entre ALAPE y OPS

OPS

En el acto inaugural del XIII Congreso Latinoamericano de Pediatría realizado en Panamá, en Noviembre de 2003, se firmó la siguiente Declaración entre ALAPE y OPS:

Declaración de apoyo a las intervenciones para la supervivencia infantil, el crecimiento y el desarrollo saludables en la niñez, con vistas a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Considerando que:

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en conjunto con las agencias del Sistema de Naciones Unidas, agencias bilaterales de cooperación y organismos no gubernamentales, está trabajando activamente en apoyo a los países de la Región de las Américas para el logro de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM); y que su Consejo Directivo recomendó que los esfuerzos dirigidos a alcanzar dichos objetivos se orienten de manera de llegar a los grupos de población más difíciles de alcanzar.

La Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE) y todas las sociedades de pediatría de los países de América que la integran, están trabajando por el bienestar y la felicidad del niño(a) y la familia, para lo cual el logro de los ODM resulta esencial toda vez que contribuye a la supervivencia infantil y a un crecimiento y desarrollo saludables durante la niñez.

El esfuerzo de la OPS y ALAPE tendrá una importancia clave para apoyar a los países en lograr la supervivencia de miles de niños y niñas en la Región de las Américas, y particularmente para aquellos que viven en los países, áreas y grupos de población más vulnerables; a los que es necesario brindarles, además, condiciones que fomenten su crecimiento y desarrollo saludables para que se conviertan en adultos productivos y solidarios y en ancianos saludables, que contribuyan y aporten a la construcción de comunidades seguras y sostenibles.

Existen intervenciones efectivas para la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de las principales enfermedades y riesgos que amenazan la supervivencia, y para fomentar las condiciones adecuadas para el crecimiento y el desarrollo durante la niñez, tanto a nivel de los servicios de salud como a nivel de la familia y la comunidad.

Reconociendo que:

La tarea conjunta de la OPS y los países de América durante los últimos cien años para hacer que las intervenciones disponibles sean accesibles a la población ha contribuido a logros históricos que incluyen la erradicación de poliomielitis, la drástica reducción del sarampión y el aumento en la expectativa de vida, principalmente como resultado de la reducción de la mortalidad por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas en la infancia.

El personal de la salud en general y los médicos en particular, especialmente aquellos dedicados a la pediatría, han desempeñado un papel clave para mejorar la salud de la infancia. También ha contribuido de manera esencial el trabajo mancomunado de las Sociedades de Pediatría de los países y de ALAPE en cuanto a diseminar el conocimiento y fomentar prácticas de cuidado y atención de la niñez en pos de la supervivencia infantil y el crecimiento y desarrollo saludables.

En los últimos años el lanzamiento e implementación de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) por parte de la OPS ha contribuido a unificar en una sola estrategia las intervenciones específicas de diagnóstico y tratamiento de las principales causas de mortalidad y morbilidad en la niñez, incorporando las intervenciones de prevención y promoción de la salud y estableciendo vínculos con otras intervenciones dirigidas tanto a la supervivencia y al desarrollo en la niñez como al mejoramiento de las condiciones de salud de la familia.

En la implementación de esta estrategia, y en su adaptación y ajuste a la realidad epidemiológica y operativa de cada país y área, las sociedades nacionales de pediatría y ALAPE, a través de los profesionales del área de la salud y particularmente de aquellos responsables de la atención infantil, han contribuido a hacer de la AIEPI una estrategia eficiente para lograr la supervivencia infantil y reforzar un enfoque holístico en la atención y cuidado de la salud de la niñez.

Sin embargo, todavía miles de niños y niñas en todo el continente no reciben los beneficios de la AIEPI debido a que sus familias no tienen acceso a personal de salud capacitado en la aplicación de dicha estrategia, quien puede a su vez transferirles los conocimientos y prácticas que ella recomienda para la prevención, el crecimiento y el desarrollo saludables.

Nos comprometemos a promover, apoyar y alentar:

1. La activa participación de las sociedades y de las cátedras de pediatría de los países de América en los esfuerzos dirigidos al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y particularmente en la expansión y fortalecimiento de la estrategia AIEPI y de otras intervenciones disponibles para la supervivencia infantil, el crecimiento y el desarrollo saludables en la niñez.
2. La incorporación de la estrategia AIEPI y de las otras intervenciones para la supervivencia infantil y para el crecimiento y desarrollo saludables durante la niñez dentro de los cursos de formación pediátrica de la carrera de medicina, de las residencias de posgrado y de otros cursos de formación de personal de salud que participe en la atención infantil.
3. La difusión de los contenidos y prácticas de la estrategia AIEPI „incluyendo el componente neonatal,, y del resto de las intervenciones para la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo, entre los pediatras y médicos que participan de la atención infantil.
4. La difusión de los conocimientos y prácticas clave que la población debe tener para brindar a todos los niños y niñas los cuidados y atención apropiados para un crecimiento y desarrollo saludables, tanto en el hogar como en otras áreas de cuidado infantil en el ámbito de la familia y en la comunidad.
5. La utilización de la estrategia AIEPI y de otras intervenciones para la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo como estándar básico de los programas universitarios de atención ambulatoria, particularmente entre los médicos que utilizan su año social o rural obligatorio, a fin de expandir el acceso de la población a sus beneficios, especialmente teniendo en cuenta que dichos programas cubren la atención de grupos de población en condiciones de alta vulnerabilidad.

6. La investigación epidemiológica, operativa y clínica dirigida a mejorar el conocimiento de los problemas que afectan la salud y el desarrollo de la infancia, principalmente en los países en desarrollo, y a evaluar el impacto de las intervenciones disponibles para la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo saludables en la niñez a nivel de los servicios de salud y comunidad.

Firmado en la Ciudad de Panamá, el día 16 de noviembre de 2003.

Dra. Mirta Roses Periago
Directora
Organización Panamericana
de la Salud, Organización Mundial
de la Salud (OPS/OMS)

Dr. Alberto Bissot A.
Presidente
Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE)

Testigos de Honor
S.E. Dr. Fernando Gracia García
Ministro de Salud de Panamá

Dr. Teodoro F. Puga
Ex Presidente ALAPE

Sr. Nils Katsberg
Director Regional UNICEF

Dr. Carden Johnston
Presidente Academia Americana de Pediatría

Dra. Jane Schaller
Presidente Asociación Internacional de Pediatría

Dr. José Almario
Presidente Sociedad Panameña de Pediatría

ALAPE

Conferencia

OPS

Desafíos en la atención pediátrica en el siglo XXI

Yehuda Benguigui

Situación de salud de la niñez a inicios del siglo XXI

Las estimaciones disponibles para el año 2000 indican que en el continente americano alrededor de medio millón de niños y niñas muere antes de alcanzar los cinco años de edad. Muchas de estas muertes se deben a enfermedades que podrían ser evitadas mediante la aplicación de intervenciones de prevención sencillas y de bajo costo, incluyendo la aplicación de vacunas, la lactancia materna, y medidas básicas de higiene y saneamiento ambiental. Otras enfermedades, aunque no puedan evitarse, pueden ser tratadas efectivamente si son detectadas a tiempo, mediante el empleo de medicamentos de muy bajo costo, o mediante la aplicación de tecnologías básicas en hospitales generales, evitando de este modo el agravamiento de los cuadros y previniendo su posible desenlace fatal.

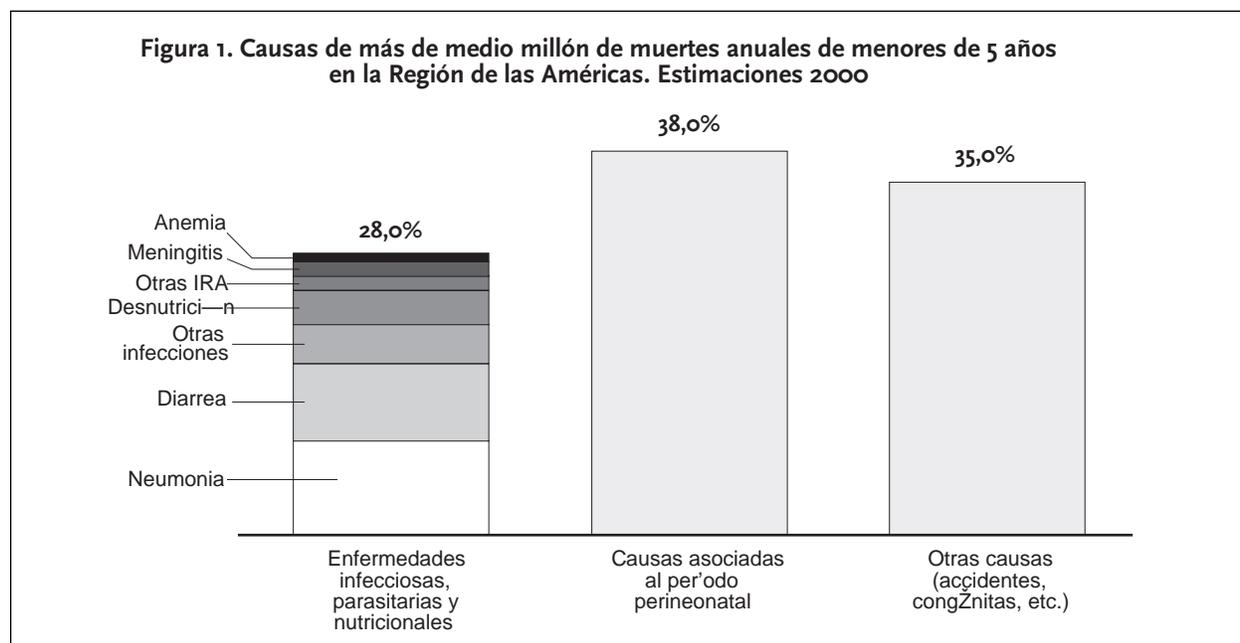
Se estima que alrededor del 28% de la mortalidad en menores de cinco años en la Región de las Américas se debe a un conjunto de enfermedades infecciosas, enfermedades respiratorias y trastornos nutricionales (figura 1). Entre estas enfermedades, la diarrea y la neumonía representan el peso mayor y continúan siendo la causa de alrededor de dos de cada diez muertes de menores de cinco años en el continente americano.

La desnutrición continúa siendo la causa registrada de un número variable de muertes de menores de cinco años, pero se estima asociada a un número mucho mayor de defunciones que son atribuidas principalmente a enfermedades infecciosas y respiratorias. Entre ellas, la desnutrición constituye un factor de riesgo crítico que determina el agravamiento del cuadro y que predispone a los niños y niñas a una mayor mortalidad por estas causas. Otras enfermedades como la meningitis, la anemia y enfermedades respiratorias como la bronquiolitis, también continúan siendo causa de mortalidad de menores de cinco años en la Región de las Américas, aún cuando la mayoría de estas muertes puede evitarse cuando los casos son detectados a tiempo y tratados adecuadamente.

Pero además de este conjunto de enfermedades, las afecciones originadas en el período perinatal y neonatal fueron en el año 2000 responsables de una mayor cantidad de defunciones, lo cual constituye un cambio en el perfil epidemiológico de la mortalidad en la Región. En el conjunto de las muertes de menores de un año, estas causas representan actualmente alrededor del 60% de las defunciones y, en el conjunto de muertes de menores de cinco, son responsables de alrededor del 40%.

* Conferencia dictada durante el XIII Congreso Latinoamericano de Pediatría realizado en la Ciudad de Panamá, Panamá, del 16 al 21 de Noviembre de 2003. Sesión Plenaria. La presentación estuvo a cargo del Dr. Javier Torres-Goitia.

5 Jefe de la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH/CA). Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

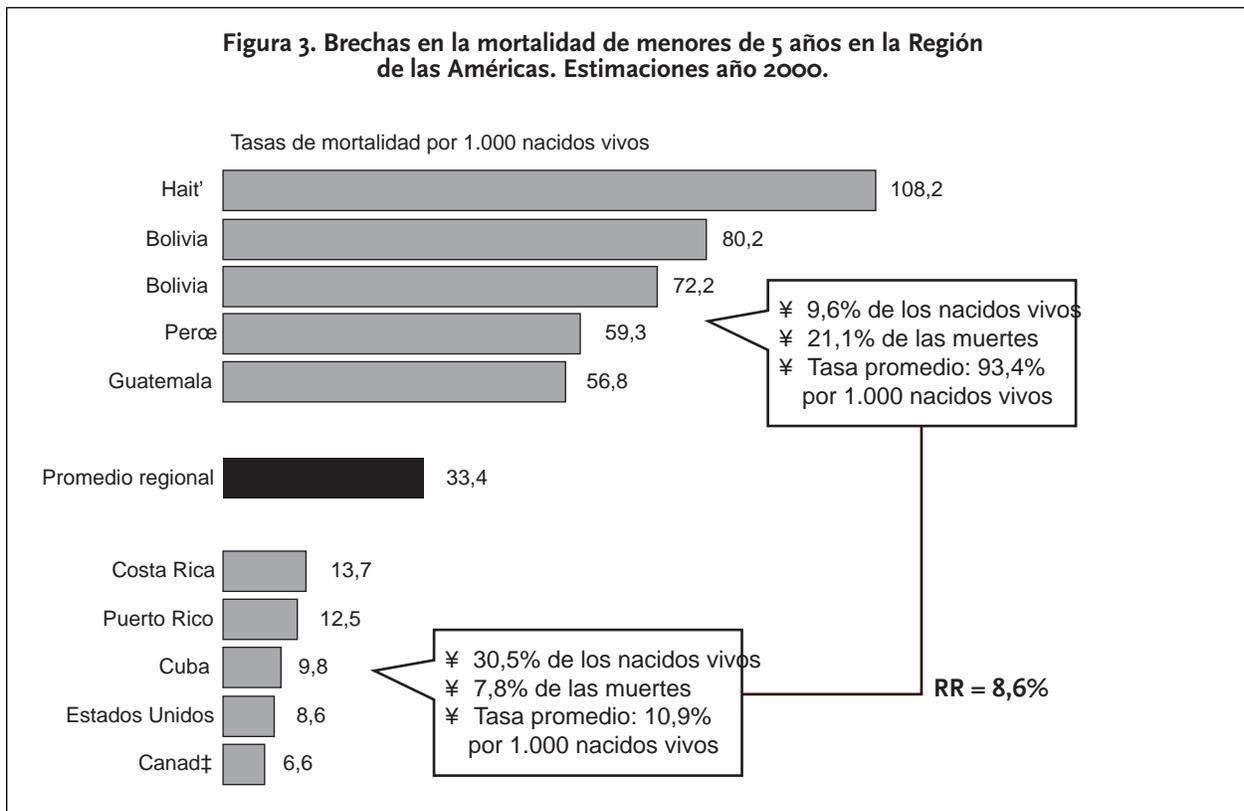
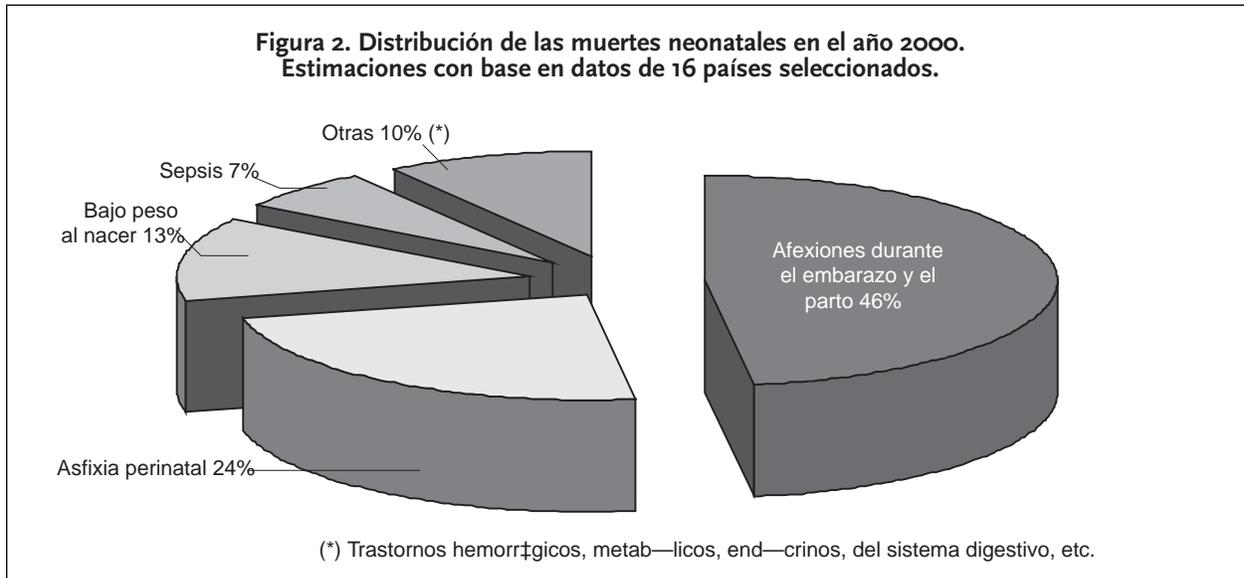


Finalmente, otras causas como las malformaciones congénitas, los accidentes y enfermedades del corazón representan en conjunto aproximadamente una de cada tres muertes de menores de cinco años. Aunque algunas de estas enfermedades son difícilmente evitables, otras como los accidentes y algunas malformaciones congénitas pueden ser prevenidas mediante el mejoramiento del ambiente en que el niño(a) vive, o mediante la aplicación de tratamientos específicos.

Entre las causas asociadas al período perinatal, el mayor número de muertes se asocia a complicaciones de parto y el parto, las que constituyen alrededor del 46% de las muertes perinatales (figura 2). Muchas de estas defunciones se asocian a la condición de salud de la mujer antes del embarazo, influyendo particularmente en su condición nutricional, que puede afectar el crecimiento fetal, o la presencia de afecciones tales como anemia, enfermedades de transmisión sexual u otras que pueden transmitirse al feto por vía transplacentaria. En conjunto, estas patologías y problemas que determinan la muerte durante los primeros días o durante las primeras semanas de vida, representan una cifra similar a la que actualmente ocasionan las enfermedades diarreicas y la neumonía juntas.

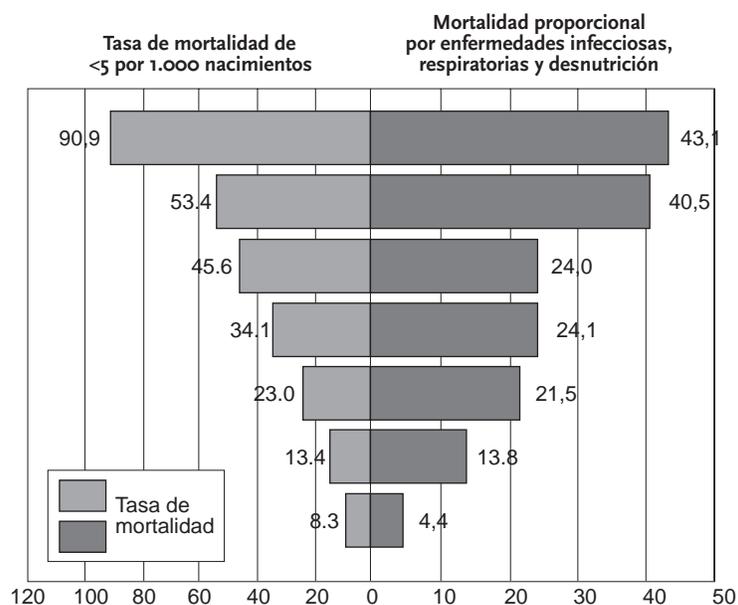
Además de las muertes perinatales asociadas a problemas durante la gestación y el nacimiento, otras causas como los problemas respiratorios del recién nacido (particularmente la asfisia al nacer), el bajo peso al nacer, la prematuridad y la septicemia, son la causa del 44% de las defunciones asociadas al período peri-neonatal. Además de las muertes perinatales asociadas a problemas durante la gestación y el nacimiento, otras causas como los problemas respiratorios del recién nacido (particularmente la asfisia al nacer), el bajo peso al nacer, la prematuridad y la septicemia, son la causa del 44% de las defunciones asociadas al período peri-neonatal.

Esta descripción de la mortalidad de menores de cinco años en el continente americano varía cuando se analiza la mortalidad en cada uno de los países que lo componen, poniendo de manifiesto las brechas que existen en la situación de salud de la infancia (figura 3). La tasa de mortalidad en menores de cinco años varía entre un valor cinco veces más bajo que el promedio regional en Canadá, hasta un valor tres veces más alto en Haití, reflejando que los nacidos vivos en este país tienen un riesgo relativo de morir durante los primeros cinco años de su vida de 16,4%, comparado con el riesgo que tienen los nacidos vivos en Canadá. Las diferencias en el riesgo relativo de morir se observan también entre los países en desarrollo, ya que si se compara la situación de Haití o Bolivia con la de Costa Rica o Cuba se observa que el riesgo relativo de



morir durante los primeros cinco años de los nacidos más muertes que nacimientos a la Región (mientras vivos en los primeros dos países oscila entre 5,9 y 11,0 registran el 10% de los nacidos vivos del continente, con respecto a los nacidos vivos en los dos últimos. registran una proporción del doble de nacidos muer- Tomando en conjunto los cinco países del conti- tos). En el otro extremo de la distribución, los cinco paí- nte con tasas superiores a 55 por 1.000 nacidos ses con tasas menores de 15 por 1.000 nacidos vivos, se observa que estos aportan proporcionalmente registran casi la tercera parte de los nacimientos del

Figura 4. Diferencias en la mortalidad proporcional por enfermedades infecciosas, respiratorias y desnutrición entre países de la Región de las Américas con más de 10.000 nacimientos anuales según su tasa de mortalidad en menores de 5 años.



