

Perspectivas en el control de enfermedades en los niños: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

Perspectives of diseases control in children: Integrated Management of Childhood Illness

Yehuda Benguigui ¹

¹ Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia da Organización Panamericana de la Salud de la Organización Mundial de la Salud
Programa de Enfermedades Transmisibles
División de Prevención y Control de Enfermedades
Organización Panamericana de la Salud,
Organización Mundial de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W., Washington, DC 20037, USA

Abstract *Mortality in children under five years is still a great problem in the majority of countries in the Americas Region. Despite the success of main programs of pediatric assistance in the 80's, like immunizations programs, acute respiratory infections and diarrheal diseases, results are still not satisfactory. Looking for improving the impact of this interventions, during the 90's World Health Organization, Pan-American Health Organization, WHO/PAHO and United Nations Children's Fund (UNICEF) developed the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) strategy, that aims decrease this mortality with preventive and curative actions that focus the attention of the children as a whole, identifying rapidly the very ill children, rationalize the use of drugs and take advantage of the consult for making prevention and promotion of health, specially in the familiar and community environment. This new strategy incorporates a global vision of health and disease process, with direct benefits for the children, his family and the community.*

Key words *Child health (Public health), Infant mortality, Primary health care*

Resúmen *La mortalidad en niños menores de 5 años continúa siendo un problema prioritario en la mayoría de los países de la Región de las Américas. A pesar del suceso de las principales campañas de asistencia pediátrica de la década de 80, tales como los programas ampliados de vacunas, infecciones respiratorias agudas o enfermedades diarreicas agudas, los resultados aún no son satisfactorios. Buscando mejorar el impacto de estas intervenciones, durante la década de 90 la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. OPS, OMS y United Nations Children's Fund (UNICEF) desarrollaron la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) que pretende disminuir mas aún esta mortalidad con acciones preventivas y curativas que enfocan la atención del niño como un todo, identificando rapidamente los niños gravemente enfermos, racionaliza el uso de medicamentos y aprovecha la consulta para realizar prevención y promoción de salud, especialmente en el ámbito familiar y comunitario. Esta nueva estrategia incorpora una visión global del proceso salud y enfermedad, con beneficios directos para el niño, su familia y su comunidad.*

Palabras-clave *Salud infantil (Salud publica), Mortalidad infantil, Atención primaria de salud*

Introducción

Aunque en los últimos decenios la mortalidad de niños menores de 5 años ha presentado un descenso importante en la mayoría de los países de la Región de las Américas, una elevada proporción de las defunciones que anualmente ocurren en este grupo de edad puede ser evitada mediante la aplicación de medidas sencillas de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento. Muchas de las defunciones de niños menores de 5 años, así como un gran número de episodios de enfermedad, también podrían evitarse o su gravedad reducirse, si se disminuyera la prevalencia de algunos factores de riesgo que, como la desnutrición, contribuyen a agravar aún más los casos de enfermedades que no representan, en otras condiciones, un peligro para la vida de los niños.

La persistencia de esta situación constituye un imperativo ético para los gobiernos de los países, toda vez que ya están disponibles estrategias sencillas que permitirían reducir la carga que estas enfermedades y problemas representan para la salud de los niños.

El análisis de las causas de esta situación muestra que las herramientas de control no están accesibles a un importante sector de la población. Este sector, a su vez, es generalmente, el que presenta deficientes condiciones básicas de vida lo que hace aún más grave su situación de salud.

En este contexto, un conjunto de enfermedades que no representan sino una pequeña proporción de las muertes de niños menores de 5 años en los países desarrollados, continúa siendo la causa de por lo menos 1 de cada 3 defunciones de este grupo de edad en los países en desarrollo. Y en algunos de ellos, llega a representar hasta el 60% o más del total de defunciones de niños menores de cinco años de edad.

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y la diarrea son las dos principales causas de estas muertes, y acompañadas a la desnutrición, dan cuenta de hasta 1 de cada 2 defunciones de niños menores de 5 años en muchos de los países en desarrollo de la Región de las Américas.^{1,2}

La posibilidad de reducir estas muertes mediante la aplicación de medidas de prevención y control sencillas y de bajo costo ha potenciado, en los últimos años, los esfuerzos de los países en materia de mejoramiento de la salud infantil. La oportunidad que la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) abre al incorporar estas estrategias en un marco de abordaje integral de la con-

dición de salud del niño, puede ser efectivamente aprovechada para fortalecer estos esfuerzos y lograr un impacto trascendente en términos de la reducción de la mortalidad y la morbilidad en la infancia.