Fuente: Unidad de Salud del Niño y del Adolescente (FCH/CA) en base a datos enviados por los países y estimaciones del área de Análisis de Situación de Salud (AIS). Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 2004

continente, pero aportan solo alrededor del 8% de las nacidos vivos estas causas aportan menos del 5% de defunciones de menores de cinco años de la Región. las muertes de menores de cinco años. De este modo,

Tomados en conjunto, los menores de cinco años la razón de proporciones entre ambos grupos de países de los cinco países con tasas superiores a 50 por 1.000es de alrededor de 9.

tienen un riesgo relativo de 8,6 de morir durante los Este diferente perfil de la mortalidad muestra la primeros cinco años con respecto a los nacidos vivos importancia de continuar fortaleciendo la aplicación de en los cinco países de la Región con menor mortalidad medidas de prevención y control de las enfermedades durante la niñez. infecciosas y las enfermedades respiratorias en los paí-

La mayor mortalidad que se registra en algunos ses con mayor mortalidad, teniendo en cuenta que con países de América se acompaña de un cambio en eltinúan representando la mayor proporción de las peso proporcional que tienen las diferentes causas de muertes de menores de cinco años.

muerte, incrementándose el peso proporcional de las Adicionalmente, las variaciones que se observan enfermedades infecciosas, las enfermedades respirato-entre países en cuanto al nivel de la mortalidad se tras- rias y la desnutrición (figura 4). ladan hacia su interior, razón por la cual es importante

En los países del continente en los que la mortali- identificar también estas brechas para individualizar dad de menores de cinco años todavía es superior a 50áreas y grupos de población en los que las enfermeda- por 1.000 nacidos vivos, las enfermedades infecciosas,des infecciosas, las enfermedades respiratorias y la las enfermedades respiratorias y la desnutrición, aún desnutrición continúan siendo causa de una elevada representan por lo menos el 40% de las muertes de proporción de la mortalidad.

menores de cinco años. En cambio, en aquellos países Además de su peso en la mortalidad, que varía con tasas de mortalidad por debajo de 10 por 1.000 entre los países y hacia su interior, estas enfermedades

constituyen una causa importante de morbilidad, afectando el crecimiento y desarrollo de miles de niños y niñas todos los años. Finalmente, es frecuente que los servicios de salud más apartados de los centros urbanos, o los ubicados en la periferia de las grandes ciudades, cuenten con personal de salud con desempeño inadecuado, como resultado de la ausencia de planes de capacitación con enfermedades respiratorias afectan la salud de los niños(as) con mucha frecuencia durante sus primeros cinco años de vida. Un mayor contraste se observa entre los países en cuanto a la incidencia de diarrea, teniendo en cuenta la fuerte asociación que existe entre la frecuencia y gravedad de los episodios y las condiciones de saneamiento básico de cada lugar.

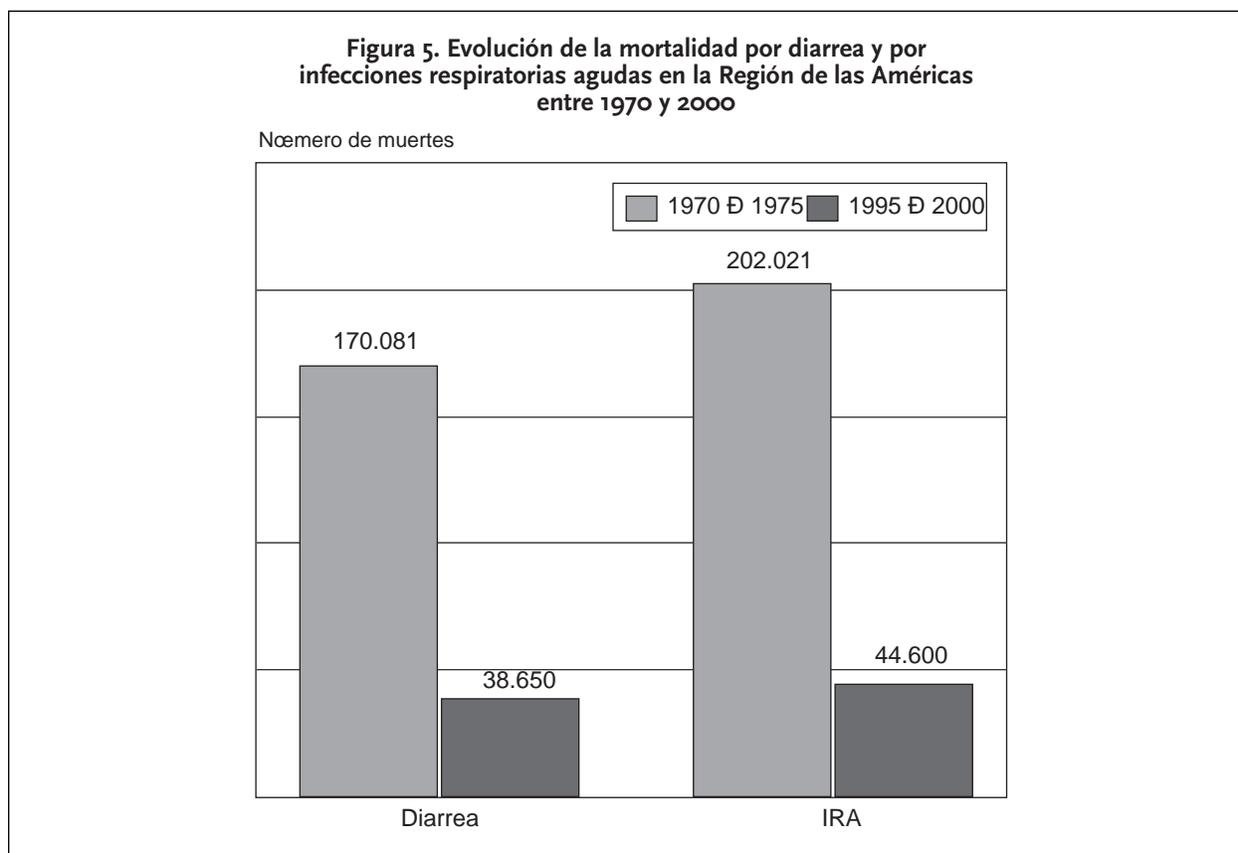
Los estudios realizados tanto en países desarrollados como en países en desarrollo muestran que las enfermedades respiratorias afectan la salud de los niños(as) con mucha frecuencia durante sus primeros cinco años de vida. Un mayor contraste se observa entre los países en cuanto a la incidencia de diarrea, teniendo en cuenta la fuerte asociación que existe entre la frecuencia y gravedad de los episodios y las condiciones de saneamiento básico de cada lugar. Pero esta incidencia prácticamente similar de episodios de algunas enfermedades en menores de cinco años ocurre en condiciones de base disímiles según el país y el área en que viven. El saneamiento deficiente, el hacinamiento, la inadecuada higiene, y la mala alimentación y condición nutricional, son factores que predisponen a una mayor gravedad de los episodios frecuentes de enfermedades y, consecuentemente, a un mayor riesgo de complicaciones, incluso fatales.

Adicionalmente, no todos los menores de cinco años gozan de las mismas posibilidades de acceso a atención de la salud y, de este modo, muchas familias no pueden buscar ayuda de un personal o servicio de salud con la misma frecuencia que otras. En la Región de las Américas un número elevado de menores de cinco años no tiene acceso a servicios y personal de salud ya sea por razones geográficas, económicas o culturales. En estos ámbitos la mayoría de los episodios de enfermedad durante la infancia son manejados en la casa y solo cuando las familias detectan signos de agravamiento buscan atención fuera del hogar, siendo muchas veces difícil el acceso a los servicios de salud. Durante el decenio de los noventa, la mortalidad en este grupo se redujo aproximadamente un 20% y la mayoría de esta reducción se debió al descenso en la mortalidad por enfermedades diarreicas y por infecciones respiratorias agudas. La mortalidad por estas últimas causas registró un importante descenso manifiesto en la condición de salud del niño(a) durante las últimas décadas del Siglo XX y, en promedio, el número de defunciones por ambas causas disminuyó alrededor de un 80% entre 1970 y 2000 (figura 5).

Adicionalmente, no todos los menores de cinco años gozan de las mismas posibilidades de acceso a atención de la salud y, de este modo, muchas familias no pueden buscar ayuda de un personal o servicio de salud con la misma frecuencia que otras. En la Región de las Américas un número elevado de menores de cinco años no tiene acceso a servicios y personal de salud ya sea por razones geográficas, económicas o culturales. En estos ámbitos la mayoría de los episodios de enfermedad durante la infancia son manejados en la casa y solo cuando las familias detectan signos de agravamiento buscan atención fuera del hogar, siendo muchas veces difícil el acceso a los servicios de salud. Durante el decenio de los noventa, la mortalidad en este grupo se redujo aproximadamente un 20% y la mayoría de esta reducción se debió al descenso en la mortalidad por enfermedades diarreicas y por infecciones respiratorias agudas. La mortalidad por estas últimas causas registró un importante descenso manifiesto en la condición de salud del niño(a) durante las últimas décadas del Siglo XX y, en promedio, el número de defunciones por ambas causas disminuyó alrededor de un 80% entre 1970 y 2000 (figura 5).

En la Región de las Américas un número elevado de menores de cinco años no tiene acceso a servicios y personal de salud ya sea por razones geográficas, económicas o culturales. En estos ámbitos la mayoría de los episodios de enfermedad durante la infancia son manejados en la casa y solo cuando las familias detectan signos de agravamiento buscan atención fuera del hogar, siendo muchas veces difícil el acceso a los servicios de salud. Durante el decenio de los noventa, la mortalidad en este grupo se redujo aproximadamente un 20% y la mayoría de esta reducción se debió al descenso en la mortalidad por enfermedades diarreicas y por infecciones respiratorias agudas. La mortalidad por estas últimas causas registró un importante descenso manifiesto en la condición de salud del niño(a) durante las últimas décadas del Siglo XX y, en promedio, el número de defunciones por ambas causas disminuyó alrededor de un 80% entre 1970 y 2000 (figura 5).

En ocasiones, aún cuando las familias pueden acceder a un servicio de salud, éste no dispone de insumos básicos esenciales para brindar tratamiento apropiado para algunos cuadros de enfermedad, tales como antibióticos de primera línea, o terapia de rehidratación intravenosa. En estas circunstancias, y teniendo en cuenta la rapidez en la evolución de las enfermedades en los niños(as) pequeños (más aún en condiciones de nutrición deficiente), la ausencia de insumos críticos como antibióticos e inyectables puede asociarse al agravamiento y muerte. Como resultado, la reducción en la mortalidad por diarrea y por infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años realizó la mayor contribución al descenso en la mortalidad por enfermedades diarreicas y por infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años. En estas circunstancias, y teniendo en cuenta la rapidez en la evolución de las enfermedades en los niños(as) pequeños (más aún en condiciones de nutrición deficiente), la ausencia de insumos críticos como antibióticos e inyectables puede asociarse al agravamiento y muerte. Como resultado, la reducción en la mortalidad por diarrea y por infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años realizó la mayor contribución al descenso en la mortalidad por enfermedades diarreicas y por infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años.

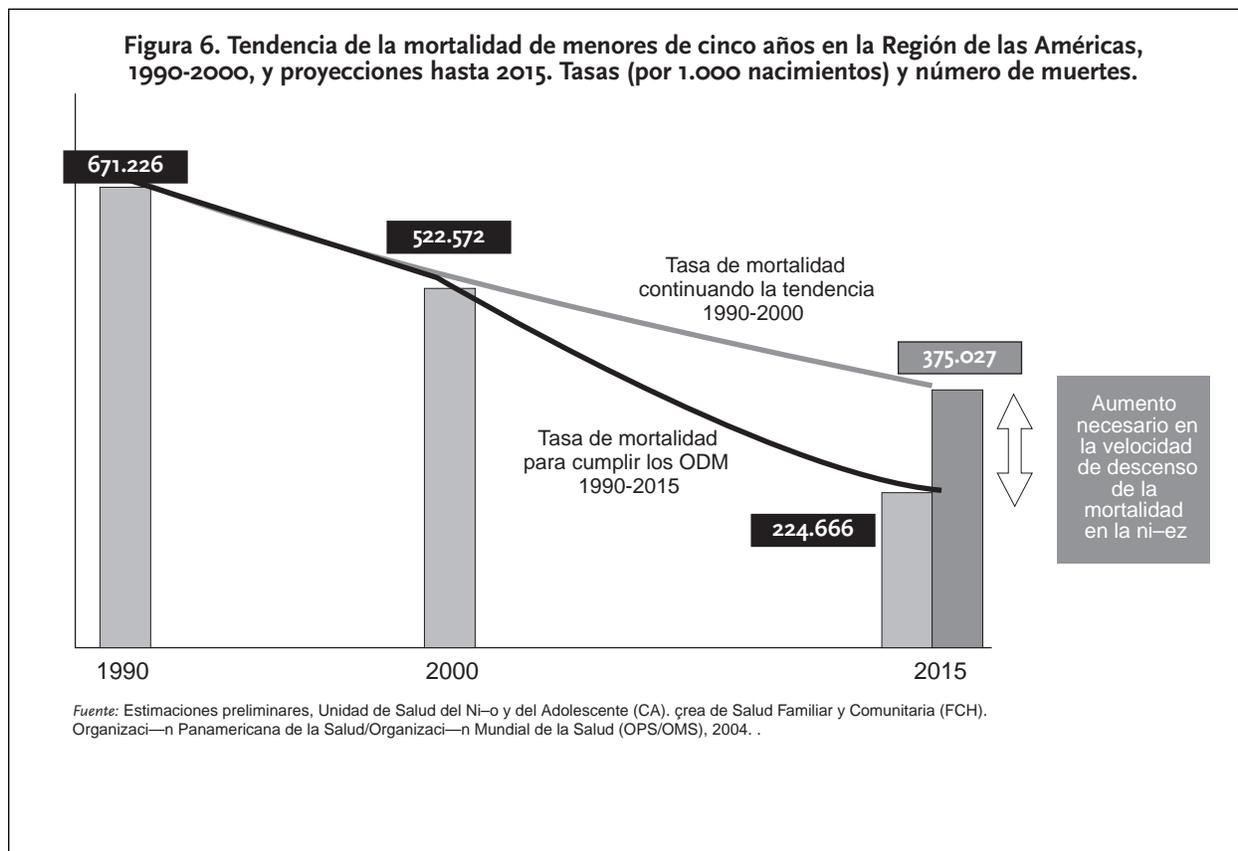


reducción de la mortalidad por infecciones respiratorias para la consulta precoz y del manejo apropiado de los agudas (IRA), y particularmente por neumonía, fue coincidente con la implementación de la estrategia de Manejo Estándar de Casos de IRA (MEC/IRA) que fue incorporada por los países a mediados de la década de los 80. mejorando la condición de salud de los niños(as) y niñas

La contribución que ambas estrategias realizaron a la reducción de la mortalidad por diarrea y por neumonía fue importante y se documentó en evaluaciones realizadas por diversos países del mundo y de la Región de las Américas. Adicionalmente, estudios operativos realizados en servicios de salud también mostraron los beneficios de estas estrategias para disminuir la gravedad de los episodios y la prevalencia de complicaciones, muchas de las cuales se asociaban a una mayor letalidad o a un mayor riesgo de secuelas.

Ambas estrategias también tuvieron un impacto importante en el mejoramiento de la calidad de atención de los casos, tanto a través de un mejor desempeño del personal de salud como de un mayor conocimiento de los padres de los signos de alarma

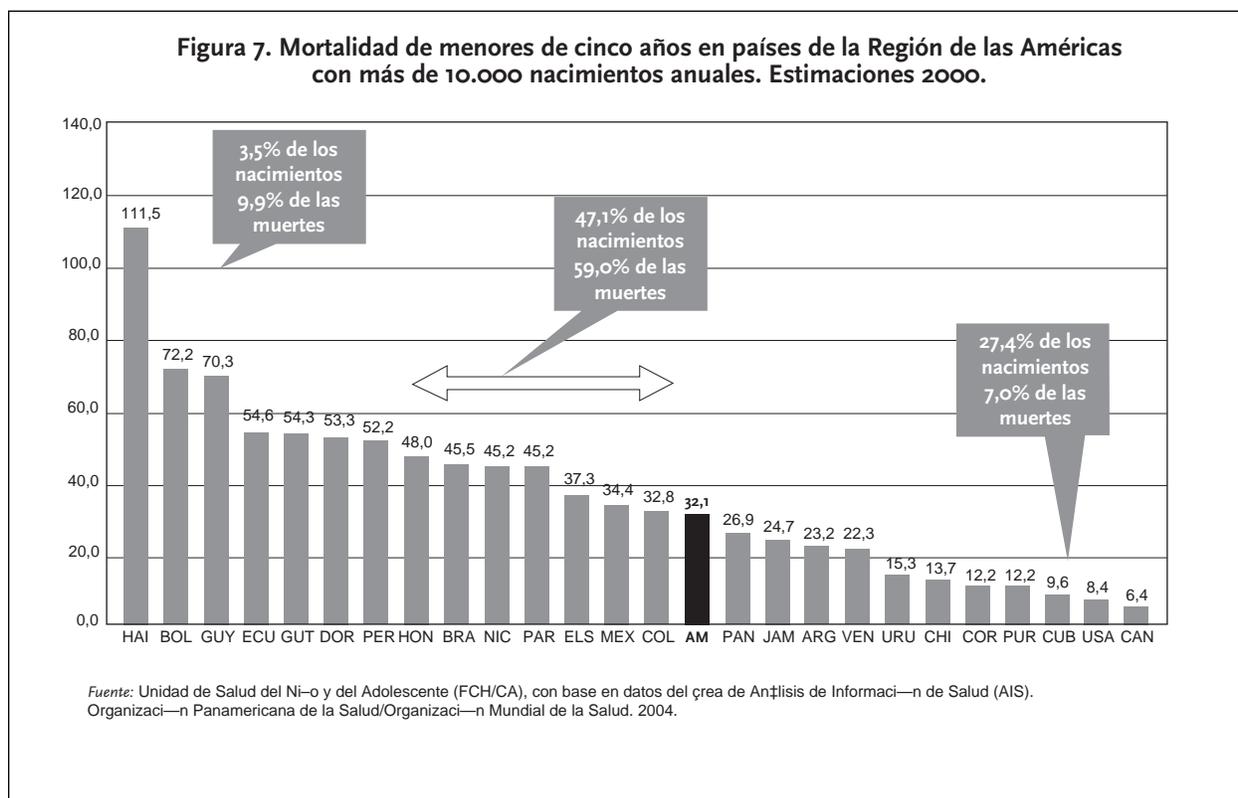
Teniendo en cuenta esta situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) trabajaron en con-



junto para elaborar la Estrategia Atención Integrada a prevención y promoción de la salud que muchas veces no las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) hacen parte de la atención habitual.

que incorporó las intervenciones disponibles para la supervivencia infantil y para el crecimiento y desarrollo de la década de los noventa contribuyó a fortalecer la en una única estrategia de atención. La incorporación de la estrategia AIEPI a mediados de los noventa contribuyó a fortalecer la implementación de las intervenciones específicas para el

La incorporación de AIEPI representó un avance importante para enfatizar la necesidad de enfocar la atención en la condición de salud de los niños y niñas tres últimas décadas del Siglo XX y que permitieron una menor de cinco años antes que en la evaluación, clasificación y tratamiento de una enfermedad específica que ocasionalmente puede afectarla. La reducción alcanzada en la mortalidad de menores de cinco años, sin embargo, ubica a la Región de las Américas en un nivel superior al esperado con vistas al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). De este modo, las estimaciones preliminares sugieren que será necesario incrementar el ritmo de descenso anual observado durante la década de los noventa hasta alcanzar un ritmo dos veces superior, en promedio, durante el período 2000-2015 con el fin de arribar a este último año a un valor dos tercios como a integrar en la consulta las intervenciones de prevención y promoción de la salud que muchas veces no las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) hacen parte de la atención habitual.



Según el cuarto ODM, los países deberán reducir que anualmente se registran. Sin embargo, entre estos en dos tercios la mortalidad en menores de cinco años países no se encuentran algunos que registran elevada para 2015 con respecto al valor registrado en 1990. En las tasas de mortalidad, en los que el riesgo de morir Región de las Américas, el ritmo de descenso anual durante los primeros cinco años de vida es mucho la mortalidad de menores de cinco años durante la mayor.

década de los noventa fue en promedio del 2,4%, lo cual En la Región de las Américas, por ejemplo, solo representó un importante avance ya que en el año 2000 Brasil y México concentran un elevado número de ocurrieron alrededor de 150.000 muertes menos en este muertes de menores de cinco años y se encuentran grupo de edad que las que habían ocurrido en 1990. dentro del grupo de 42 países que concentran el 90%

Este importante incremento en la velocidad de de las defunciones totales de menores de cinco años. descenso de la mortalidad en menores de cinco años Sin embargo, ninguno de estos países se ubica entre solo podría lograrse si se enfocan las acciones hacia las los con mayor mortalidad del continente americano. causas de mortalidad más vulnerables, y hacia los luga-Naciones como Haití y Bolivia, que son los que regis-res en los que ocurre el mayor número de estas muer-tran la primera y segunda tasa de mortalidad de meno-tes, en los que la magnitud de la reducción, en res de cinco años del continente por su menor términos del número absoluto de muertes evitadas, población, contribuyen con un bajo número de muer- puede ser mayor. tes al total mundial, e incluso regional.

Las estimaciones que la OMS realizó a nivel global La OPS ha estimado que los siete países de la sobre la distribución de muertes indican que un con- Región de las Américas con mayor mortalidad en meno-junto de 42 países concentra el 90% de las alrededor res de cinco años (por encima de 50 por 1.000 nacidos de once millones de muertes de menores de cinco años vivos) aporta el 10% de la mortalidad anual que se regis-

tra en este grupo de edad, mientras que el conjunto de simultánea hacia diferentes enfermedades.

siete países con tasas de mortalidad intermedia (entre 30 y 40 por 1.000 nacidos vivos) aporta el 60% de las acciones. Mientras durante la década de los noventa las muertes anuales en este grupo de edad (figura 7). tratamiento de las enfermedades infecciosas y las enfer-

De este modo, concentrando las acciones para el logro de una reducción en la mortalidad en menores de cinco años „como la propuesta para 2015 en los países con mayor riesgo de mortalidad en la niñez,, se dejaría de lado el conjunto de naciones que aporta la mayoría de las muertes. En contraste, si solo se enfocan acciones hacia los países que aportan el mayor número de muertes, se descuidaría la prioridad que representan aquellos en que los niños(as) están expuestos a un mayor riesgo de morir.

Solo un enfoque combinado que implementación de acciones tanto en los países con elevado riesgo de morir durante la infancia como en aquellos con elevado número de defunciones anuales de menores de cinco años permitirá el logro regional de mortalidad en los países y, del cuarto ODM, contribuyendo simultáneamente a

reducir la brecha entre países y, de este modo, promover una mayor equidad en el acceso de los niños y niñas del continente a los beneficios de las intervenciones disponibles para la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que el mismo modo que se verifican diferencias entre países, hacia el interior de ellos la mortalidad también se distribuye de manera desigual. Esto permite identificar aquellos grupos de población y áreas geográficas en que los niños(as) tienen mayor riesgo de morir que el promedio nacional, y también aquellas áreas que aportan la mayor cantidad de muertes al total de defunciones del grupo en el país. Empleando también una estrategia fundamental para mejorar la calidad de atención del niño(a) en los servicios de salud y en el hogar, lo que contribuye al crecimiento y el desarrollo saludables durante la infancia.

que indica el promedio nacional, y también aquellas áreas que aportan la mayor cantidad de muertes al total de defunciones del grupo en el país. Empleando también una estrategia fundamental para mejorar la calidad de atención del niño(a) en los servicios de salud y en el hogar, lo que contribuye al crecimiento y el desarrollo saludables durante la infancia. Este último aspecto se considera vital, teniendo en cuenta que una proporción importante de la población de la Región no tiene acceso o tiene acceso limitado a servicios y personal de salud. En estos grupos, generalmente ubicados en áreas de elevada mortalidad en la infancia, el conocimiento y las prácticas de los padres número de muertes, las naciones avanzarán no solo con relación a la prevención y promoción de la salud hacia el logro de la reducción en la mortalidad especial- mente deficientes.

rada, sino también hacia la reducción de las brechas entre áreas y grupos de población.

Además de las consideraciones referidas a la distribución de las muertes en el continente, el perfil epidemiológico actual de la mortalidad en menores de cinco años hace que sea necesario enfocar acciones en forma de vida (anexo II).

La promoción de estas prácticas clave, realizada a través de los servicios de salud, del personal comunitario y de otras instituciones de la comunidad contribuirá a mejorar la capacidad de la familia para entregar a los niños y niñas los cuidados y atención esenciales que garanticen un buen comienzo en la vida. La transferencia de los conocimientos y prácticas contenidos en este conjunto de recomendaciones, fortalecerá el papel de la familia, que actúa como un determinante en la prevención de riesgos y en la formación de hábitos y conductas de vida que serán adoptados por los niños(as) y practicados a medida que crecen.

La OPS/OMS ha evaluado las evidencias científicas disponibles sobre el impacto y los resultados que pueden lograrse mediante la aplicación de las principales intervenciones existentes de prevención y tratamiento de las enfermedades que ocasionan la mayor parte de las muertes durante la infancia. También ha evaluado en qué medida este conjunto de intervenciones de impacto demuestran que se están empleando en los países y grupos de población que registran la mayor mortalidad.

Los resultados han indicado que la cobertura de muchas intervenciones preventivas y de tratamiento que están siendo recomendadas en las últimas décadas aún no han alcanzado una cobertura universal. A pesar de los importantes logros obtenidos en el incremento de la cobertura de vacunación en los países de América, lo cual llevó a la erradicación de la circulación autóctona de la poliomielitis y a una importante disminución del número de casos de sarampión, intervenciones tales como la lactancia materna exclusiva continúan lejos de alcanzar una cobertura universal.

Contribución de las cátedras de pediatría al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

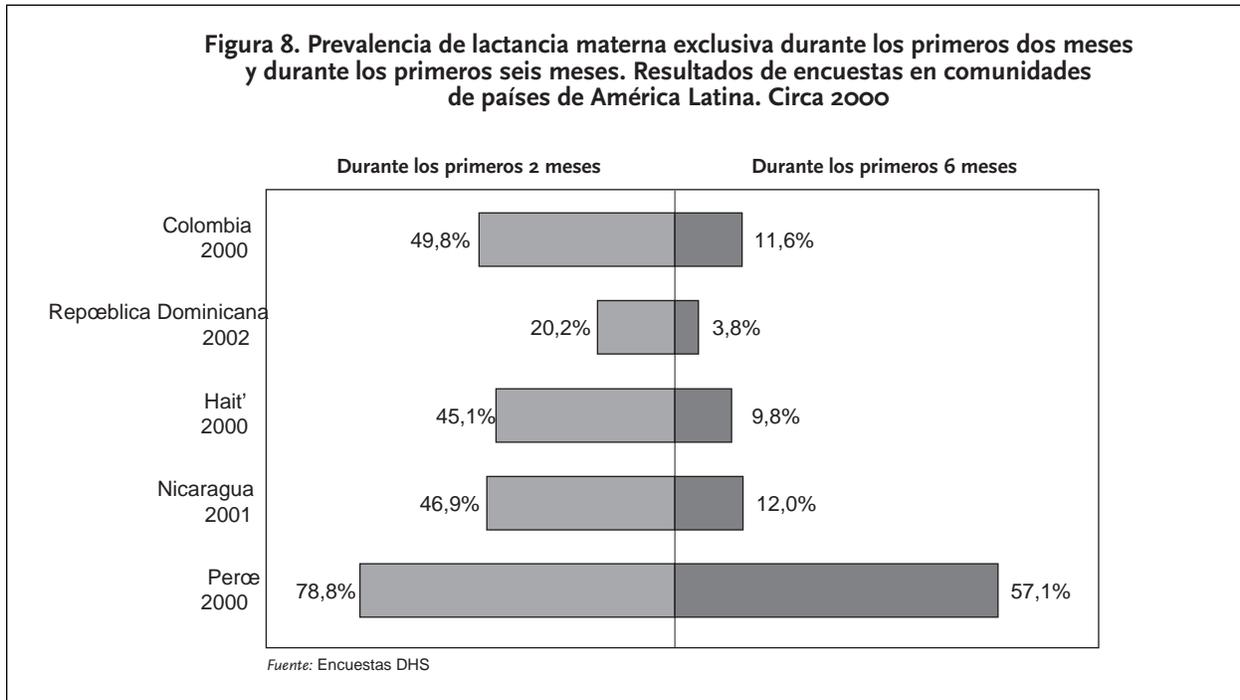
Encuestas realizadas en el año 2000 en diferentes países, pusieron de manifiesto que en algunos solo la mitad de los niños(as) recibía lactancia materna exclusiva hasta los dos meses, y que esta proporción se reducía considerablemente a partir de esa edad (figura valor sea dos tercios más bajo que en 1990 solo podrá ser 8). Teniendo en cuenta los beneficios de la lactancia materna exclusiva, no solamente en términos del crecimiento del niño(a) sino de la protección que ésta brinda contra las enfermedades más comunes de la infancia, las bajas coberturas ponen a los niños(as) en salud para la infancia, sino que debe complementarse con acciones destinadas a lograr que aquellos que sobreviven tengan acceso a un crecimiento y desarrollo saludable que les permita expresar todo su potencial.

La supervivencia infantil en la Región de las Américas sigue amenazada por las enfermedades infecciosas, respiratorias y también por la desnutrición y éstas, junto a las afecciones originadas en el período perinatal, dan cuenta de las dos terceras partes de las muertes que ocurren antes de los cinco años de edad. En este contexto epidemiológico, el logro de una reducción de la mortalidad del grupo para que en 2015 su valor sea dos tercios más bajo que en 1990 solo podrá ser 8). Teniendo en cuenta los beneficios de la lactancia materna exclusiva, no solamente en términos del crecimiento del niño(a) sino de la protección que ésta brinda contra las enfermedades más comunes de la infancia, las bajas coberturas ponen a los niños(as) en salud para la infancia, sino que debe complementarse con acciones destinadas a lograr que aquellos que sobreviven tengan acceso a un crecimiento y desarrollo saludable que les permita expresar todo su potencial.

Encuestas realizadas en el año 2000 en diferentes países, pusieron de manifiesto que en algunos solo la mitad de los niños(as) recibía lactancia materna exclusiva hasta los dos meses, y que esta proporción se reducía considerablemente a partir de esa edad (figura valor sea dos tercios más bajo que en 1990 solo podrá ser 8). Teniendo en cuenta los beneficios de la lactancia materna exclusiva, no solamente en términos del crecimiento del niño(a) sino de la protección que ésta brinda contra las enfermedades más comunes de la infancia, las bajas coberturas ponen a los niños(as) en salud para la infancia, sino que debe complementarse con acciones destinadas a lograr que aquellos que sobreviven tengan acceso a un crecimiento y desarrollo saludable que les permita expresar todo su potencial.

Pero la supervivencia infantil no puede ser un objetivo aislado en el camino hacia mejores condiciones de infancia, las bajas coberturas ponen a los niños(as) en salud para la infancia, sino que debe complementarse con acciones destinadas a lograr que aquellos que sobreviven tengan acceso a un crecimiento y desarrollo saludable que les permita expresar todo su potencial.

Aunque la falta de aplicación de la lactancia materna exclusiva puede considerarse resultado de un comportamiento familiar, el apoyo que la madre y la familia reciben por parte de la comunidad y de los servicios de salud es clave para el éxito de esta práctica. Sin embargo, el papel que el personal y los servicios de salud desempeñan en este sentido es desigual, en parte, por la falta de un abordaje integrado para la evaluación de la condición de salud de los niños(as), la clarificación de los hallazgos y las recomendaciones de tratamiento.

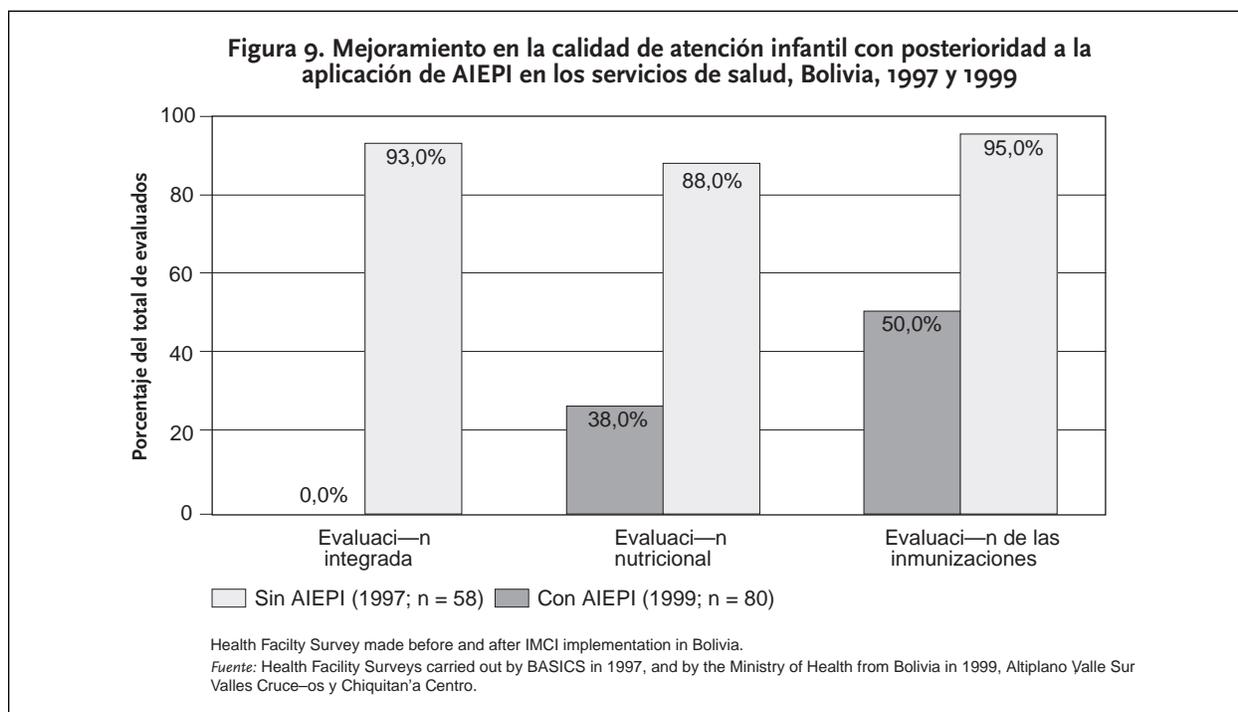


Las evaluaciones realizadas en servicios de salud Comparando con el desempeño del resto del personal muestran que la mayoría de las veces la atención comunitaria de salud, aquellos que recibieron la capacitación técnica centrándose en el motivo de consulta razón por la cual en la aplicación de la AIEPI tuvieron un enfoque más cualitativo escasamente se incorporan contenidos informativos integrados para la atención, no centrando la misma en temas educativos como parte de ella. La evaluación nutricional, e incorporando como parte de la evaluación, incluyendo la evaluación de la alimentación del niño(a), se realiza en una de cada tres consultas, y la nutrición y la vacunación.

incluso el control del esquema de vacunación no es una práctica que se realice en todos los contactos que el personal de salud tiene con los niños(as) y sus familias. Sobre la base de estos y otros resultados del impacto de la AIEPI en la calidad de atención, su implementación ha progresado en los países de América y se está expandiendo.

La necesidad de modificar este enfoque sobre la base de la evidencia existente respecto a la superposición de servicios de salud, la familia y la comunidad. En este proceso de enfermedades durante la infancia y la importancia de determinantes clave como el estado nutricional y clave para el mejoramiento de las prácticas de atención, y de vacunación en la duración, gravedad y pronóstico de las mismas, es una de las principales razones por las cuales la estrategia AIEPI ha sido elaborada. Su aplicación se mostró beneficiosa para mejorar el desempeño en el primer nivel de atención (figura 9), incrementando el porcentaje de los niños(as) atendidos en condiciones de mayor vulnerabilidad, es fundamental que se realizó una evaluación integrada, y en los que se incluyó la evaluación nutricional y del esquema de vacunación como parte de la consulta.

Para lograr que los beneficios de la AIEPI alcancen rápidamente a todos los niños y niñas del continente, y particularmente a aquellos que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad, es fundamental que se realizó una evaluación integrada, y en los que se incluyó la evaluación nutricional y del esquema de vacunación como parte de la consulta. Pero para lograr que los beneficios de la AIEPI alcancen rápidamente a todos los niños y niñas del continente, y particularmente a aquellos que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad, es fundamental que se realizó una evaluación integrada, y en los que se incluyó la evaluación nutricional y del esquema de vacunación como parte de la consulta. Pero para lograr que los beneficios de la AIEPI alcancen rápidamente a todos los niños y niñas del continente, y particularmente a aquellos que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad, es fundamental que se realizó una evaluación integrada, y en los que se incluyó la evaluación nutricional y del esquema de vacunación como parte de la consulta.

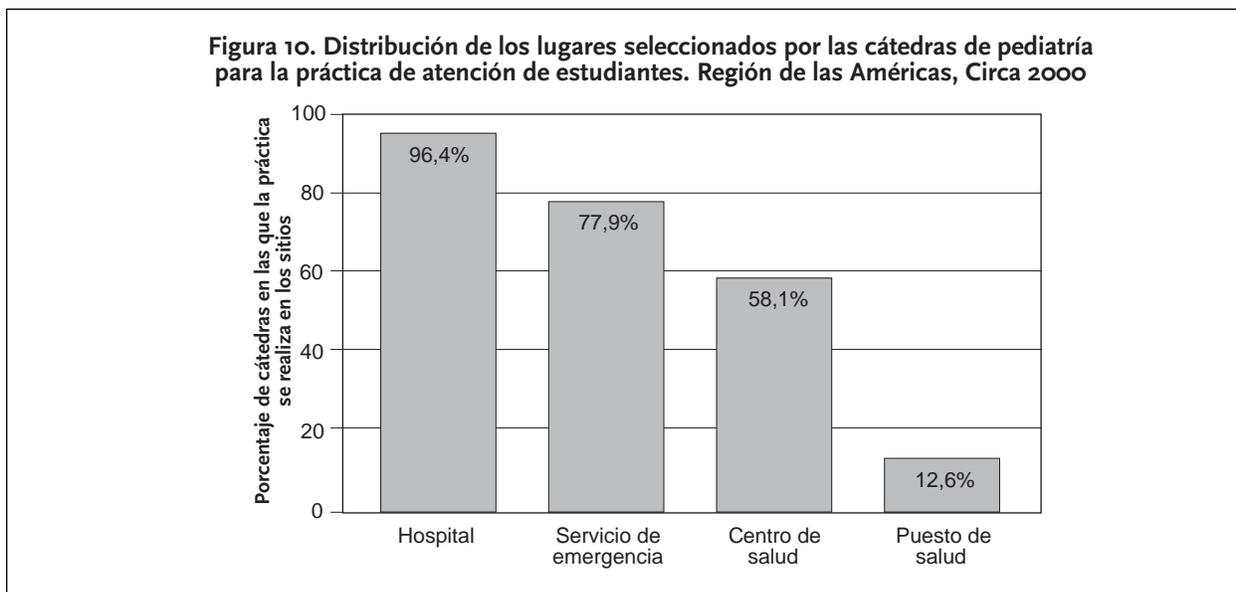


El papel que las facultades de medicina pueden desempeñar en esta tarea se considera clave: en primer lugar, porque anualmente un número aproximado de 40.000 nuevos médicos egresa de las universidades que le permitirán identificar y manejar adecuadamente los casos más graves (y por lo tanto en segundo lugar, debido a que miles de niños y niñas con mayor riesgo de morir), también es cierto que la atención en centros y puestos de salud no siempre que están cubiertos por estudiantes del último año de la carrera mientras desempeñan su año social o rural prácticas para un manejo eficiente de los casos que se presentan. La falta de práctica en la atención de este tipo de casos se asocia a una mayor inseguridad en el diagnóstico y tratamiento y alienta muchas veces a la aplicación de pruebas diagnósticas confirmatorias que, si bien son accesibles en los hospitales, no están disponibles en el primer nivel de atención.

Las instituciones científicas y académicas, rigen y orientan las prácticas recomendadas, estableciendo estándares y normas de aplicación general. La falta de criterios estandarizados para determinar qué niños(as), entre los muchos atendidos en los servicios del primer nivel, requieren ser referidos a un

Sin embargo, la enseñanza que se imparte en hospital para técnicas diagnósticas complementarias o muchas facultades de medicina no está actualmente orientada a reforzar la formación del personal para el diagnóstico de la atención sin beneficio para el paciente, empeñarse en el primer nivel de atención, debido a que brindando en síntesis una respuesta ineficiente.

la mayor parte de las actividades prácticas se realiza en los hospitales especializados (figura 10). Además, los contenidos preventivos y de promoción de la salud que son de crítica importancia



durante la consulta en el primer nivel de atención, no son manejados adecuadamente por muchos graduados en virtud de su escasa práctica de atención en este tipo de servicios. De este modo, se pierden oportunidades de mejorar el conocimiento y las prácticas de los padres y la familia para el cuidado y atención del niño(a) en el hogar, así como de aplicar medidas preventivas como la vacunación o la administración de micronutrientes esenciales.