Las enfermedades objeto de la estrategia AIEPI como causa de mortalidad

Aproximadamente la mitad de las 500.000 muertes de niños menores de 5 años que ocurren anualmente en la Región de las Américas es debida a un conjunto de enfermedades para las cuales se dispone en la actualidad de medidas de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento (Figura 1).

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y la diarrea son la causa de la mayoría de estas muertes, y representan en la actualidad más del 40% de las defunciones anuales de niños de esta edad.³ Otras enfermedades infecciosas tales como la malaria y las enfermedades prevenibles por vacuna ocasionan cerca del 3% de las defunciones del grupo; y la septicemia y meningitis son responsables de más de un 6% de estas muertes.

Muchas de estas muertes, así como numerosas defunciones ocurridas por otras causas, están asociadas a la desnutrición, factor de riesgo de la máxima importancia que afecta seriamente la capacidad de respuesta del organismo del niño a las enfermedades y empeora el pronóstico y evolución del cuadro.

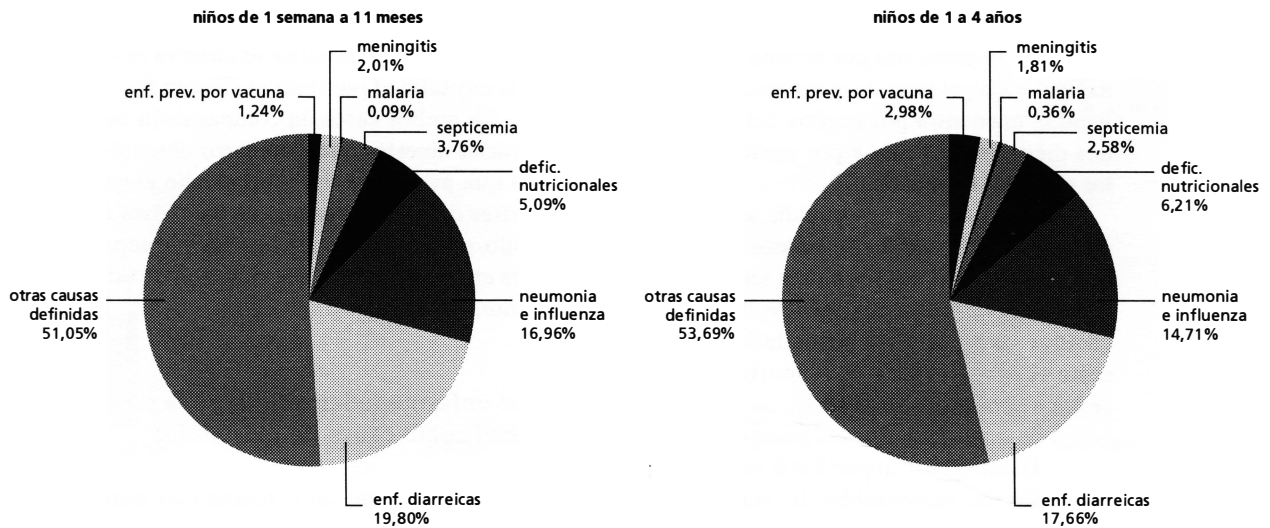
La distribución de estas muertes en la Región de las Américas, sin embargo, no es similar y, el análisis de la situación de los países con relación a este problema muestra grandes contrastes (Figura 2).

Mientras en algunos países, este conjunto de enfermedades es responsable de menos del 5% de las muertes de niños menores de 1 año, en otros, el peso es 10 veces mayor, y una de cada 10 defunciones en este grupo es debida a alguna de estas causas. Los contrastes que se observan en el peso de la mortalidad por estas causas entre los niños de 1 a 4 años son aún mayores, y mientras en algunos países de la Región de las Américas la proporción de defunciones debidas a estas causas es de sólo el 5%, en otros se ubica entre el 70% y el 80%.

El peso de la mortalidad por estas causas, tanto en los niños menores de 1 año como en los niños de 1 a 4 años, está estrechamente asociado a los valores de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) de los países, poniendo de manifiesto la impor-