El escaso tiempo destinado a prácticas en servicios del primer nivel de atención durante la formación universitaria contrasta con el desempeño posterior de la mayoría de los graduados que, en general, pasan a desempeñarse en servicios del primer nivel (figura 11).

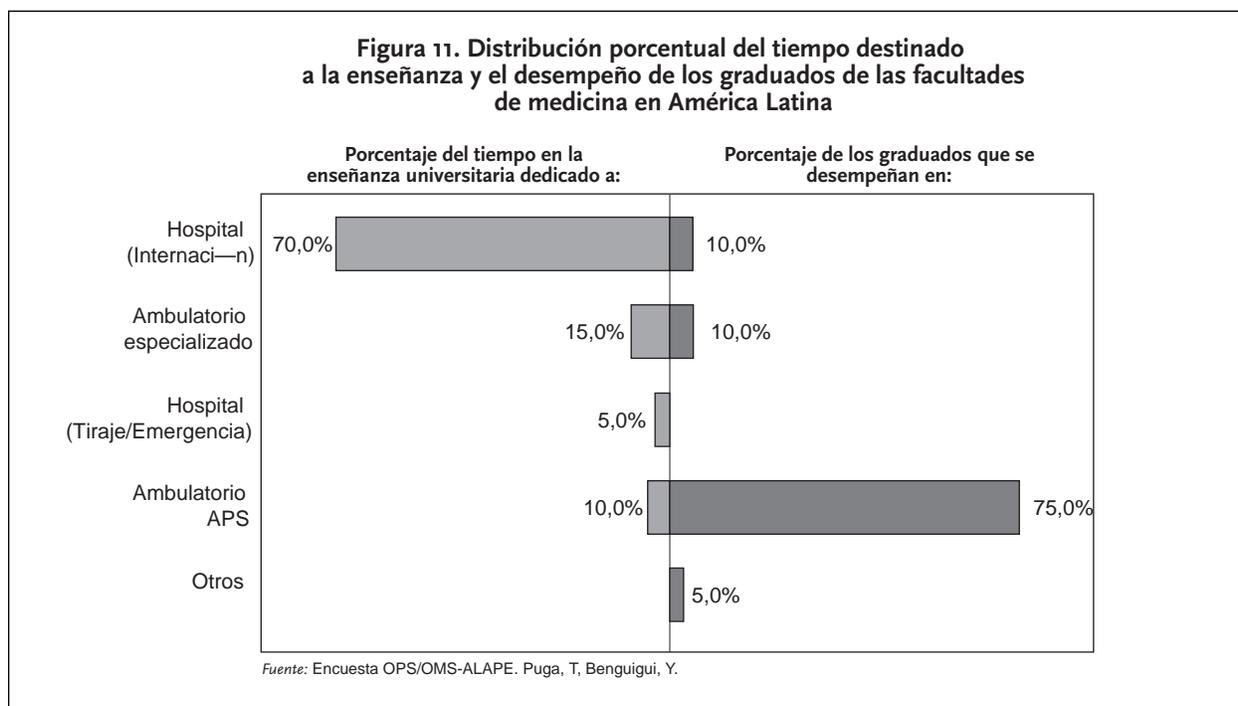
Complementando la enseñanza actual con contenidos y actividades prácticas dirigidas a reforzar la capacidad del estudiante para la atención integrada deviendo así la búsqueda de un mayor conocimiento de las enfermedades más frecuentes que afectan a los niños(as) que son llevados al primer nivel de atención, se podrá lograr un mejor desempeño de los mismos en lo que representa el sitio más habitual de trabajo posterior a su graduación.

De este modo, los graduados podrán no solo aplicar un enfoque más integrado en la atención, sino contribuir a mejorar la capacidad de los padres y de la familia el adecuado cuidado y atención de los niños(as) en el hogar, fortaleciendo la información y educación en medidas de prevención y promoción de la salud.

La incorporación de la estrategia AIEPI en los cursos de pediatría de las facultades de medicina de América Latina ha avanzado en los últimos años, y en alrededor de cien cátedras se ha incorporado la enseñanza de su aplicación. Esto ha promovido la inclusión de la estrategia en textos de pediatría de uso en la Región de las Américas y en textos específicos de las cátedras, lo cual ha contribuido a brindar a los estudiantes instrumentos de referencia para conocer los pasos que contempla la AIEPI para la evaluación, clasificación y tratamiento del menor de cinco años, así como las recomendaciones clave para mejorar su crecimiento y desarrollo.

Adicionalmente, las cátedras han incluido la ejecución de monografías y revisiones bibliográficas sobre temas y contenidos de la estrategia AIEPI, promoviendo así la búsqueda de un mayor conocimiento de los fundamentos básicos de sus recomendaciones técnicas. La ejecución de investigaciones locales de tipo operativo y epidemiológico también ha contribuido a un mejor conocimiento de la frecuencia y características de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los menores de cinco años en el ámbito de enseñanza de la pediatría. Esto ha fomentado la adaptación de la estrategia para ajustarla a las necesidades de la población con respecto a la atención que ésta requiere para la salud de sus niños y niñas.

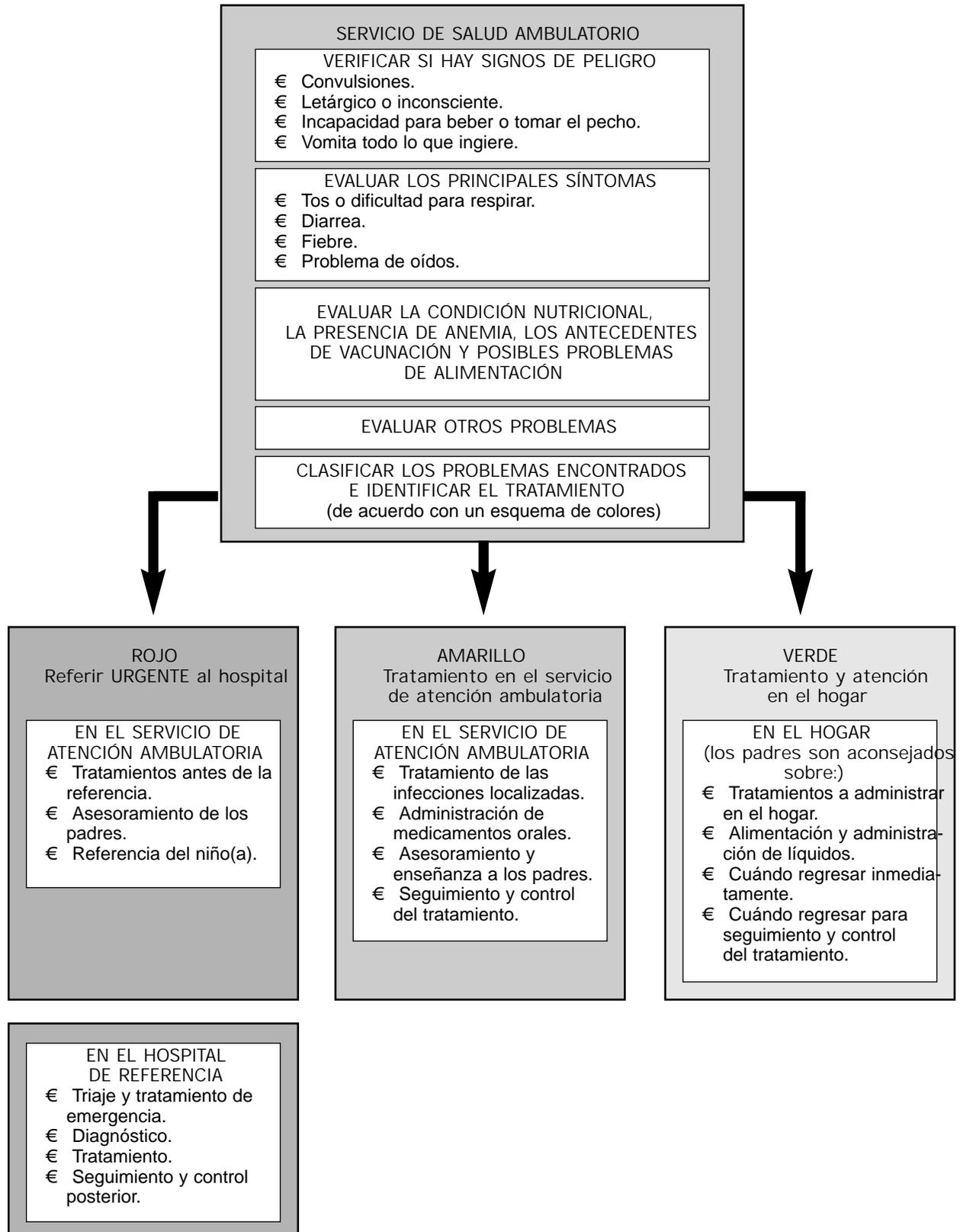
La utilización de la estrategia en la enseñanza se



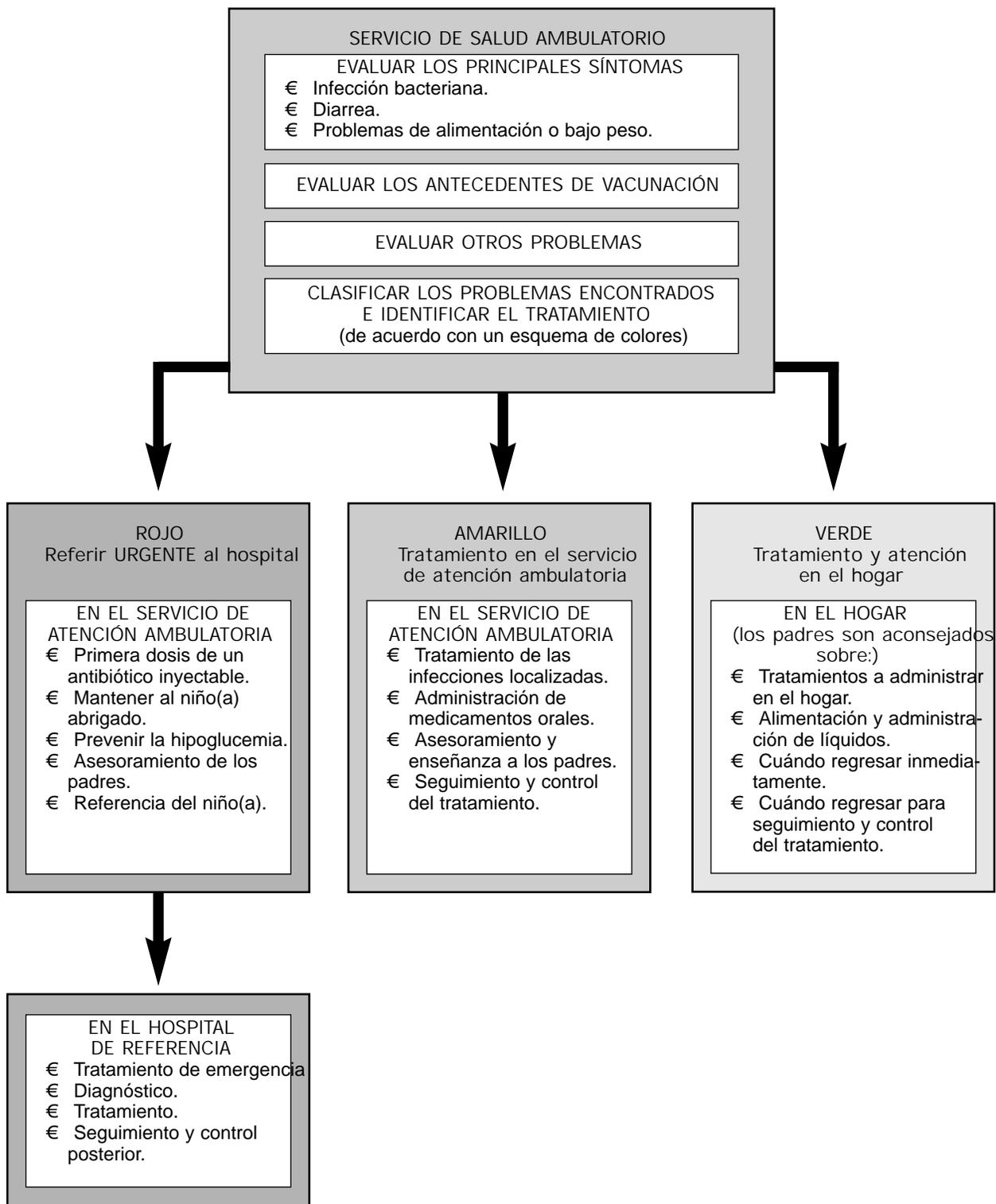
ha mostrado apropiada como un resumen de los signos y síntomas clave que caracterizan cada enfermedad básica de la formación médica, toda vez que dada, y la elección del tratamiento más efectivo, la estrategia fortalece el uso y aplicación del examen clínico del AIEPI integra también contenidos referidos a la medicina, basado en la semiología de las diferentes condiciones de base del niño(a), incluyendo su estado de salud, enfermedades, y selecciona aquellos signos y síntomas nutricionales, la presencia o ausencia de factores protectores clave con base en su sensibilidad y especificidad para determinar la necesidad o no de cada tratamiento. Por lo tanto, la enseñanza de la AIEPI en la enseñanza de la medicina, considerando esenciales para brindar a los estudiantes y no solo brinda al estudiante una herramienta práctica para futuros graduados una visión de conjunto de la salud para un desempeño eficiente en la atención infantil en el primer nivel de atención, sino que refuerza el vínculo entre el desempeño práctico y los contenidos teóricos básicos que construyen la ciencia médica. de la salud.

Complementando el buen desempeño médico para la evaluación semiológica, la identificación de los

Anexo I. Proceso de atención integrada de niños(as) de 2 meses a 5 años



Anexo I. Proceso de atención integrada de niños(as) de 1 semana a 2 meses



Anexo II

Prácticas familiares clave
Para el crecimiento y desarrollo infantil saludables

Para el crecimiento físico y el desarrollo mental

1. Amamante a los lactantes de manera exclusiva por lo menos seis meses. (Las madres que son VIH positivas deberán recibir asesoramiento sobre otras opciones para alimentar al bebé, teniendo presente las normas y recomendaciones de OMS/UNICEF/ONUSIDA sobre infección por VIH y alimentación del lactante).
2. A partir de los seis meses de edad, suministre a los niños(as) alimentos complementarios recién preparados, de alto contenido nutricional y energético, continuando al mismo tiempo con la lactancia materna hasta los dos años o más.
3. Proporcione a los niños(as) cantidades suficientes de micronutrientes (vitamina A y hierro, en particular), ya sea en su régimen alimentario o mediante el suministro de suplementos.
4. Promueva el desarrollo mental y social del niño(a), respondiendo a su necesidad de atención, y procure estimularlo mediante la conversación, juegos y otras interacciones físicas y emocionales apropiadas.

Para la prevención de enfermedades

5. Lleve a los niños(as) en las fechas previstas a que reciban el esquema completo de vacunas (BCG, DPT, VOP y antisarampionosa) antes de que cumplan un año.
6. Deseche las heces (inclusive las de los niños(as)) de manera segura y lávese las manos con agua y jabón después de la defecación y antes de preparar los alimentos y dar de comer a los niños(as).
7. Proteja a los niños(as) en las zonas donde la malaria es endémica, asegurándose que duerman con mosquiteros tratados con insecticida.
8. Adopte y mantenga los hábitos apropiados para la prevención y atención de las personas infectadas por el VIH, especialmente los huérfanos.

Para el cuidado apropiado en el hogar

9. Continúe alimentando y dando líquidos a los niños(as), especialmente leche materna, cuando están enfermos.
10. Administre a los niños(as) enfermos el tratamiento casero apropiado para las infecciones.
11. Tome las medidas adecuadas para prevenir y controlar lesiones y accidentes en los niños(as).
12. Evite el maltrato y descuido de los menores y tome medidas adecuadas cuando ocurran.

13. Asegúrese que los hombres participen activamente en el cuidado de sus hijos y se involucren en los asuntos relacionados con la salud reproductiva de la familia.

Para buscar atención

14. Reconozca cuando los niños(as) enfermos necesitan tratamiento fuera del hogar y llévelos al personal de salud apropiado para que reciban atención.
15. Siga las recomendaciones dadas por el personal de salud en relación con el tratamiento, seguimiento y la referencia del caso.
16. Asegúrese que toda mujer embarazada reciba atención prenatal adecuada, consistente en un mínimo de cuatro visitas prenatales con un proveedor apropiado de servicios de salud, y la administración de las dosis recomendadas de toxoide tetánico. La madre necesita contar con el apoyo de la familia y la comunidad para buscar atención apropiada, especialmente en el momento de dar a luz y durante el posparto y período de lactancia.

Bibliografía

- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Salud en las Américas. Edición de 2002. Publicación Científica No. 587. Washington, DC: OPS/OMS; 2002. pp275-78.
- Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1994. Volumen 1. Publicación Científica 549. Washington, D. C.: OPS, 1994. p73-80.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Salud en las Américas. Washington, DC: OPS/OMS; 1998. pp71-76. Publicación Científica No. 569.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta nicaragüense de demografía y salud 1998, Nicaragua. Macro International Inc. USA, Abril 1999. pp 146-153
- Instituto Nacional de Estadísticas. Guatemala, Encuesta de salud materno infantil 1998-1999, Guatemala. Macro International Inc. USA, Julio 1999. pp 110-115.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1998. República de Bolivia. Macro International Inc., USA, Diciembre de 1998. pp 149-155.
- Centro de Estudios Sociales y Demográficos, CESDEM. Encuesta Demográfica y de Salud 1996. República Dominicana. Macro International Inc., USA, Junio 1997. pp 139-146.
- Gove S, Tamburlini G, Molyneux E, Whitesell P, Campbell H. Development and technical basis of simplified guidelines for emergency triage assessment and treatment in developing countries. WHO Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Referral Care Project. Arch Dis Child 1999 Dec;81(6):473-7.
- Shah D, Sachdev HP. Evaluation of the WHO/UNICEF algorithm for Integrated Management of Childhood Illness between the age of two months to five years. Indian Pediatr 1999 Aug;36(8):767-77.
- Gupta R, Sachdev HP, Shah D. Evaluation of the WHO/UNICEF algorithm for Integrated Management of Childhood Illness between the ages of one week to two months. Indian Pediatr 2000 Apr;37(4):383-90.
- Naciones Unidas. Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y Plan de Acción para la Aplicación de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño(a) en el Decenio de 1990. Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Nueva York, 30 de septiembre de 1990.
- World Health Organization. WHO's contribution to the achievement of the development of goals of the United Nations Millennium Declaration. Geneva: World Health Organization, 2002.
- World Development Report 1993. Investing in Health. Oxford University Press, 1993. p 108-133.
- Organización Panamericana de la Salud. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la infancia (AIEPI). Curso Clínico. Washington, DC. OPS/OMS, 1995.
- Organización Panamericana de la Salud. 44° Consejo Directivo. La contribución de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la infancia (AIEPI) a la supervivencia infantil para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. OPS/OMS, Washington, D. C., 2003.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Niños(as) sanos: la meta de 2002. Avances en el logro de la meta propuesta en el primer año 1999. Washington, DC, 2001. OPS/HCP/HCT/AIEPI 01.20.E.
- Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? The Lancet. Vol 361, January 4, 2003.
- Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS and the Bellagio Child Survival Study. How many child deaths can we prevent this year? The Lancet. Vol 362, July 5, 2003.
- Benguigui Y. The IMCI strategy in the region of the Américas: Impact on infant mortality, quality of care and child development. International Colloquium. Promoting growth and development of under five. Prince Leopold Institute of Tropical Medicine. Antwerp 28-30 November, 2001.
- Arifeen S, Black RE, Antelman G, Baqui A, Caulfield L, Becker S. Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka slums. Pediatrics Vol 108, 4; October 2001.
- López-Alarcón M, Villalpando S, Fajardo A. Breast-feeding lowers the frequency and duration of acute respiratory infection and diarrhea in infants under six months of age. J Nutr. 1997 Mar;127(3):436-43.
- Hill Z, Kirkwood B, Edmond K. Family and community practices that promote child survival, growth and development. A review of the evidence. WHO, 2004.
- Lambrechts T, Bryce J, Orinda V. Integrated Management of Childhood Illness: a summary of first experiences. Bull World Health Organ 1999;77(7):582-94.
- Heiby JR. Quality improvement and the Integrated Management of Childhood Illness: lessons from developed countries. Jt Comm J Qual Improv 1998 May;24(5):264-79.
- Health worker performance after training in Integrated Management of Childhood Illness, Western Province, Kenya, 1996-1997. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1998 Nov 27;47(46):998-1001.
- Perú, Ministerio de Salud. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la infancia. Evaluación a servicios de salud. Segunda prueba mundial. Perú, Octubre 1999. Lima: Dirección General de Salud de las Personas, 2000. pp36.
- World Health Organization. A critical link. Interventions for physical growth and psychological development. A review. WHO, 1999. WHO/CHS/CAH/99.3.
- Gross GJ, Howard M. Mothers' Decision-making processes regarding health care for their children. Public Health Nurs 2001 May-Jun;18(3):157-68.

- Tarkka MT, Paunonen M, Laippala P. First-time mothers and child care when the child is 8 months old. *J Adv Nurs* 2000 Jan;31(1):20-6.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Grupo Asesor Técnico AIEPI (GATA). Informe de la primera reunión. Washington, DC, OPS/OMS, 2001. Serie HCT/AIEPI-66.E.
- Puga TF, Benguigui Y. Enseñanza de la pediatría en escuelas de medicina de América Latina. Serie HCT/AIEPI 58.E. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D. C. OPS 2002.
- OPS/OMS. AIEPI en las facultades de medicina de América Latina: un trabajo conjunto entre ALAPE y OPS/OMS. Noticias sobre AIEPI. Número 5, Abril 2001. OPS/OMS. Washington, D. C., U.S.A, 2001.
- Benguigui Y. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Características de una estrategia para mejorar la calidad de atención de la salud de los niños(as) menores de 5 años de edad. En: Voyer L, Ruvinsky R, Cambiano C. *Pediatría*. Segunda edición. Ediciones Journal, 2003. Buenos Aires. Argentina.
- Benguigui Y, Bossio JC, Fernández HR. Investigaciones operativas sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Serie HCT/AIEPI-27.E. OPS/OMS, Washington DC, USA, 2001.
- Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades prevalentes graves de la infancia. Guía básica para el nivel de referencia hospitalaria. Serie HCT/AIEPI 23.E. OPS/OMS, Washington, D. C., U. S. A., 2001.
- Universidad Nacional de Rosario. El niño enfermo. Tomo 1. UNR Editora. Argentina. 2002.
- Aranda Torrelio E. Editor Responsable. Texto de la cátedra de pediatría. Universidad Mayor de San Andrés. La Paz, Bolivia. 2003.

ALAPE

Nuevos paradigmas en la enseñanza de la pediatría:
La contribución de AIEPI

OPS

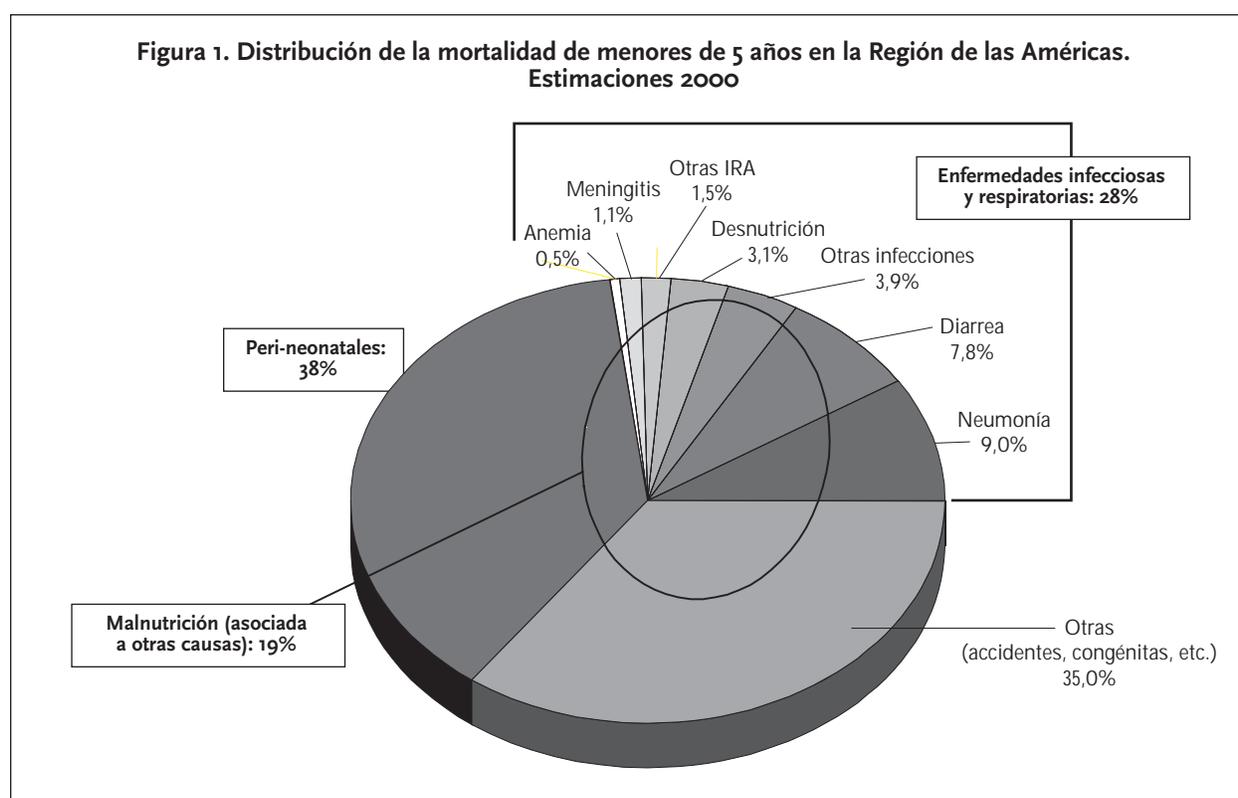
La estrategia AIEPI y su contribución a la salud infantil*

Yehuda Benguigui**

La salud de la niñez en las Américas

Aunque durante los últimos decenios se han logrado importantes avances en la prevención y tratamiento efectivo de las enfermedades, la mortalidad durante los primeros años de vida continúa siendo un hecho frecuente. En el continente americano se estimó a fines del Siglo XX que un número aproximado de medio millón de niños y niñas morían antes de llegar a los cinco años de edad; lo que representó una tasa de mortalidad de 33,4 por cada 1.000 nacidos vivos.

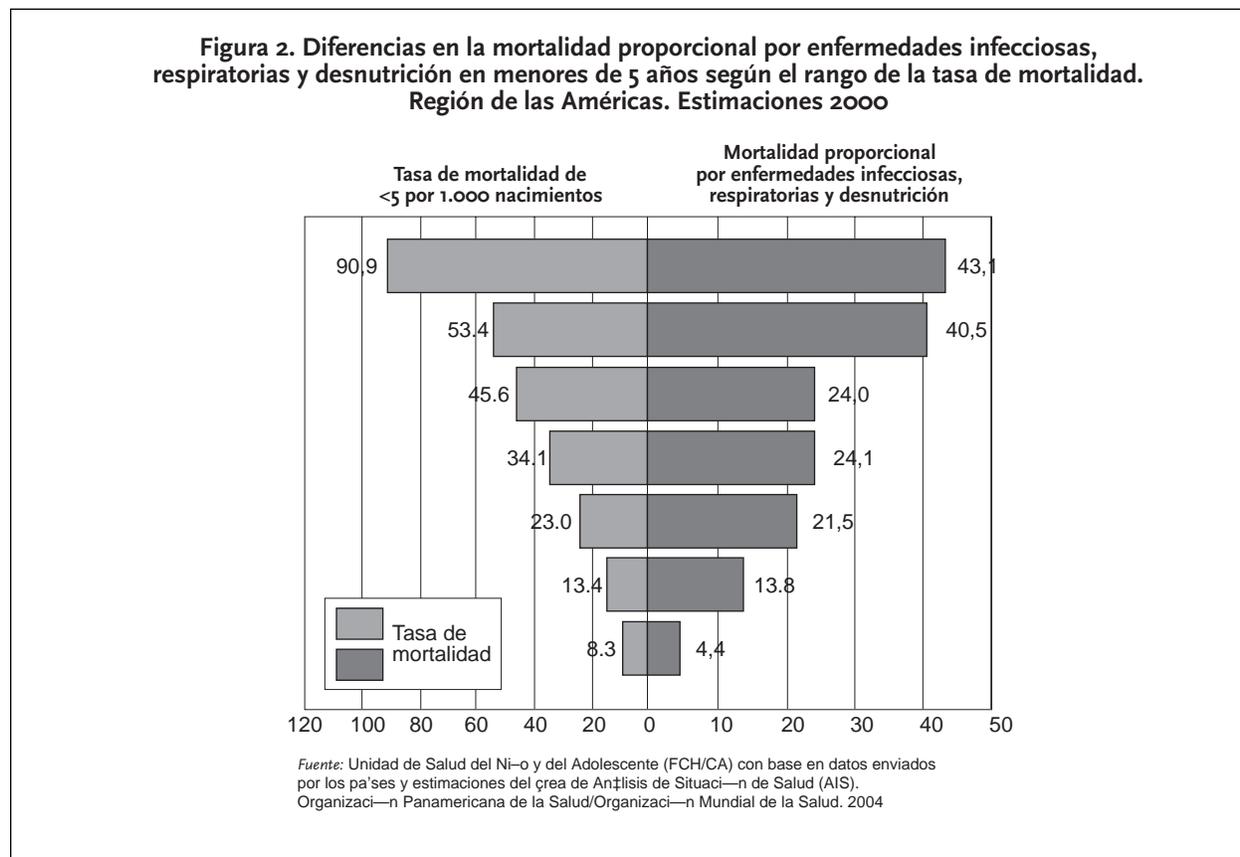
Las enfermedades infecciosas, las enfermedades respiratorias y la desnutrición representaron en 2000 alrededor del 27% del total de las defunciones del grupo (figura 1).



Sin embargo, a pesar de la persistencia de estos problemas, estos ya no constituirían la principal causa de mortalidad durante la infancia, como sí lo habían hecho durante la década de los 60 y 70.

* Tema presentado en el XIII Congreso Latinoamericano de Pediatría, realizado en la Ciudad de Panamá, Panamá, del 16-21 de Noviembre de 2003, en el Simposio "Nuevos paradigmas en la enseñanza de la pediatría". La presentación estuvo a cargo del Dr. Gerardo Cabrera Meza.

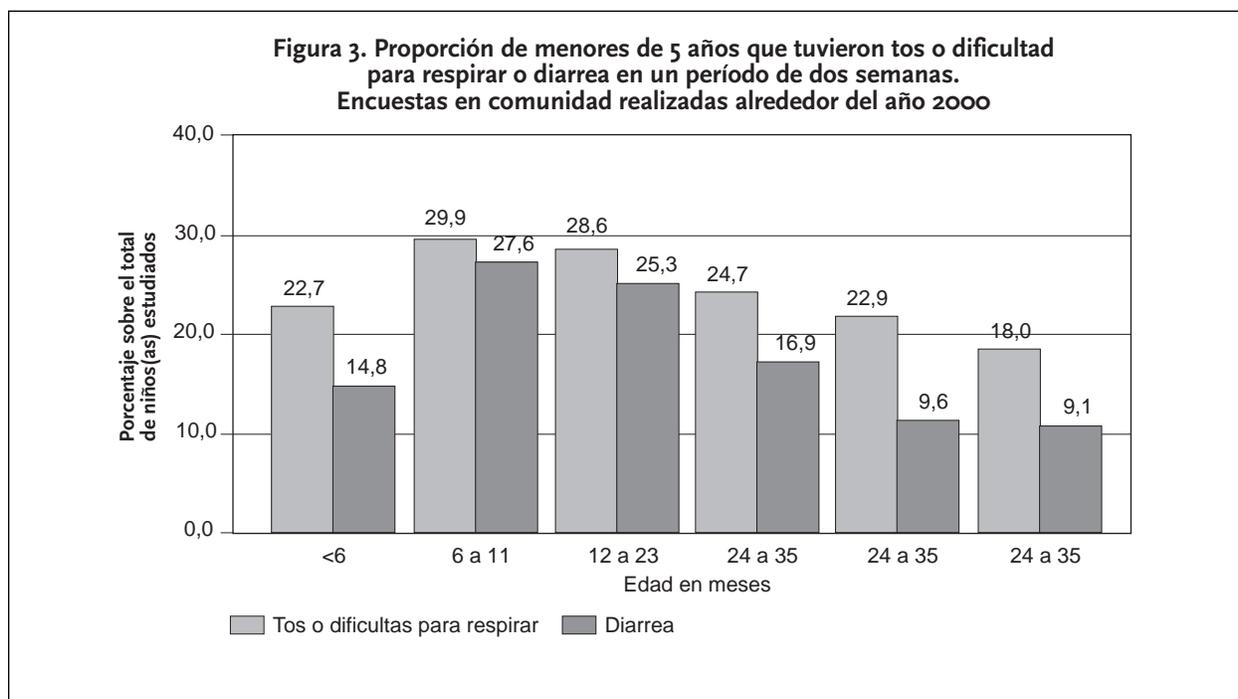
** Jefe de la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH/CA). Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).



Las causas asociadas al período perinatal repre-cada 1.000 nacidos vivos morirán antes de llegar al año sentaron en el año 2000 la principal causa de mortali- de vida. Este riesgo varía según el país de nacimiento. En Canadá, que es el país con menor mortalidad, solamente se estima que ocasionaron alrededor de entre seis y siete de cada 1.000 nacidos vivos muere 200.000 defunciones, la mayoría de ellas antes del mes antes del año de vida; mientras que en Haití, que es el país con mayor mortalidad, el número de nacidos vivos ocurrieron ese año por debajo de los cinco años de que muere antes de llegar al año de edad es de 108 por edad. Las afecciones perinatales son la principal causacada 1.000. De este modo, los recién nacidos en Haití de mortalidad infantil en la Región de las Américas, y tienen aproximadamente un riesgo relativo de morir de son responsables de alrededor del 60% de las defun- 16,4 con respecto a los recién nacidos en Canadá. El mayor riesgo de morir está también asociado a

Complementando el perfil de mortalidad, la desnu- un perfil de la mortalidad diferente (figura 2). trición se estimó responsable directa de un 3% de las En los países con elevada tasa de mortalidad en muertes de niños(as) menores de cinco años, pero se menores de cinco años, el peso de las enfermedades estimó asociada a alrededor de un 20% del total de infecciosas, las enfermedades respiratorias y la desnu- muertes del grupo, que tuvieron como causa final prin- trición dentro de la mortalidad es mucho mayor que en cipalmente una enfermedad infecciosa o respiratoria. los países con tasas de mortalidad más baja.

La descripción anterior, al basarse en promedios En los ocho países que en el año 2000 tenían una regionales, ocultan sin embargo las diferencias existen-tasa de mortalidad estimada en menores de cinco años tes entre los países. Mientras en la Región de las superior a 50 por 1.000 nacidos vivos, las enfermeda- Américas, tomada como un todo, se estima que 33 de des infecciosas, las enfermedades respiratorias y la



desnutrición eran responsables de por lo menos el diarrea de alrededor de dos a seis episodios por 40% de las muertes. niño(a), y una incidencia de enfermedades respirato-

En el otro extremo de la distribución, en los países rias de entre cuatro y ocho episodios. con una tasa de mortalidad estimada menor de 10 por Con base en estas encuestas se puede observar 1.000 nacidos vivos, el peso proporcional de estas cau- que un niño(a) puede tener un episodio de alguna de sas en la mortalidad fue menor al 5%. estas enfermedades por lo menos una vez al mes.

De este modo, la razón entre la proporción de Este hecho no solo tiene repercusión en cuanto a muertes de menores de cinco años debida a enferme- la cantidad de tiempo que el niño(a) pasa afectado por dades respiratorias, enfermedades infecciosas y desnu- diversas enfermedades durante su primera infancia, trición entre ambos grupos de países fue en el año sino también en el crecimiento y el desarrollo durante 2000 de 9,8. este importante período de la vida. Asimismo, la ele-

En el centro de la distribución, en los países con vada frecuencia con que un niño(a) está expuesto a las mortalidad de menores de cinco años entre 20 y 30 por enfermedades resalta la importancia de que se encuen- 1.000 nacidos vivos, esas enfermedades fueron latre en la mejor condición nutricional para defenderse causa de menos de un tercio de las muertes. de la agresión de los agentes infecciosos. En este sen-

Fuera de su peso como causa de mortalidad, las tido, aún los niños(as) que no están desnutridos, pero enfermedades infecciosas, y especialmente las enfer- que tienen carencias de micronutrientes como vita- medades respiratorias, continúan constituyendo una mina A o zinc, entre otros, tienen más riesgo de pade- causa muy frecuente de enfermedad entre los menores- cer episodios de enfermedad de mayor duración o de de cinco años (figura 3). mayor gravedad.

Encuestas realizadas en comunidades de distintos Además de este conjunto de enfermedades infec- países muestran que entre un 10% y un 30% de los- ciosas que afectan la salud de los menores de cinco niños(as) menores de cinco años han sufrido algún años, otros problemas han emergido como causa de episodio de una de estas enfermedades en las últimas- deterioro de la salud infantil. Entre ellos pueden desta- dos semanas. Esto significa una incidencia anual de carse las enfermedades obstructivas de las vías respira-

torias inferiores, que se instalan de manera crónica y mayor frecuencia afectan la salud de los niños y niñas limitan la actividad del niño(a); enfermedades metabólicas como la diabetes, en la que se ha registrado una creciente incidencia a edades cada vez más jóvenes; y de manejo de casos, o la incorporación de micronutrientes esenciales en productos de consumo masivo, sexual, que están siendo mencionados cada vez con mayor frecuencia como causa de morbilidad y mortalidad durante la infancia en muchos países del continente. Estas intervenciones, como la vacunación, las normas estandarizadas de manejo de casos, o la incorporación de micronutrientes esenciales en productos de consumo masivo, sexual, que están siendo mencionados cada vez con mayor frecuencia como causa de morbilidad y mortalidad durante la infancia en muchos países del continente.

Todos estos problemas se asocian también al ambiente cambiante en que los niños(as) nacen, crecen y se desarrollan, que muchas veces los expone a un mayor riesgo de enfermedades o de agravamiento de las mismas. En este sentido, por ejemplo, el incremento en la incidencia de enfermedades respiratorias obstructivas se ha asociado a la mayor contaminación del aire, tanto en el interior del hogar como en el exterior, con partículas irritantes de las vías respiratorias; y algunas malformaciones congénitas se han asociado a contaminantes químicos que afectaron la salud materna durante determinadas etapas del embarazo.

En las últimas décadas del Siglo XX, la Región de las Américas fue testigo de la drástica reducción en la mortalidad y en la ocurrencia de enfermedades como la poliomielitis y el sarampión, ambas objeto de programación a través de vacunas de alta eficacia. Durante ese mismo período, la reducción en la mortalidad por diarrea y por infecciones respiratorias agudas también fue notable, y contribuyó durante las últimas décadas de ese siglo a un marcado incremento en la esperanza de vida de toda la población. Estas intervenciones, implementadas a través de programas específicos, fueron integradas a mediados de la década de los noventa, en búsqueda de un abordaje que se enfoque más en la condición de salud de los niños(as) que en la detección y tratamiento de enfermedades. Este abordaje se plasmó en la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), elaborada en forma conjunta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) como una respuesta a la necesidad de enfocar la atención y el cuidado del niño(a) en su condición de salud básica y no en una enfermedad específica.

La atención de la salud infantil, en este marco, va adquiriendo gradualmente una complejidad cada vez mayor, y requiere disponer simultáneamente de conocimientos, prácticas y suministros apropiados para el manejo de problemas que tradicionalmente han afectado a la supervivencia infantil, junto con aquellos dirigidos a la evaluación, detección y tratamiento de problemas y enfermedades emergentes que están poniendo en riesgo la salud de la niñez. Esta situación se da en un marco regional en el cual muchos niños(as) y sus familias no tienen acceso a servicios básicos de salud, lo cual los pone en una situación de gran vulnerabilidad, incrementando el riesgo de agravamiento y de muerte.

La estrategia AIEPI incluye una serie de pasos para la evaluación de la condición de salud del niño(a) que permite tanto al personal de salud como a los padres identificar los signos de enfermedad teniendo en cuenta aquellas que con mayor frecuencia se presentan en el lugar en que el niño(a) vive. Para cada signo identificado, la estrategia utiliza un sistema de clasificación basado en el riesgo que el hallazgo implica para la vida y la salud del niño(a), estableciendo la conducta a seguir que puede ser la necesidad de una consulta urgente a un hospital, el manejo y tratamiento ambulatorio del cuadro, o el cuidado con medidas sintomáticas en el hogar.

La supervivencia infantil y el crecimiento y desarrollo saludables han constituido una prioridad para el manejo y tratamiento ambulatorio del cuadro, o el cuidado con medidas sintomáticas y tratamiento efectivo de las enfermedades que con

Figura 4. Principales razones por las que la estrategia AIEPI mejora la calidad de atención de la salud en la niñez

- Brinda respuesta al motivo de consulta de los padres.
- Busca otros signos y síntomas precoces de enfermedades prevalentes aunque no sean el motivo de consulta.
- Trata todas las enfermedades y problemas detectados.
- Verifica el estado de vacunación y aplica las vacunas necesarias.
- Administra micronutrientes como hierro y vitamina A.
- Evalúa la condición nutricional del niño(a), las prácticas de alimentación, y el cuidado y atención que recibe el menor en el hogar.
- Da información y educación a los padres para mejorar el crecimiento y desarrollo infantil, y para mejorar la salud de la familia.
- Indaga posibles signos de enfermedad en otros integrantes de la familia.

Para completar el enfoque integrado, la estrategia AIEPI incluye siempre un conjunto de recomendaciones y medidas dirigidas a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud, incluyendo la familia y contenidos de información y educación clave para la verificación del estado de vacunación, la aplicación de las vacunas necesarias, la evaluación de las prácticas de cuidado y atención del niño(a) en el hogar, la suplementación con micronutrientes esenciales durante la infancia.