Figura 1

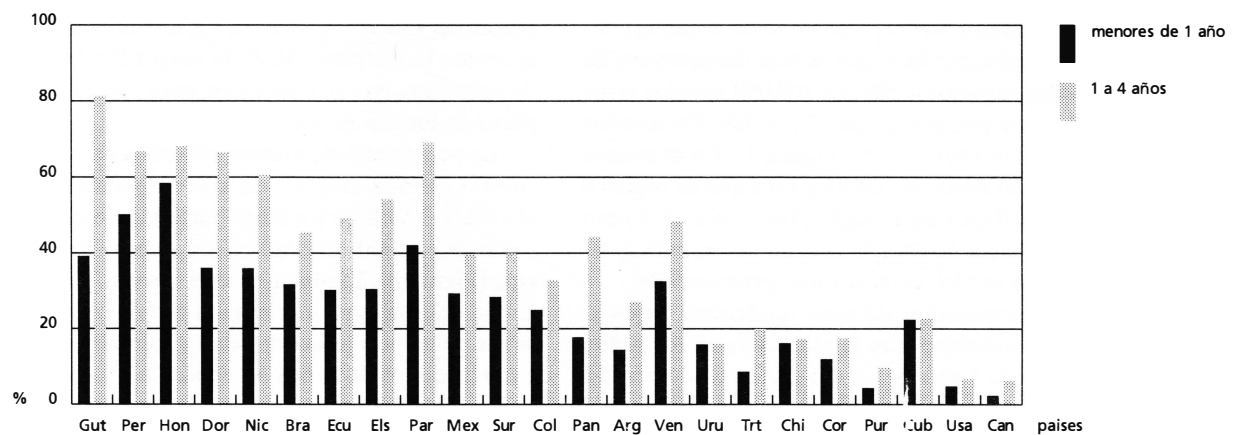
Distribución proporcional de muertes en niños menores de 5 años en la Región de las Américas. Último año disponible. Circa 1995.



Fuente: Programa de Análisis de la Situación de Salud.
División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud.

Figura 2

Porcentaje de muertes debidas a enfermedades objeto de la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en niños menores de 5 años en algunos países de América ordenados según su Tasa de Mortalidad Infantil Estimada (circa 1994).



Gut = Guatemala, Per = Perú, Hon = Honduras, Dor = República Dominicana, Nic = Nicaragua, Bra = Brasil, Ecu = Ecuador, Els = El Salvador, Par = Paraguay, Mex = México, Sur = Surinam, Col = Colombia, Pan = Panamá, Arg = Argentina, Ven = Venezuela, Uru = Uruguay, Trt = Trinidad Tobago, Chi = Chile, Cor = Costa Rica, Pur = Puerto Rico, Cub = Cuba, USA = Estados Unidos de América, Can = Canadá.

Fuente: Programa Análisis de Situación de Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. OPS, OMS: 1997.

tancia de las mismas como determinante de este indicador. Por ejemplo, en los países de la Región de las Américas con menor valor de TMI, Canadá y Estados Unidos, este conjunto de enfermedades tiene un peso del 5% o menos dentro de la mortalidad mientras que, en contraste, en los países cuya TMI se ubica aún por encima de 40 por 1.000 nacidos vivos, el peso de estas causas en la mortalidad se encuentra por encima del 30% en los niños menores de 1 año y por encima del 45% en los niños de 1 a 4 años.

En una situación intermedia se ubica el resto de los países, poniendo de manifiesto el contraste que existe, aún entre los países en desarrollo. En aquellos cuya TMI se ubica entre 20 y 40 por 1.000 nacidos vivos, estas enfermedades representan entre el 20% y el 40% de la mortalidad de niños de 1 a 4 años, y menos del 30% de la de niños menores de 1 año; y entre los países en desarrollo con TMI entre 10 y 20 por 1.000 nacidos vivos, estas causas son responsables de menos del 20% de las muertes, tanto en los menores de 1 año como en los niños de 1 a 4 años.

La magnitud de la mortalidad descripta, sin embargo, está afectada por el subregistro de cada país (Figura 3). Por ejemplo, el número de muertes estimadas de niños menores de 1 año en algunos países es hasta 5 veces más elevado que el número de muertes registradas.

Al grave peso que la mortalidad por estas causas tiene en los países en desarrollo se agrega que la tendencia del problema, si bien es al descenso en casi todos los países, muestra ritmos de descenso muy diferentes (Figuras 4 y 5). La tendencia de la mortalidad por neumonía e influenza en los niños menores de 1 año de Estados Unidos, por ejemplo hizo que la tasa disminuyera de un valor superior a 200 por 100.000 nacidos vivos a una cifra por debajo de 10 por 100.000 nacidos vivos entre 1961 y 1991 (Figura 4). En el mismo período, el descenso en esta tasa que se registró en Costa Rica y en Ecuador, fue más bajo. Como consecuencia de esto, la brecha que separa a estos países se hizo cada vez más pronunciada.

La comparación de estas tendencias también permite observar que la situación de los niños menores de 1 año en los dos países en desarrollo que se presentan en la figura, es similar a la que se observaba en un país desarrollado muchos años atrás. La tasa de mortalidad por neumonía e influenza en los menores de 1 año en Costa Rica en 1994, por ejemplo, era similar a la que registraba Estados Unidos en 1976, esto es, casi 20 años atrás. En el caso de Ecuador, la tasa de mortali-

dad por neumonía e influenza en menores de 1 año que registró el país en 1994 debe buscarse antes del año 1960 en Estados Unidos, lo que muestra que aún persiste una magnitud de mortalidad similar a la observada más de 30 años atrás en los países desarrollados.