Gracias a su componente de información, educación y comunicación, la estrategia AIEPI fortalece los conocimientos y las prácticas de la familia para brindar a sus niños(as) el mejor cuidado y atención en el hogar. Esto contribuye a la prevención de enfermedades asociadas a prácticas inapropiadas de cuidado del niño(a)

(por ejemplo, falta de lactancia materna, inadecuada higiene de los alimentos, condiciones deficientes de saneamiento básico en la vivienda), y a mejorar la cobertura de medidas de prevención específicas como la vacunación. De este modo, los padres mejoran su capacidad de brindar a sus niños(as) un crecimiento y desarrollo saludables, y también mejoran su nivel de salud, por un personal voluntario en la comunidad, o incluso por sus propios padres. Pero dado que el rango de enfermedades y problemas que pueden afectar la salud del niño(a) es muy amplio, la estrategia fue elaborada incorporando aquellas que son más frecuentes junto de intervenciones que se han mostrado efectivas según el perfil epidemiológico del sitio de aplicación. Por esta razón, la implementación de la estrategia

El enfoque integrado de la estrategia AIEPI se basa en una secuencia de pasos que conducen a indagar por diferentes signos y síntomas de enfermedad que pueden estar afectando la salud de un menor, independientemente de la razón inicial por la cual está siendo examinado, ya sea por el personal de un servicio de salud, o un personal voluntario en la comunidad, o incluso por sus propios padres. Pero dado que el rango de enfermedades y problemas que pueden afectar la salud del niño(a) es muy amplio, la estrategia fue elaborada incorporando aquellas que son más frecuentes junto de intervenciones que se han mostrado efectivas según el perfil epidemiológico del sitio de aplicación. Por esta razón, la implementación de la estrategia

Cuadro 1. Contenidos básicos y nuevos contenidos de la estrategia AIEPI en la Región de las Américas. 2003

CONTENIDOS BÁSICOS	NUEVOS CONTENIDOS
■ Signos inespecíficos de enfermedad grave.	■ Afecciones perinatales y neonatales.
■ Enfermedades respiratorias agudas.	■ Retraso en el desarrollo y estimulación temprana.
■ Diarrea:	■ Asma, síndrome bronco-obstrutivo y otras enfermedades obstructivas respiratorias.
• Deshidratación	■ Maltrato, violencia doméstica y abuso sexual.
• Diarrea persistente	■ Diabetes y sobrepeso
• Disentería	■ Salud oral
■ Fiebre:	■ Dengue
• Malaria	■ Enfermedad de Chagas
• Sarampión	■ Epilepsia
■ Problemas de oído	■ Accidentes
■ Parasitosis (helminetos)	
■ Desnutrición	
■ Problemas de alimentación	
■ Vacunación incompleta	

incluye una primera etapa dirigida a adaptarla a las condiciones locales, basando esta adaptación en consideraciones de tipo epidemiológicas (orden de frecuencia de las enfermedades infantiles en cada lugar) y en éstas representan la causa de muerte de alrededor del 60% de los menores de un año del continente americano en el lugar para la atención de las distintas enfermedades). cinco años.

En su versión genérica, la estrategia AIEPI incluye un conjunto básico de enfermedades que afectan con mayor frecuencia la salud de los menores de cinco años según los datos disponibles de la mayoría de los países en desarrollo (cuadro 1).

Sin embargo, dado que en algunos de estos países otras enfermedades y problemas afectan la salud de los niños(as) con elevada frecuencia, y cuentan con los recursos y estructura necesarios para su atención, estos componentes básicos fueron complementados con intervenciones adicionales. De particular importancia es la incorporación del componente

cial que AIEPI esté accesible a todas las familias y, prin- cialmente, a aquellas que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad, donde el riesgo de enfermar en sus niños(as) es mayor. Esto resulta de suma importancia, teniendo en cuenta que en muchas facultades de medicina de la Región la preparación del estudiante para la atención

Para lograr esto es crucial que todos los servicios de la demanda que se presenta en el primer nivel de salud a los que actualmente tiene acceso la población atención puede resultar insuficiente, sobre la base de la cuenta con el personal capacitado y los suministros distribución del tiempo durante la formación.

necesarios para la efectiva aplicación de la estrategia. La formación tradicional médica está orientada a Teniendo en consideración, además, que una parte de la población no posee actualmente acceso a servicios decios hospitalarios, donde los estudiantes ven casos salud, también deberán implementarse acciones para la graves de enfermedades que con poca frecuencia ten- capacitación y provisión de suministros clave a personal drán ocasión de ver en la práctica médica posterior. comunitario que trabaja en poblaciones alejadas de los Esto resulta clave para que el estudiante adquiera cono- centros urbanos y de los puestos de salud rurales. cimientos y habilidades empíricas en el manejo de

En este marco, el papel de las facultades de medi- enfermedades que eventualmente pueden presentarse. cina resulta clave. Por un lado, son las responsables deSin embargo, dado que en la atención habitual de los la formación básica del personal de salud y conducen o servicios de salud el perfil de enfermedades es dife- tienen una gran participación en los programas de resi- rente al que se observa en los hospitales, también dencia y de formación de posgrado y especialización.puede orientar al estudiante a un manejo inapropiado Pero por otro lado, las facultades de medicina resultan de estos casos, incorporando procedimientos de eva- una referencia clave para el establecimiento de están- luación complementarios (laboratorio, diagnóstico por dares de atención, a través del prestigio de sus docen- imágenes) o tratamientos más especializados (utiliza- tes y de sus hospitales y de los servicios de saludción más frecuente de medicamentos, uso de antibióti- universitarios. cos de segunda línea).

Además, en numerosos países las facultades de Para complementar esta formación y evitar medicina han incorporado servicios de atención por emplear técnicas y procedimientos de los servicios de parte de sus estudiantes antes de su graduación. Sereferencia en el primer nivel de atención, sería esencial estima que aproximadamente 40.000 estudiantes del que el estudiante tenga, además, la oportunidad de rea- último año de la carrera de medicina están ejercitando lizar prácticas en los servicios de atención ambulatoria. su profesión antes de graduarse, atendiendo la salud De este modo podrá familiarizarse no solo con el perfil de poblaciones postergadas en comunidades rurales o de la consulta en el primer nivel, sino con los recursos en servicios de salud de la periferia de las ciudades.habituales de diagnóstico con que cuenta en estos ser- Estos estudiantes, que adquieren una valiosa experien- vicios, y adquirir el conocimiento y la habilidad para cia de campo a través de este año social o rural obliga-hacer el uso más eficiente de los recursos disponibles torio, brindan también un servicio clave a sus para brindar la mejor calidad de diagnóstico y trata- comunidades permitiéndoles contar con una atención miento.

calificada a través de los servicios de salud más cerca- El trabajo en el primer nivel de atención, además, nos a su domicilio. lo confrontará con la necesidad de brindar resolución a

Para que este servicio que las universidades brin- la mayoría de los casos haciendo un uso cuidadoso y dan a la comunidad se traduzca en mejores resultados, eficiente de la posibilidad de derivar el caso a un nivel la AIEPI puede constituirse en una estrategia clave,hospitalario. Dado que la referencia representa una toda vez que sintetiza los contenidos enseñados inversión de tiempo y recursos tanto para la familia durante la formación básica y los complementa con los como para el sistema de salud, resulta crítico que el aspectos epidemiológicos y operativos que permitirán estudiante adquiera la habilidad de reconocer aquellos al estudiante brindar una atención basada en la eviden- casos que necesitan ser referidos entre un número

mucho mayor de casos que podrán ser resueltos en el primer nivel. Dado que los estudiantes llegarán a dichos servicios, de manera de garantizar que estarán en condiciones de brindar respuesta a

Finalmente, el peso de las acciones de prevención de las causas más frecuentes de consulta y que lo harán y promoción de la salud en el primer nivel de atención utilizando los criterios de evaluación, diagnóstico y tratamiento mayor que en el nivel hospitalario, razón por la cual también más costo-efectivos.

una práctica más frecuente e intensa en los servicios periféricos le brindará la oportunidad de una mayor interacción con el equipo de atención primaria, así como una mayor participación en actividades de formación, educación y comunicación. Por sus características, la AIEPI puede constituirse en la estrategia clave para la atención en estos servicios. Por esta razón, la capacitación de los estudiantes en su aplicación, previo a que se desempeñen en los servicios de salud del primer nivel, puede reforzar los

Dado que la mayor parte de los estudiantes pasarán a desempeñarse principalmente en servicios de salud del primer nivel de atención, la experiencia práctica en la que se basa la estrategia, y resumir de este modo las mejores prácticas de atención médica en los hospitales puede no capacitarlos para un desempeño apropiado con posterioridad a la graduación.

Adicionalmente, la capacitación en la AIEPI mejorará el desempeño de los profesionales para brindar a los estudiantes del último año realizan en muchas facultades de medicina „trabajando en servicios de salud rurales o de la periferia de las ciudades,“ puede resultar clave. No obstante es necesario tener en cuenta con qué conocimientos y prácticas dichos estudiantes de vida para los menores y sus familias.

Bibliografía

- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Salud en las Américas. Edición de 2002. Publicación Científica No. 587. Washington, DC: OPS/OMS; 2002. pp275-78.
- Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1994. Volumen 1. Publicación Científica 549. Washington, D. C.: OPS, 1994. p73-80.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Salud en las Américas. Washington, DC: OPS/OMS; 1998. pp71-76. Publicación Científica No. 569.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta nicaragüense de demografía y salud 1998, Nicaragua. Macro International Inc. USA, Abril 1999. pp 146-153.
- Instituto Nacional de Estadísticas. Guatemala, Encuesta de salud maternoinfantil 1998-1999, Guatemala. Macro International Inc. USA, Julio 1999. pp 110-115.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta nacional de demografía y salud 1998. República de Bolivia. Macro International Inc., USA, Diciembre de 1998. pp 149-155.
- Centro de Estudios Sociales y Demográficos, CESDEM. Encuesta demográfica y de salud 1996. República Dominicana. Macro International Inc., USA, Junio 1997. pp 139-146.
- Gove S, Tamburlini G, Molyneux E, Whitesell P, Campbell H. Development and technical basis of simplified guidelines for emergency triage assessment and treatment in developing countries. WHO Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Referral Care Project. Arch Dis Child 1999 Dec;81(6):473-7.
- Shah D, Sachdev HP. Evaluation of the WHO/UNICEF algorithm for Integrated Management of Childhood Illness between the age of two months to five years. Indian Pediatr 1999 Aug;36(8):767-77.
- Gupta R, Sachdev HP, Shah D. Evaluation of the WHO/UNICEF algorithm for Integrated Management of Childhood Illness between the ages of one week to two months. Indian Pediatr 2000 Apr;37(4):383-90.
- Naciones Unidas. Declaración Mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño y plan de acción para la aplicación de la declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño en el decenio de 1990. Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Nueva York, 30 de septiembre de 1990.
- World Health Organization. WHO's contribution to the achievement of the development of goals of the United Nations Millennium Declaration. Geneva: World Health Organization, 2002.
- World Development Report 1993. Investing in Health. Oxford University Press, 1993. p 108-133.
- Organización Panamericana de la Salud. 44° Consejo Directivo. La contribución de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) a la supervivencia infantil para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. OPS/OMS, Washington, D. C., 2003.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Niños sanos: la meta de 2002. Avances en el logro de meta propuesta en el primer año 1999. Washington, DC, 2001. OPS/HCP/HCT/AIEPI 01.20.E.
- Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? The Lancet. Vol 361, January 4, 2003.
- Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS and the Bellagio Child Survival Study. How many child deaths can we prevent this year? The Lancet. Vol 362, July 5, 2003.
- Benguigui Y. The IMCI strategy in the region of the Américas: Impact on infant mortality, quality of care and child development. International Colloquium. Promoting growth and Development of under five. Prince Leopold Institute of Tropical Medicine. Antwerp 28-30 November, 2001.
- Hill Z, Kirkwood B, Edmond K. Family and community practices that promote child survival, growth and development. A review of the evidence. WHO, 2004.
- Organización Panamericana de la Salud. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Curso Clínico. Washington, DC. OPS/OMS, 1995.
- Lambrechts T, Bryce J, Orinda V. Integrated Management of Childhood Illness: a summary of first experiences. Bull World Health Organ 1999;77(7):582-94.
- Heiby JR. Quality improvement and the integrated management of childhood illness: lessons from developed countries. Jt Comm J Qual Improv 1998 May;24(5):264-79.
- Health worker performance after training in integrated management of childhood illness, Western Province, Kenya, 1996-1997. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1998 Nov 27;47(46):998-1001.
- Perú, Ministerio de Salud. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la infancia. Evaluación a servicios de salud. Segunda prueba mundial. Perú, Octubre 1999. Lima: Dirección General de Salud de las Personas, 2000. pp36.
- World Health Organization. A critical link. Interventions for physical growth and psychological development. A review. WHO, 1999. WHO/CHS/CAH/99.3.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Grupo Asesor Técnico AIEPI (GATA). Informe de la primera reunión. Washington, DC, OPS/OMS, 2001. Serie HCT/AIEPI-66.E.
- Puga TF, Benguigui Y. Enseñanza de la pediatría en escuelas de medicina de América Latina. Serie HCT/AIEPI 58.E. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D. C. OPS 2002.
- OPS/OMS. AIEPI en las facultades de medicina de América Latina: un trabajo conjunto entre ALAPE y OPS/OMS. Noticias sobre AIEPI. Número 5, Abril 2001. OPS/OMS. Washington, D. C., U.S.A, 2001.
- Benguigui Y. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Características de una estrategia para mejorar la calidad de atención de la salud de los niños menores de 5 años de edad. En: Voyer L, Ruvinsky R, Cambiano C. Pediatría. 2ª Edición. Ediciones Journal, 2003. Buenos Aires. Argentina.

Recomendaciones del Grupo Asesor Técnico de AIEPI (GATA)

Dr. Fernando Steiff

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por los países en 2000, y la meta de reducir la mortalidad de menores de cinco años en dos tercios para 2015 con respecto a su valor en 1990, reafirman la necesidad de continuar orientando los mayores esfuerzos a favor de la supervivencia infantil en todos los países de la Región de las Américas.

En las últimas décadas, los países realizaron importantes progresos con relación a la mortalidad en la niñez; y el descenso en la mortalidad de menores de cinco años ha contribuido a incrementar la esperanza de vida de la población.

La reducción de la mortalidad por diarrea y por enfermedades respiratorias representó la mayor contribución al incremento en la esperanza de vida; y este avance consolidó los logros que ya habían sido obtenidos mediante la disminución de la incidencia y mortalidad por enfermedades prevenibles por vacuna.

Sin embargo, los avances realizados son insuficientes y no se distribuyen por igual entre los países de la Región de las Américas.

Aproximadamente medio millón de niñas y niños muere anualmente en el continente, y la diarrea y las enfermedades respiratorias aún son responsables de por lo menos una de cada cuatro de estas muertes. Los problemas peri-neonatales emergieron como la principal causa de mortalidad en la niñez, y son actualmente responsables de más del 60% de las muertes antes del año de edad, y de alrededor del 40% de la mortalidad de menores de cinco años.

Los progresos observados en las últimas décadas no se distribuyeron por igual en el continente, y la comparación de las tasas de mortalidad de menores de cinco años entre los países de la Región muestra que las brechas se incrementaron. La velocidad de descenso de la mortalidad en general, y de la debida a enfermedades infecciosas o respiratorias en particular, fue diferente; y en algunos países estas causas aún son responsables del 40% al 50% de las muertes de menores de cinco años.

Teniendo en cuenta esta situación, el compromiso adoptado por los países de lograr los ODM referidos a la mortalidad en menores de cinco años representa un gran desafío, que es aún mayor en aquellos países o áreas en los que los avances han sido menores, y en los que la mortalidad en el año 2000 se ubicó por encima de la meta fijada en la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, que establecía un descenso de un tercio con respecto a los valores de 1990.

En este contexto, el grupo asesor técnico de AIEPI, GATA considera que la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia sigue siendo una estrategia clave para continuar reduciendo la mortalidad de menores de cinco años, y para mejorar la calidad del cuidado y la atención de las niñas y niños, tanto en los servicios de salud, como en el hogar y la comunidad.

El fortalecimiento y expansión de la AEIPI, especialmente si se orientan los esfuerzos para alcanzar a los grupos de población más vulnerables, constituirá una valiosa contribución a la supervivencia infantil y a la equidad, reduciendo las brechas entre países y entre áreas hacia su interior.

El GATA considera también que el cambio en el perfil epidemiológico de la Región, caracterizado por la emergencia de los problemas peri-neonatales como principal de causa de mortalidad en la infancia y la niñez, requiere de la implementación del componente peri-neonatal de la estrategia AIEPI.

Solo de esta forma los países podrán reducir la mortalidad de menores de cinco años en las cifras comprometidas para 2015, teniendo en cuenta que el 40% de estas muertes se debe a problemas peri-neonatales.

Considerando los avances que se han logrado hasta el momento en la implementación de la estrategia AIEPI en los servicios de salud, la familia y la comunidad, y teniendo en cuenta los nuevos componentes disponibles para la prevención y tratamiento de otros problemas que afectan la salud infantil „y especialmente los asociados al periodo peri-neonatal,“ el GATA ha formulado las siguientes recomendaciones:

Recomendaciones

1. Los miembros del GATA apoyan con entusiasmo la Resolución CD 44-R12 sobre la familia y la salud, pues consideran que las decisiones más importantes acerca de la calidad de vida y la salud del niño(a) se toman en el seno de la familia.

Al respecto consideran que el componente comunitario de la AIEPI es un instrumento fundamental de apoyo para reforzar la capacidad de la familia para favorecer la crianza de los niños(as).

2. El GATA ha revisado el documento CD 44/12 (*contribución de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*) aprobado por el Consejo Directivo, y se adhiere plenamente a las propuestas que contiene para lograr los objetivos y metas comprometidos

por los países de la Región de las Américas en cuanto al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), particularmente en lo relativo a la reducción en dos tercios de la mortalidad de menores de cinco años para 2015 con respecto a las cifras de 1990.

Para avanzar en las actividades específicas, el GATA considera necesario disponer de un plan de trabajo que contemple períodos quinquenales, que desagregue las metas finales en sub-metas para cada uno, y que incluya los indicadores para el monitoreo y evaluación de cada uno de ellos.

Para apoyar el compromiso de reducir en dos tercios la mortalidad de menores de cinco años para 2015 con respecto a su valor en 1990, el GATA recomienda que se hagan todos los esfuerzos para que los gobiernos incorporen estos objetivos y metas como políticas públicas y que actúen como líneas directrices de la gestión en salud.

Es necesario realizar un análisis de la situación de los países de la Región de las Américas con respecto a la línea de base del objetivo de reducción de la mortalidad en menores de 5 años contenido en los ODM.

El GATA considera que este análisis debe incluir una estratificación hacia el interior de los países, para lo que se propone que la unidad de Salud del Niño y del Adolescente, Salud Familiar y Comunitaria, OPS/OMS, en coordinación con todas las unidades y áreas pertinentes de OPS/OMS, apoyen con la metodología para este diagnóstico. De este modo los países podrán conocer la situación y enfocar sus acciones con especial énfasis en los grupos más vulnerables.

El cambio en el perfil de la mortalidad como resultado de la reducción de las muertes por enfermedades infecciosas, respiratorias y desnutrición, ha incrementado la importancia relativa de los problemas peri-neonatales. En este contexto, el logro de las metas de reducción de la mortalidad en la niñez fijadas en los ODM requiere incorporar acciones dirigidas a la prevención y control de los problemas peri-neonatales.