Una situación similar se observa con respecto a la mortalidad por diarrea (Figura 5).

En ambos casos, la comparación de las tendencias muestra que el impacto obtenido a medida que avanzó el siglo fue mucho mayor en los países desarrollados que en los países en desarrollo, profundizando la brecha que separa a ambos en lo que refiere a la situación de salud de los niños.

Las enfermedades objeto de la estrategia AIEPI como causa de morbilidad

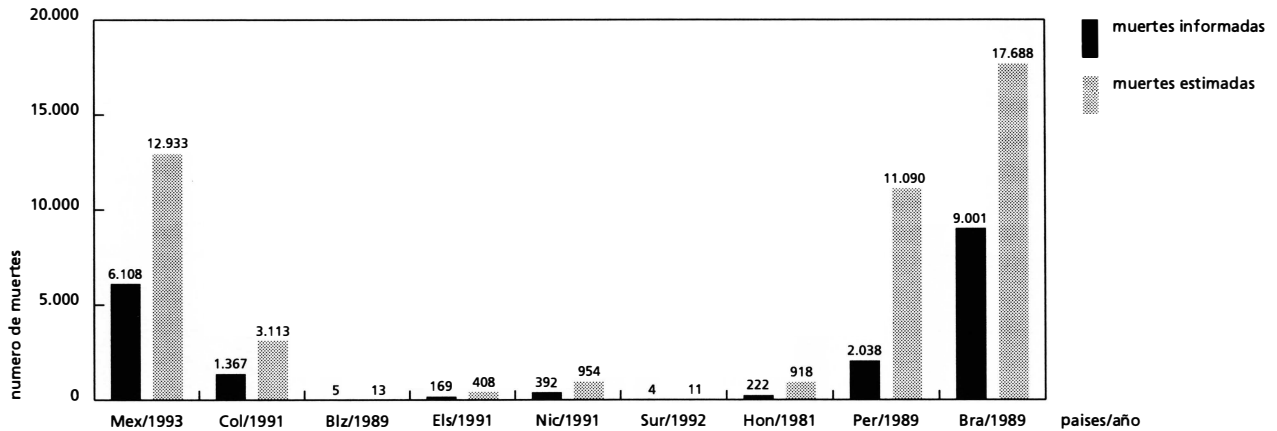
El problema que representan este conjunto de enfermedades no se refiere solamente a la mortalidad sino también a la morbilidad. Por lo menos 2 de cada 3 consultas de niños menores de 5 años a los servicios de salud son debidas a alguna de estas enfermedades, la mayoría, a causa de infecciones respiratorias o diarrea (Figura 6).

El importante peso que estas enfermedades tienen en la consulta se debe en parte a la elevada frecuencia con que afectan a los niños. Datos de encuestas en población muestran que, por ejemplo, 1 de cada 5 niños sufrió un episodio de tos o dificultad para respirar en los quince días previos (Figura 7), y que esta frecuencia resulta aún mayor entre los niños de 6 meses a 2 años. Las cifras son semejantes en los distintos países, así como la distribución de la mayor frecuencia de episodios, que se concentra, para casi todos, a partir de los seis meses.

La ocurrencia de diarrea obtenida de las encuestas fue aún mayor y, en algunos países hasta el 40% y el 50% de los niños había tenido un episodio de esta enfermedad en los quince días previos (Figura 8). También en este caso la frecuencia de episodios se incrementa notablemente a partir de los seis meses de edad y sólo disminuye a partir de los dos años de edad. La protección que la lactancia materna brinda para evitar la diarrea puede encontrarse entre las causas por las cuales el número de episodios se incrementa a partir de los seis meses de edad.

Figura 3

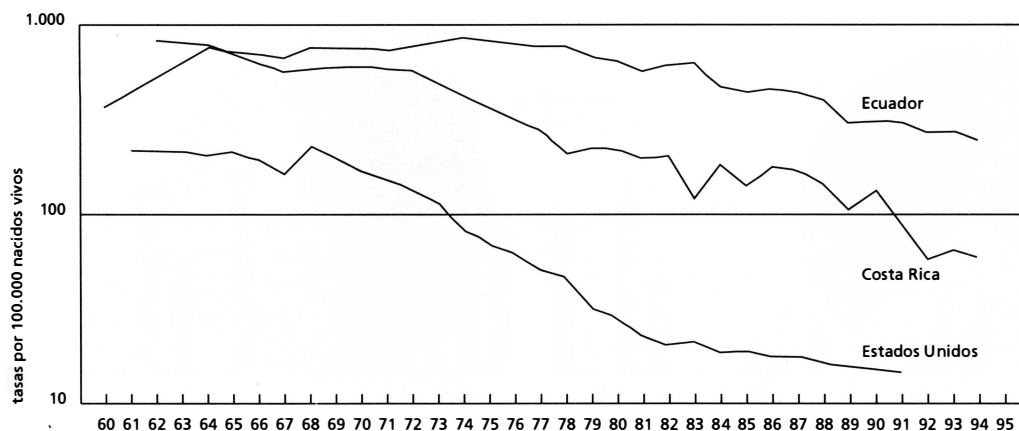
Comparación entre el número de muertes por neumonía e influenza informado y estimado en niños menores de 1 año de algunos países de América.



Mex/1993 = México/1993, Col/1991 = Colombia/1991, Blz/1989 = Belize/1989, Els/1991 = El Salvador/1991, Nic/1991 = Nicaragua/1991, Sur/1992 = Suriname/1992, Hon/1981 = Honduras/1981, Per/1989 = Perú/1989, Bras/1989 = Brasil/1989.
Fuente: Programa de Análisis de la Situación de Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, 1995.

Figura 4

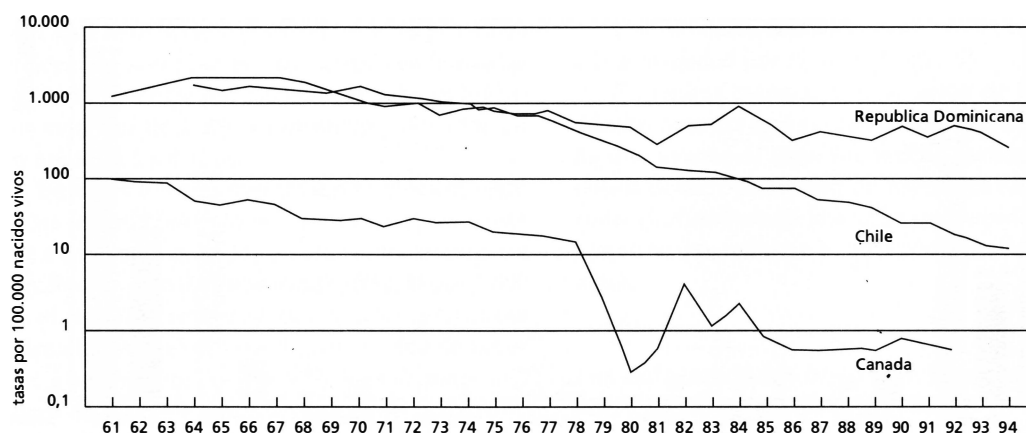
Tendencia de la mortalidad por neumonía e influenza en menores de 1 año para algunos países de América, 1960-1995.



Fuente: Base de Datos IRA/ED. Unidad de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Programa de Enfermedades Transmisibles. OPS, OMS, 1996.

Figura 5

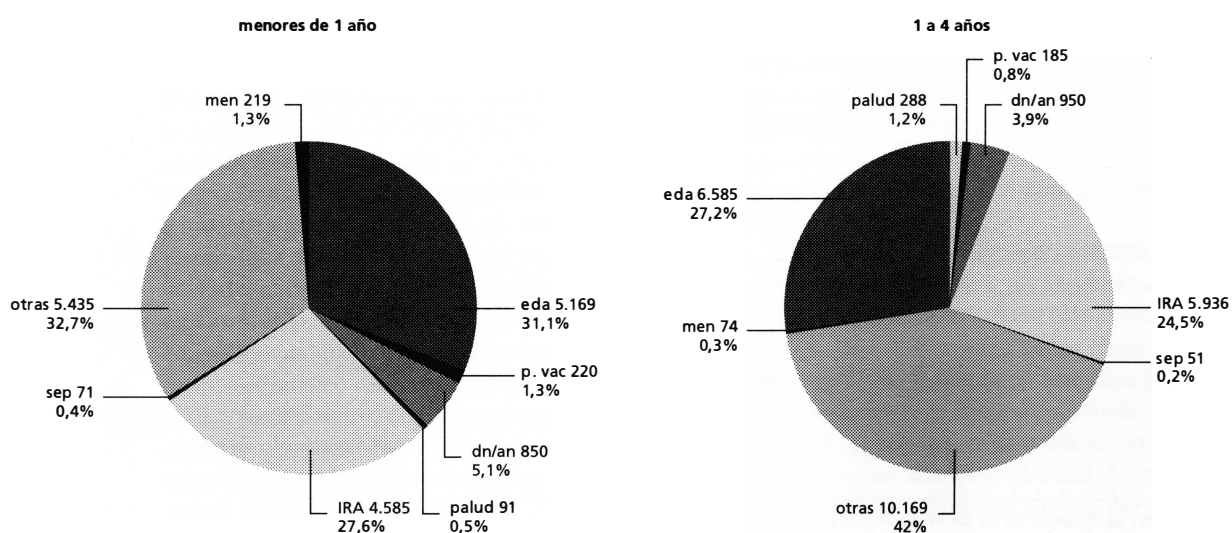
Tendencia de la mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de 1 año en algunos países de América. 1961-1994.