- El GATA considera que el componente peri-neonatal de AIEPI es apropiado para ser adaptado en los países de la Región de las Américas, y debe ser incluido en forma inmediata por todos ellos entre las acciones básicas de la atención primaria de la salud.
6. El logro de los objetivos y metas comprometidos por los países para 2015 requerirá en los próximos años de un incremento en la cantidad de recursos disponibles para desarrollar, implementar y expandir la estrategia, con el fin de alcanzar a los grupos más vulnerables.
- Informado de la reducción en los recursos disponibles, y a fin de no afectar el logro de las metas comprometidas, el GATA considera necesario movilizar recursos existentes y agregar los necesarios para asegurar cobertura y calidad a los grupos más vulnerables. Para esto se recomienda:
- 6.1 Que se elabore un plan estratégico orientado a la búsqueda y movilización de recursos de organismos internacionales, agencias bilaterales de cooperación internacional, organismos no gubernamentales, iniciativa privada, etc.
- 6.2 Que se apoye a los ministerios de salud de los países para que los gobiernos incorporen en sus presupuestos nacionales los recursos claves (incluyendo recursos humanos, vacunas y medicamentos esenciales) para la implementación y expansión de la estrategia, con el fin de garantizar el acceso a ella de las poblaciones más vulnerables.
7. La expansión de la estrategia AIEPI y la incorporación de sus nuevos componentes, según el perfil epidemiológico y las condiciones operativas de cada lugar, requiere „además del compromiso de los gobiernos,, el de las instituciones académicas, de la red de servicios de salud y la participación activa de la familia y la comunidad
8. El GATA recomienda que se continúe apoyando las investigaciones que validen los resultados e impacto de la aplicación de la estrategia AIEPI y sus nuevos componentes.
9. El GATA ha venido participando activamente en las actividades programadas y contribuyó al fortalecimiento de la estrategia AIEPI. A partir de ahora se recomienda:
- 9.1 Una mayor participación de los miembros en actividades de asesoría en proyectos y aspectos técnicos, en la operacionalización de la estrategia (capacitación de personal y seguimiento del proceso, etc.), en la abogacía y en la movilización de recursos.
- 9.2 Que la unidad de Salud del Niño y del Adolescente, Salud Familiar y Comunitaria, OPS/OMS, aumente el flujo de comunicación con los miembros del GATA a través de informaciones, participación en eventos, etc.
10. El GATA apoya y estimula la aplicación de las tecnologías disponibles de capacitación y comunicación, en la proporción en que sean indicadas, dependiendo de la audiencia y del sistema de valores que se quiera utilizar en ese momento.
11. El GATA reconoce los avances y resultados para incorporar la estrategia en los textos de pediatría que se utilizan en la Región de las Américas, y recomienda continuar con estos esfuerzos para lograr que se incluya en todas las publicaciones científicas de pediatría, infectología, medicina familiar y salud pública, en concordancia con las recomendaciones de la segunda reunión.
12. Continuar los esfuerzos para incorporar la estrategia AIEPI en las curricula de las escuelas de medicina, hospitales con programas de entrenamiento en pediatría, y escuelas de salud pública de Estados Unidos y España, incluyendo la capacitación de estudiantes o residentes de pediatría y medicina familiar que realizan rotaciones en pediatría internacional en países en desarrollo. También coordinar actividades con las asociaciones académicas pertinentes.

La enseñanza de la materia pediatría en las escuelas de medicina

Dra. María Angélica Florés

En 1995 la 48° Asamblea Mundial impulsó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a los Estados Miembros a llevar a cabo la reorientación de la educación médica y de la práctica de la medicina a nivel global, para que fueran más receptivos a las necesidades de la población y aseguraran calidad, equidad, costo-efectividad y alianzas con el sistema de salud y los servicios.

Expertos en educación médica han puesto el acento en la responsabilidad de las instituciones de formación, como señaló Jorge Palés de la Sociedad Española de Educación Médica, en el año 2002: •Las facultades de medicina han de asumir su responsabilidad institucional respecto a la sociedad en general y respecto a sus estudiantes en particular, asegurando que estos posean el mínimo de competencias que les permitan iniciar su vida profesional con garantías para los enfermos y para ellos mismos.

La adquisición durante la formación de los futuros graduados de las competencias necesarias se refleja en la calidad de las prestaciones durante el ejercicio de la profesión. Según Carlos Martini, de la American Medical Association (1998): •La calidad de la atención médica está directamente relacionada con la competencia de los profesionales de salud.

Las escuelas de medicina con responsabilidad social orientan sus planes de estudio a fin de equipar a sus graduados con los elementos que les permitirán brindar respuestas a las demandas y necesidades que se les presenten. Esto no quiere decir que la respuesta diagnóstica y terapéutica no será de excelencia y basada en evidencia. Si no muy por lo contrario.

Los problemas prevalentes de las comunidades están reflejados dentro del plan de enseñanza, a partir del estudio y análisis de la epidemiología y de la situación de salud local. El trabajo en terreno y la práctica de la atención en el primer nivel de complejidad de los servicios y en la misma comunidad, acerca al educando a situaciones como las que probablemente deberá enfrentar durante el ejercicio profesional.

Un curriculum con responsabilidad social propicia una educación de grado desde la perspectiva de salud pública, con enfoque poblacional y focalizando en:

- ... las necesidades y problemas más frecuentes y graves de salud de la población.
- ... las situaciones y responsabilidades similares a las que enfrentarán en forma cotidiana los diferentes tipos de profesionales de la salud.
- ... la disponibilidad de herramientas diagnósticas, equipamiento y medicamentos, particularmente en los establecimientos del primer nivel de atención.
- ... el uso de lineamientos y procedimientos basados en evidencia.

Existen antecedentes en la OPS y en la OMS donde desde hace casi dos décadas se han llevado a cabo investigaciones sobre educación de grado de medicina.

La OPS, en conjunto con la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE), ha analizado en más de una ocasión las características de la enseñanza de los contenidos de salud infantil, en especial de los problemas prevalentes y los temas de prevención y promoción de la salud.

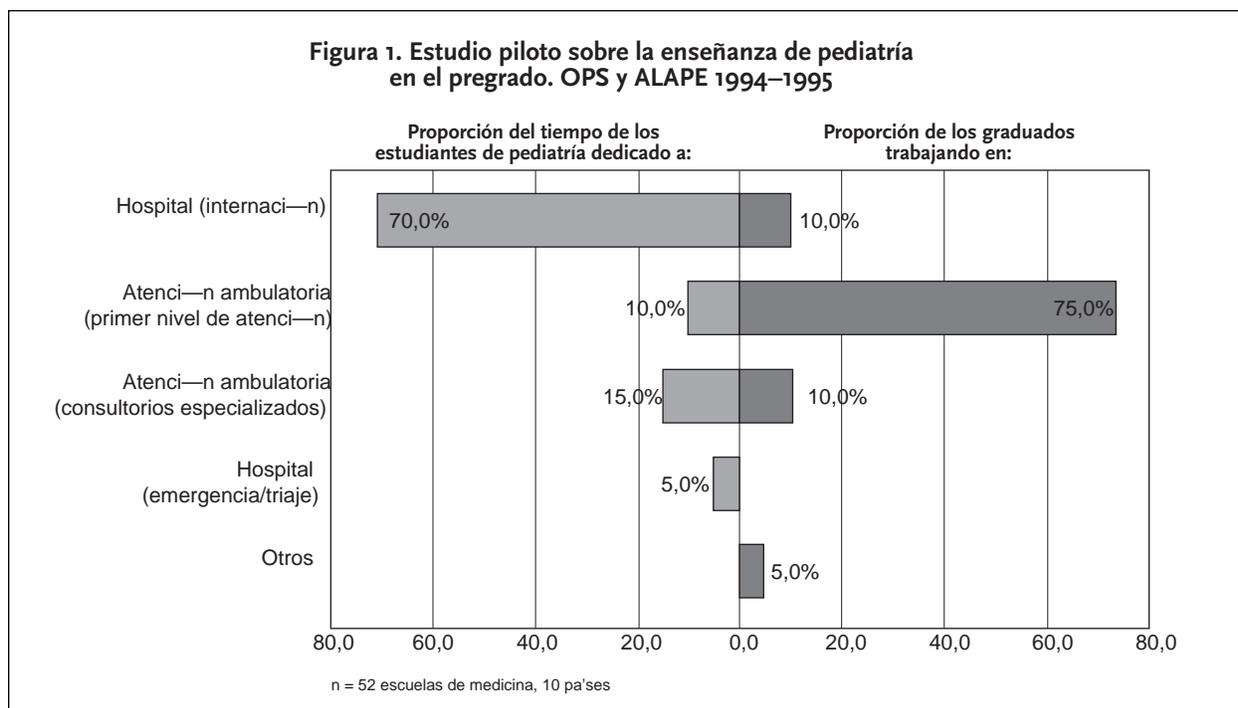
El análisis de los ámbitos del proceso de enseñanza-aprendizaje provee en la investigación hecha por OPS y ALAPE en los años 1994 y 1995, una información valiosa. Si bien la experiencia muestra que el 75% de los recién graduados de las escuelas de medicina encuentran su primer empleo en el primer nivel atención, no son estos los servicios donde se desempeñaron durante el cursado de la materia pediatría; el aprendizaje práctico se llevó a cabo en una muy alta proporción al lado de la cama del paciente, en salas de internación (figura 1).

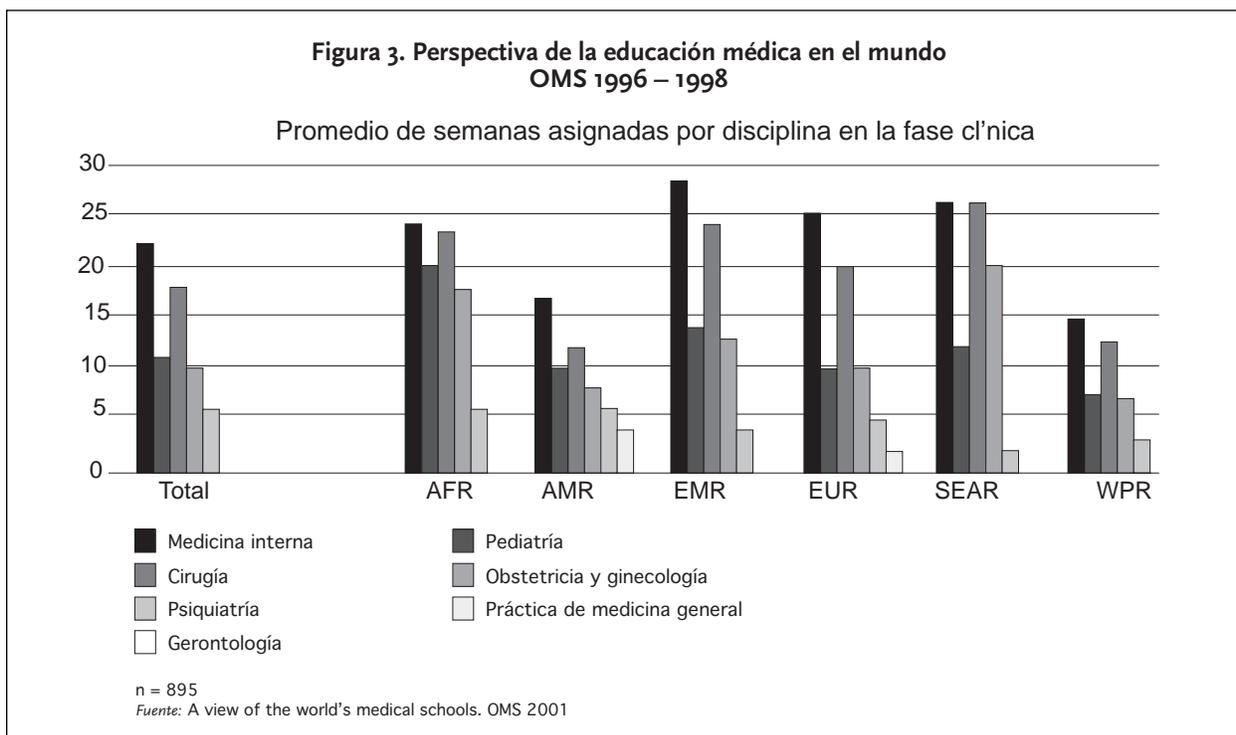
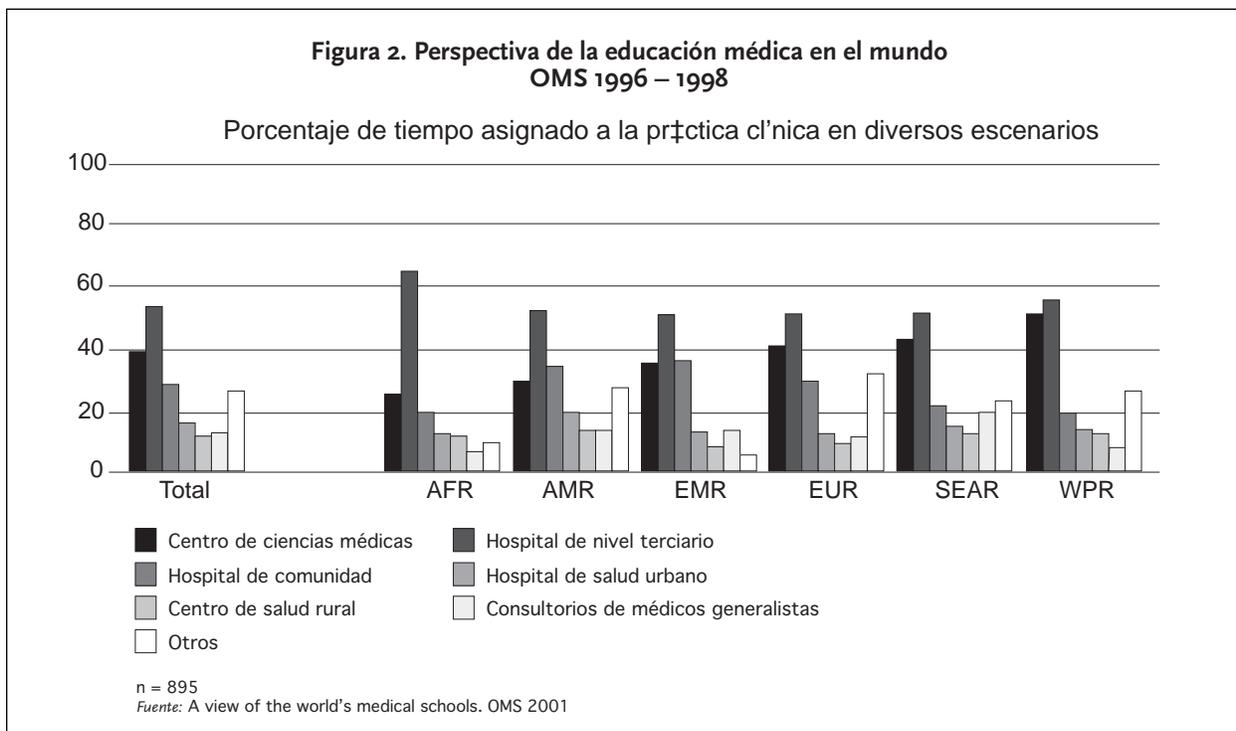
En el estudio realizado por la OMS (1996-1998) en las seis regiones del mundo, se demostró que los estudiantes pasaban la mayor parte del tiempo dedicados a la práctica y adquisición de habilidades clínicas en las diversas materias de la carrera en los centros universitarios de ciencias médicas y los hospitales de nivel terciario. Estos establecimientos concentran los recursos estudiante incorpore conocimientos y habilidades para diagnósticos y a los especialistas y subespecialistas y sorla atención de niños(as). De allí la necesidad de que en un ámbito muy distinto del que probablemente encontrar el recién graduado a su salida de la institución de el enfoque de riesgo y la necesidad de no perder oportunidades, sean enfatizados (figura 3).

Análisis de situación de la educación de grado
Antecedentes regionales y globales

- 1988 OPS y ALAPE: Estudio colaborativo, enseñanza de crecimiento y desarrollo en escuelas de medicina y enfermería en 11 países de América Latina .
- 1994-1995 OPS y ALAPE: Estudio piloto sobre la enseñanza de pediatría en el pregrado en 52 escuelas de medicina de 10 países.
- 1996-1998 OMS: Encuesta sobre educación médica, investigación y servicio comunitario en 895 escuelas de medicina y ministerios de salud en 159 países.
- 2000 OPS y ALAPE: Encuesta sobre la enseñanza de la pediatría en 194 escuelas de 19 países de América Latina.

La carga horaria en el plan de estudios dedicada a la materia pediatría es limitada, y seguramente constituirá el único o uno de los pocos espacios donde el estudiante incorpore conocimientos y habilidades para la atención de niños(as). De allí la necesidad de que en estas semanas los conocimientos pediátricos básicos, el enfoque de riesgo y la necesidad de no perder oportunidades, sean enfatizados (figura 3).





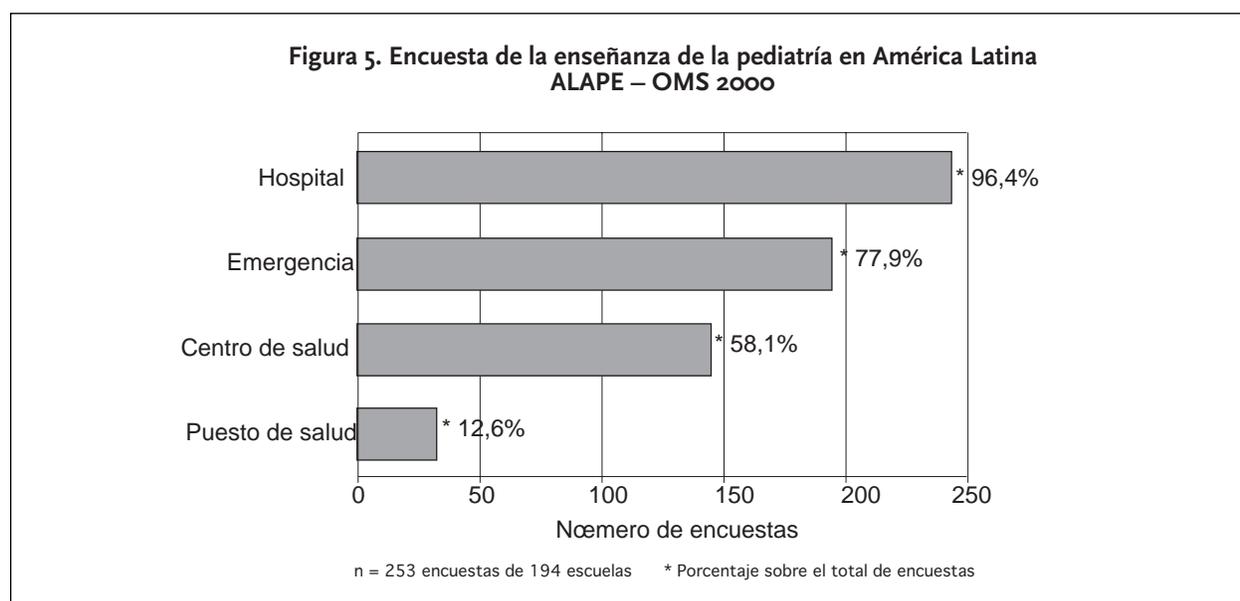
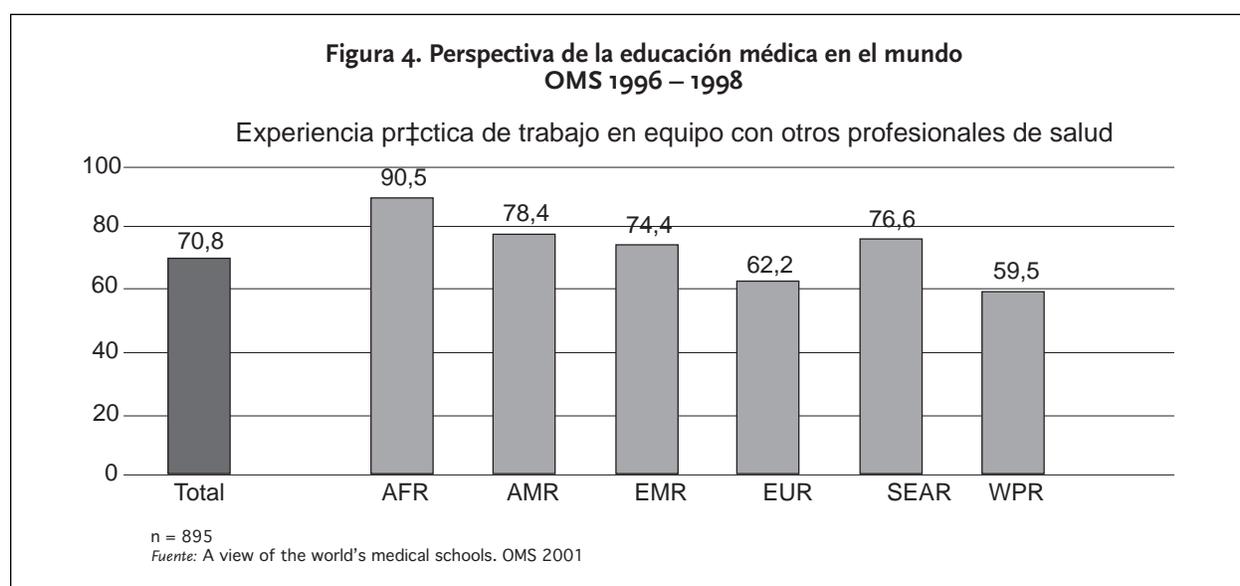
En esta encuesta, el dato relevado sobre la posibilidad estudiantil, por ejemplo la Universidad de Buenos Aires (de aprendizaje y práctica de trabajo en equipo) reproducen la situación global donde la práctica durante la carrera mostró altos porcentajes. Sin embargo, en el primer nivel de atención de los alumnos se da en el embargo, las experiencias recogidas en la visita a diversas instituciones no fueron del todo positivas, ya que de mayor complejidad con internación (figura 5).

Se define a la educación de grado como la educación del profesional de salud previa al comienzo de su trabajo, es difícil (figura 4).

Los datos de este estudio realizado en la Región de las Américas sobre 253 encuestas recibidas de 194 escuelas, cuyos objetivos son:

Mejorar el conocimiento teórico y práctico de los de pediatría y en otras se recibió información de las alumnos.

Mejorar las habilidades de los estudiantes en la aten-



ción de los principales problemas de salud infantil. Soluciones a los problemas neonatales

€ Profundizar las actitudes positivas del alumno con los niños(as) y sus familias.