Fuente: Base de Datos IRA/ED. Unidad de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Programa de Enfermedades Transmisibles. OPS, OMS, 1996.

Figura 6

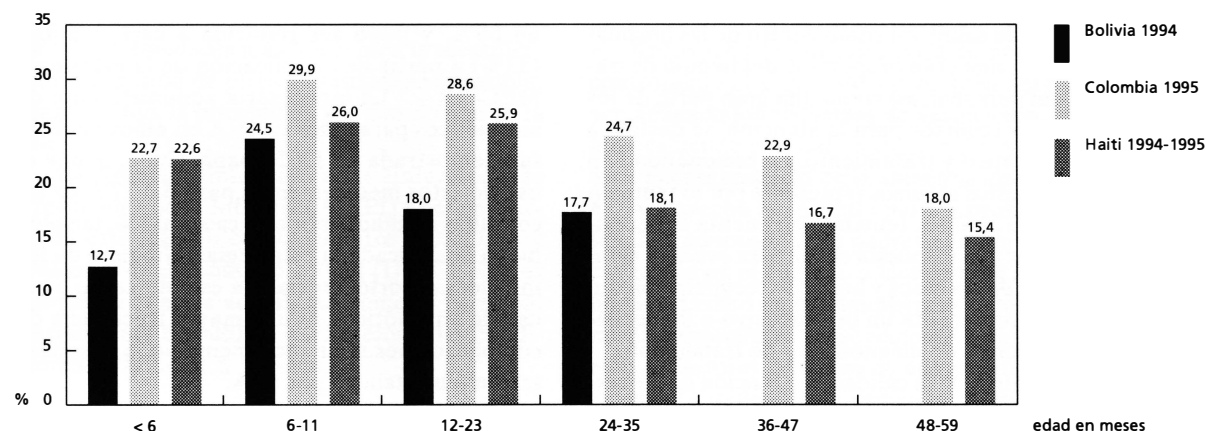
Importancia de las enfermedades objeto de la estrategia AIEPI como causa de hospitalización. Ecuador, 1993.



sep = septicemia, IRA = Infecciones Respiratorias Agudas, Eda = Enfermedades diarreicas agudas, p. vac = Prevención vacuna, men = Meningitis, ad/na = Deficiencias nutricionales, palud = Paludismo.
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Estadísticas Vitales. Ecuador, 1994.

Figura 7

Prevalencia de tos o respiración rápida durante las dos semanas anteriores a la encuesta en niños menores de 5 años en algunos países de América.

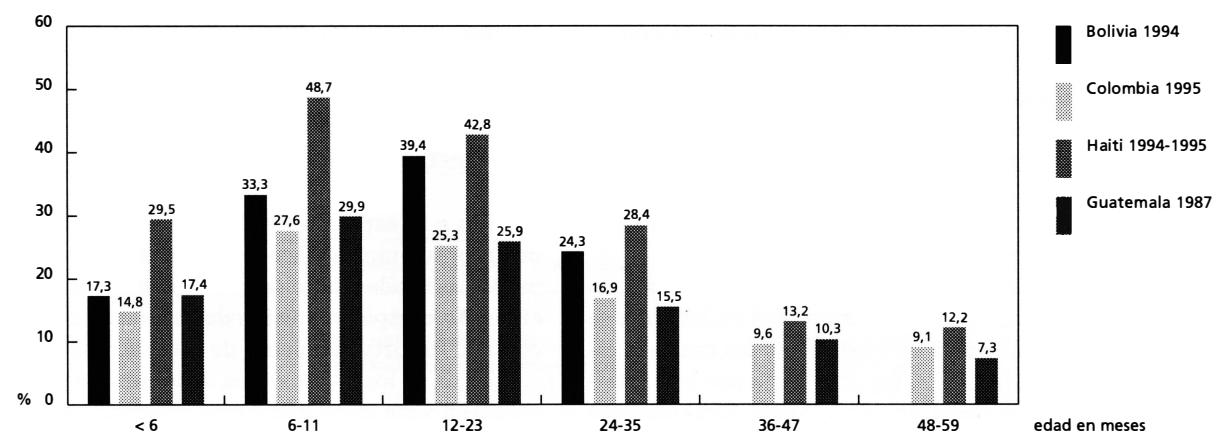


Nota: El informe publicado del estudio en Bolivia no incluye datos por encima de los 36 meses de edad.

Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud. Demographic and Health Surveys. Institute for Resource Development/Macro Internacional, Inc.

Figura 8

Prevalencia de diarrea durante las dos semanas anteriores a la encuesta en niños menores de 5 años en algunos países de América.



Nota: El informe publicado del estudio en Bolivia no incluye datos por encima de los 36 meses de edad.

Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud. Demographic and Health Surveys. Institute for Resource Development/Macro Internacional, Inc.

Problemas asociados a la calidad de atención de las enfermedades objeto de la estrategia AIEPI

Por la importancia que este conjunto de enfermedades tiene dentro de la consulta habitual a los servicios de salud, así como dentro de las hospitalizaciones, una gran proporción del tiempo de trabajo del personal, así como una gran parte de los insumos y recursos para la atención, se destina a su diagnóstico y tratamiento. La racionalidad en el uso de estos recursos representa por lo tanto un motivo de análisis, teniendo en cuenta la necesidad de dar una respuesta eficaz para evitar el agravamiento de los casos y lograr su recuperación, sin que esto represente un uso excesivo o inadecuado de recursos de diagnóstico y de tratamiento.

El análisis de la calidad de atención de los servicios de salud en los países en desarrollo, sin embargo, es un tema que sólo en los últimos años ha merecido una mayor atención, razón por la cual la información de que se dispone es limitada.

Algunos estudios realizados en países en desarrollo sobre el uso y necesidad de los exámenes radiográficos mostraron un exceso en la indicación y ejecución de estos exámenes en los niños que consultan por una enfermedad respiratoria. En la ciudad de Cañada de Gómez, provincia de Santa Fe, Argentina, se observó que al 55% de los niños que consultaban al Hospital de la ciudad a causa de tos y dificultad para respirar se le realizaba una radiografía de tórax. La mayoría de estas indicaciones se consideraba innecesaria, teniendo en cuenta que una decisión terapéutica adecuada podía ser tomada con base a la evaluación clínica de cada cuadro, tal como lo puso de manifiesto el ajuste de los criterios de indicación de radiografía de tórax, con base en la aplicación de la estrategia de Manejo Estándar de Casos (MEC) de IRA.³ Una situación similar, aunque con porcentajes menores, se observó en Pelotas, Estado de Río Grande do Sul, Brasil.⁴

Los riesgos de la exposición innecesaria a rayos X para diagnóstico de las IRA en los niños se encuentran entre las razones por las cuales la estrategia MEC/IRA fue elaborada por la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) durante la década de los 80. El uso excesivo e inadecuado de antibióticos para el tratamiento de casos de IRA que no los requieren es otro de los problemas que respaldaron la importancia de esta estrategia, en virtud de constituir un factor de riesgo para la aparición de resistencia bacteriana.

Un número mayor de estudios pone de manifiesto la importante proporción de casos de IRA que reciben antibióticos entre el total de consultas a los servicios de salud. La prescripción de antibióticos para los casos de IRA en el servicio de salud de Talcahuano, en Chile, se ubicaba en casi un 60%, y pudo ser reducida a casi la mitad (33%) a partir de la aplicación de la estrategia MEC/IRA.⁵ La innecesaria administración de antibióticos para casos de IRA en niños también fue demostrada en La Habana, Cuba, donde el uso de estos medicamentos pasó del 27% de las consultas atendidas por esta causa al 8%, también luego de aplicada la estrategia.⁶ Ninguno de los informes reportó, asociado a este descenso en el uso de antibióticos, ni una mayor frecuencia de complicaciones ni un incremento en la hospitalización o mortalidad por IRA.

Aunque no se dispone de información respecto del uso de medicamentos para el tratamiento de la diarrea, los antibióticos, así como antidiarreicos y otros medicamentos contraindicados, especialmente en niños, son utilizados con frecuencia en el tratamiento de los casos, tanto por parte del personal de salud como de los padres y la familia.

La indicación innecesaria de radiología, así como el uso innecesario de medicamentos son, en parte, una consecuencia de las dificultades de los servicios de salud para brindar una adecuada calidad de atención, que incluya una evaluación y clasificación diagnóstica que permita descartar la presencia de signos de enfermedad que requieran o un estudio ulterior (por ejemplo radiología) o tratamiento antimicrobiano.