El esfuerzo realizado para mejorar la tasa de mor-

€ Preparar a los alumnos en el conocimiento y cumplimiento de los menores de 5 años a nivel de los países en desarrollo no ha rendido el fruto esperado en los menores de 7 días (figura 6).

que en muchos establecimientos de los analizados los objetivos mencionados no se alcanzan en su plenitud.

La atención profesional en el período perinatal no tiene la cobertura necesaria y a veces la calidad, por varias razones, que incluyen la capacitación del recurso

Es necesario trabajar y aportar para conciliar las necesidades de oferta y demanda en la atención de la salud infantil en los servicios, en especial del primer nivel.

Existe evidencia científica disponible sobre el impacto de ciertas intervenciones esenciales perfectamente definidas para mejorar la situación de la salud neonatal.

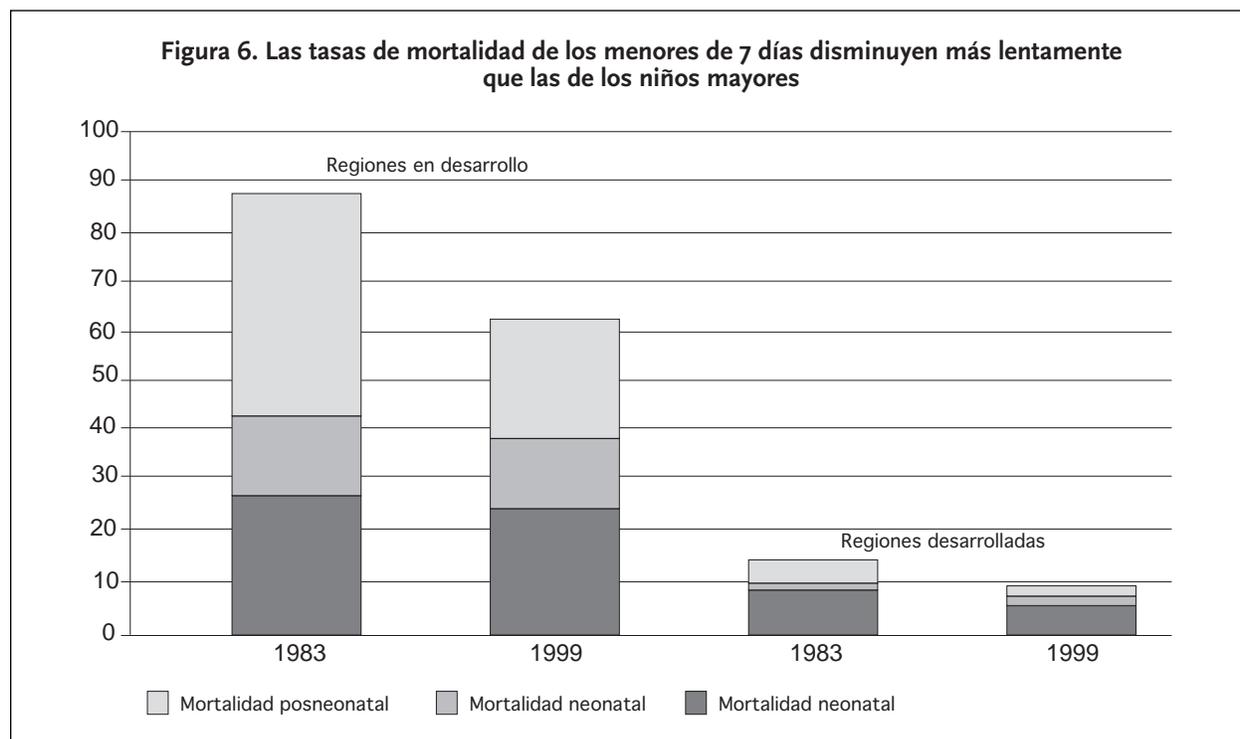
De la definición de las principales necesidades de los niños(as) y adolescentes en salud pública surgen:

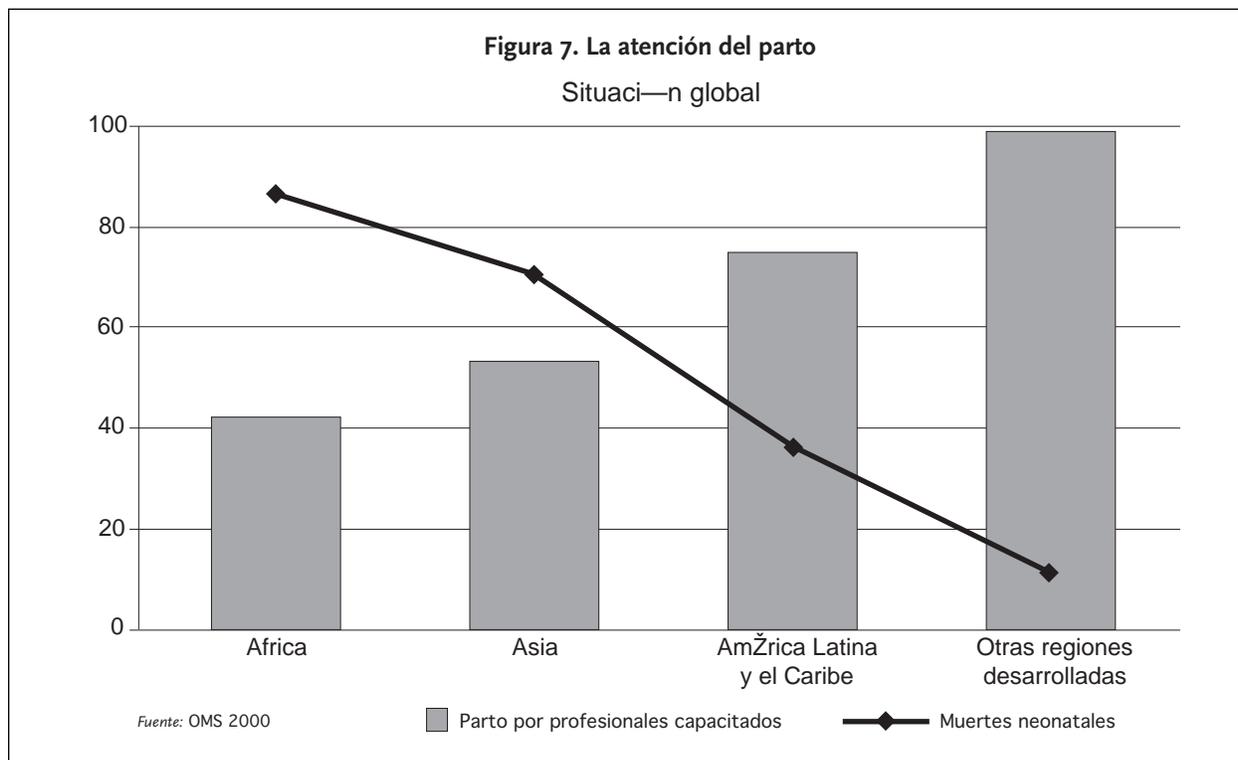
1. Soluciones a los problemas neonatales.
2. Alimentación del lactante y el niño(a).
3. Atención integrada a las enfermedades prevalentes.
4. Salud y desarrollo del adolescente.

Acciones esenciales en salud neonatal:

- € Mejorar los conocimientos de las prácticas maternas y familiares durante el embarazo y puerperio.
- € Atención integral del embarazo, parto y puerperio.
- € Políticas definidas y sistemas de salud favorecedores.

Algunas de las intervenciones son en el etapa pre-concepcional y en la prenatal y otras en el embarazo, parto y puerperio. Es muy necesario cuidar la salud



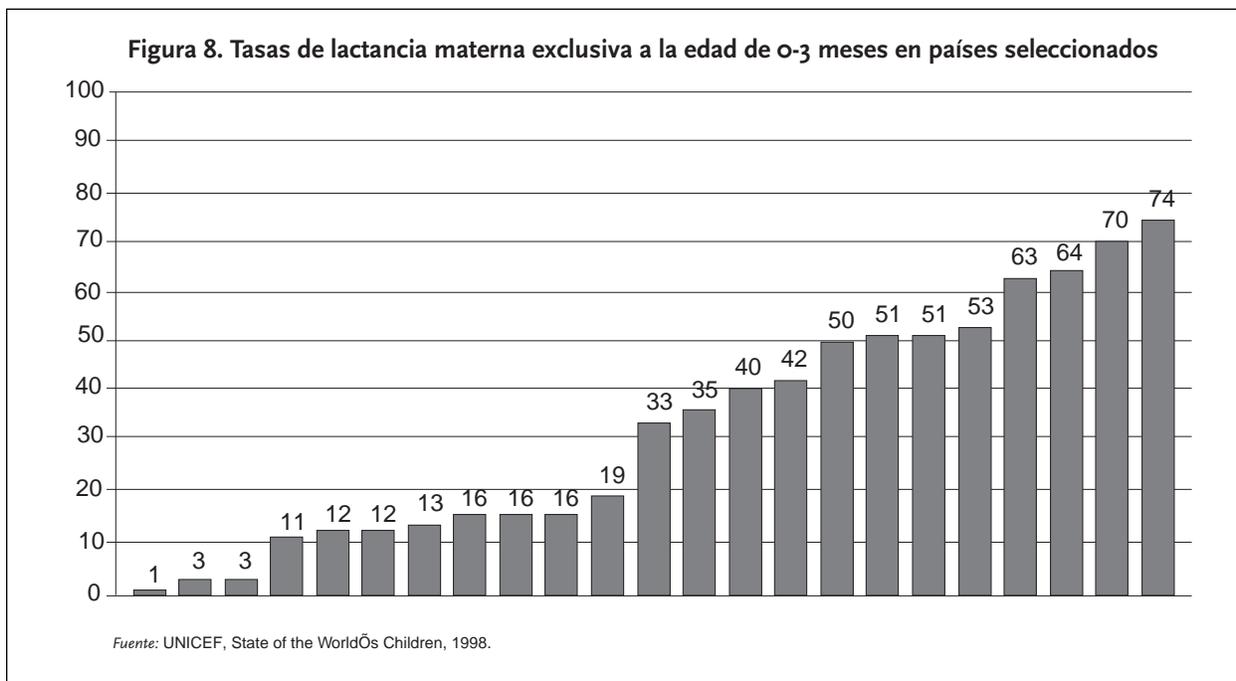


materna para impactar en los problemas neonatales. exclusiva por 6 meses son medidas esenciales para la protección de la salud del niño(a) con influencia también en la salud materna. Los beneficios de este tipo de alimentación han sido ampliamente difundidos, pero en estadísticas como la de la Unicef (1998) muestra tasas bajas en algunos países seleccionados (figura 8).

Alimentación del lactante y el niño(a)

La lactancia materna temprana, (niño al pecho en las primeras horas después del parto), y la lactancia al pecho hasta después del año si es posible e

Intervenciones seleccionadas para una mejor salud neonatal	
<p>Previas al embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Educación Nutrición Salud reproductiva 	<p>Embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nutrición Inmunización antitetánica Identificación de embarazos de riesgo
<p>Parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> Profesional capacitado Parto limpio Reanimación del RN Atención de complicaciones 	<p>Posnatal:</p> <ul style="list-style-type: none"> Temperatura adecuada Lactancia materna temprana y exclusiva Prevención de infecciones Atención especial del RNBP Atención del RN enfermo



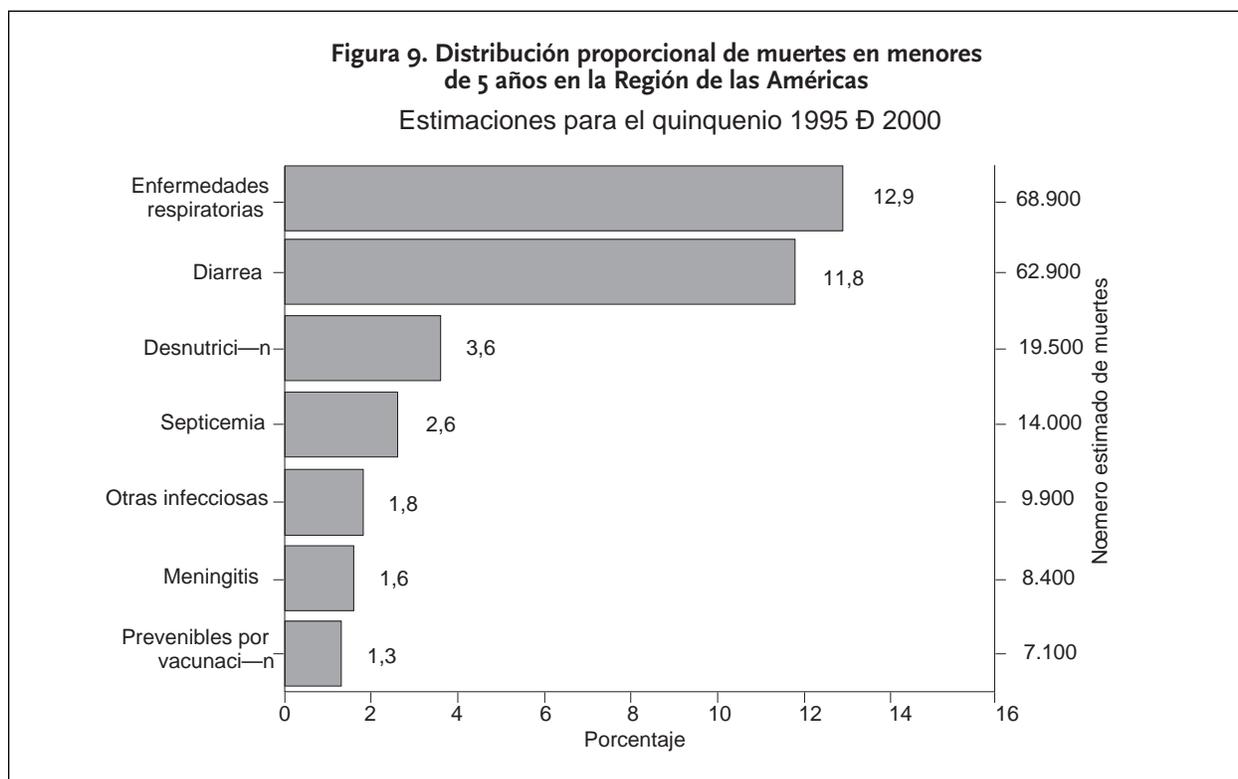
Intervenciones seleccionadas para la alimentación del lactante y el niño(a)	
<p>Manejo apropiado de la alimentación: Evaluación de la alimentación Recomendaciones/consejería Manejo de los problemas frecuentes y seguimiento</p>	<p>Servicios de salud favorecedores Iniciativa Hospital Amigo del niño(a): Disponibilidad de servicios de consejería en lactancia</p>
<p>Políticas favorecedoras: Legislación Control de la comercialización y promoción de los sustitutos de la leche materna</p>	<p>Acciones a nivel familiar y comunitario: Grupos de apoyo a la LM, agentes comunitarios de salud Consejería de madres Acciones de comunicación y difusión</p>

incluyendo, después de los 6 meses de lactancia exclusiva, alimentos nutritivos e inocuos. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

Acciones esenciales para la alimentación del lactante y el niño(a)

- € Conocimientos, actitudes y prácticas familiares.
- € Evaluación, consejería y manejo de prácticas de alimentación.
- € Políticas definidas y sistemas de salud favorecedores.

En el 2001, murieron en el mundo 10.5 millones de niños(as) menores de 5 años. Una de cada dos de esas muertes se debió a solo 4 enfermedades -infecciones respiratorias, diarrea, malaria y sarampión- y a desnutrición. Estas enfermedades ocurrieron en un 60% de casos en niños(as) desnutridos, en los que este diagnóstico no fue realizado a tiempo.



Datos estimados de la Región de las Américas ubica en 500.000 las defunciones de menores de 5 años. Una gran parte de ellas ocurrió en el domicilio o durante el trayecto al servicio de salud. Estas defunciones pueden disminuir significativamente gracias a un diagnóstico y tratamiento apropiado (figura 9).

La falta de conocimiento por parte de la familia de los signos de alarma para buscar atención en forma oportuna es un factor que contribuye a lo mencionado anteriormente. Por esa razón, la estrategia AIEPI entrega herramientas simples y costo-efectivas destinadas conocer estos signos de alarma y reducir así la morbilidad y mortalidad en los menores de cinco años, especialmente de los grupos más vulnerables.

La AIEPI tiene tres componentes:

- € Evaluación y tratamiento clínico integrado.
- € Conocimiento de conductas y prácticas maternas y familiares.
- € Capacidad, estructura y funciones del sistema de salud.

Hay ciertos aspectos críticos de salud a nivel poblacional en el tema infantil.

Estos incluyen la necesidad de:

- € Focalizar en problemas graves y frecuentes de salud infantil.
- € Responder a las necesidades y demandas de la población.
- € Impactar positivamente en salud infantil y desarrollo.
- € Contribuir a la prevención, así como al diagnóstico y tratamiento temprano de las enfermedades en el hogar y en los servicios de salud.
- € Promover el uso costo-efectivo de los recursos.
- € Aumentar la equidad, mejorando los servicios de salud donde se más se necesita.

Salud y desarrollo del adolescente

Las necesidades evolutivas de los adolescentes van devariando a medida que transcurre su período etáreo.

Algunos problemas de salud prioritarios que afectan a los adolescentes son:

- € Salud sexual y reproductiva.

Intervenciones seleccionadas en la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)	
<p>Manejo integrado de casos: Signos de peligro. Principales síntomas. Clasificación. Tratamiento/consejería. Seguimiento.</p>	<p>Sistema de salud: Medicamentos e insumos. Mecanismos de referencia. Sistema de registro. Planificación local y supervisión del primer nivel.</p>
<p>Mejoras en la atención: Triage de emergencias y tratamiento. Atención de infecciones graves y desnutrición. Atención de VIH/SIDA.</p>	<p>Acciones en la comunidad: Nutrición. Lactancia materna exclusiva. Atención en el hogar. Búsqueda oportuna de atención.</p>

- € Violencia accidental e intencional.
- € Drogadicción.
- € Salud mental.
- € Alimentación y nutrición.

La rotación por pediatría podría constituirse como la instancia consolidadora de los conocimientos que para estos temas se fueran adquiriendo en forma coordinada durante el cursado de otras materias relacionadas.

Acciones esenciales para una mejor salud del adolescente:

Un plan de estudios que tuviera en cuenta las siguientes necesidades aportaría no solo a un mejoramiento de la educación de grado, sino a subir la calidad de la atención y el ejercicio de la profesión:

- € Entorno seguro y continente.
- € Información y desarrollo de habilidades.
- € Sistemas de salud y consejería apropiados y continuos.

€ Proveer un vínculo con las situaciones de la vida cotidiana.

La educación de grado de medicina

En este período de formación del futuro profesional se presentan numerosas oportunidades para la inclusión de contenidos que aporten al desarrollo de actitudes y prácticas basadas en sólidos conocimientos de las prioridades identificadas desde la perspectiva de salud pública. Para la etapa infantil y del adolescente, estas prioridades son:

€ Dar prioridad a los problemas más frecuentes y serios de salud de los niños(as).

- € Atención esencial del recién nacido (AIEPI neonatal).
- € Alimentación del lactante y el niño(a).
- € Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).
- € Salud y desarrollo del adolescente.

€ Asociar la atención preventiva y la curativa.
 € Enfatizar en las intervenciones sustentables y orientadas a la acción.

€ Vincular diferentes niveles de profesionales y diferentes niveles del sistema de salud (continuidad de la atención).

€ Promover el rápido reconocimiento de la gravedad de la enfermedad del niño(a) y la conducta apropiada.

€ Proveer habilidades adicionales (consejería).

Existen numerosos desafíos cuando la necesidad es fortalecer el proceso de enseñanza y aprendizaje de las prioridades ya señaladas en la educación de grado.

Figura 10. Países que han incorporado AIEPI en la educación de grado de medicina

(Una o más instituciones) Diciembre 2002.



* Países con una facultad de medicina participante del proyecto global de desarrollo de OMS

Estos desafíos incluyen:

- € Alcanzar el consenso sobre las prioridades en salud.
- € Lograr el fortalecimiento del sistema de salud que permita a los graduados usar las habilidades adquiridas.
- € Presentar los contenidos de salud infantil de manera de vincular la práctica de los alumnos a situaciones reales.
- € Asignar prioridad a la enseñanza interactiva y orientada a la adquisición de habilidades.
- € Asegurar la coordinación de la enseñanza entre diferentes departamentos o cátedras.

Países que han incorporado AIEPI en la educación de grado de medicina

A nivel global existe un número importante de países que han incorporado AIEPI en sus planes de estudio en una o más escuelas de medicina (figura 10).

La experiencia en el desarrollo de grupos focales de alumnos que han cursado la materia pediatría con la inclusión de los contenidos de la AIEPI es altamente positiva, pues tienen presente al algoritmo como una

herramienta ordenadora que les permite brindar respuesta en la consulta diaria. Destacan también los con-

tenidos de prevención y promoción y su utilización en sus actividades intracomunitarias.