El control de las enfermedades que afectan la salud del niño

Debido a la carga de morbilidad y mortalidad que representan, la diarrea y las infecciones respiratorias agudas fueron objeto de atención para el diseño e implementación de acciones para su control. El fortalecimiento de estas acciones se consideró, en los últimos años, de la máxima prioridad, en vista de la diferencia observada en el impacto de estas medidas cuando se comparan los distintos países.

La OPS/OMS y UNICEF encararon ya a inicios de 1990 el análisis de las posibles causas que demoraban el logro del impacto potencial de las acciones de control, en el contexto de las perspectivas de los países en desarrollo para llevar ade-

lante procesos de implementación de estas acciones de control. A partir de este análisis se consideró necesaria la elaboración de una estrategia integrada que permitiera, tanto al personal de salud como a la comunidad, disponer de un instrumento adecuado para la detección y tratamiento de las enfermedades más frecuentes, la identificación y remisión de otras enfermedades y problemas de salud, la prevención y la promoción de la salud.

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es el producto de este trabajo conjunto entre OPS/OMS y United Nations Children's Fund (UNICEF), y es considerada en la actualidad como la principal herramienta disponible para mejorar las condiciones de salud de la infancia.

Características y ventajas de la estrategia AIEPI

La estrategia AIEPI presenta importantes ventajas para la atención de la salud infantil.

- Enfoca la atención del niño como un todo y no sobre la causa de consulta, permitiendo de esta manera que el personal de salud no pierda de vista la evaluación e identificación de problemas o signos de enfermedad que, por no haber sido el motivo principal de la consulta por parte de los padres, podrían no ser tenidos en cuenta por el personal de salud.

- Identifica en forma rápida a los niños gravemente enfermos, de modo de no demorar el tratamiento de los mismos.
- Racionaliza el uso de los medicamentos y las recomendaciones de tratamiento de los distintos problemas.
- Aprovecha la consulta para la prevención, controlando el estado de vacunación del niño, y actualizando los esquemas de vacunación, así como evaluando el estado nutricional y asesorando a los padres respecto de la alimentación del niño.
- Aprovecha la consulta para la promoción de la salud, educando a los padres para fortalecer su capacidad en el cuidado adecuado del niño en el hogar así como en la administración de los tratamientos específicos que se requiera, y en la prevención de factores de riesgo de enfermedad futura.

En el Cuadro 1 se resumen las principales intervenciones que la estrategia AIEPI contempla para el tratamiento y cuidado del niño, tanto en el hogar como en los servicios de salud.

Ventajas de la aplicación de la estrategia AIEPI en los servicios de salud y la comunidad

La aplicación efectiva de la estrategia AIEPI en la atención incluye tanto acciones en respuesta a las enfermedades o problemas de salud que presenta el niño, como acciones de prevención y promoción.

Estas acciones, a su vez, están dirigidas a mejorar la atención en dos niveles: en los servicios de salud, y en el hogar y la comunidad.

Cuadro 1

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Intervenciones que incluye la estrategia. Versión genérica.

	Acciones de respuesta a la enfermedad	Acciones preventivas y de promoción
A nivel de los servicios de salud	• detección precoz • tratamiento adecuado • tratamientos complementarios (hierro, antihelmínticos) • evaluación del estado nutricional	• vacunación • orientación sobre alimentación y lactancia materna • suplementación con micronutrientes
A nivel del hogar y la comunidad	• medidas adecuadas de cuidado del niño cuando está enfermo • vigilancia de signos de alarma para la consulta precoz • búsqueda de atención adecuada • cumplimiento adecuado del tratamiento	• cumplimiento del esquema de vacunación • controles periódicos de salud • prácticas adecuadas de alimentación y cuidado en el hogar • medidas preventivas específicas (diarrea, malaria, parasitosis)

En los servicios de salud, las acciones de respuesta a la enfermedad incluyen:

- La detección precoz de los signos de alarma o de enfermedad que pueda tener el niño, independientemente de si los mismos constituyeron o no el motivo de consulta de los padres.
- La indicación y administración del tratamiento adecuado para la o las enfermedades que pueda presentar el niño.
- La administración de tratamientos complementarios, tales como el hierro o el tratamiento antihelmíntico.
- La evaluación del estado de vacunación, para identificar la necesidad de aplicar dosis de vacunas.
- La evaluación del estado nutricional, a través de la medida del peso y la talla.

Las acciones preventivas y de promoción en el servicio de salud, incluyen:

- La vacunación del niño.
- La orientación a los padres del niño sobre la alimentación adecuada y sobre los beneficios de la alimentación con leche materna.
- La suplementación de la dieta del niño con micronutrientes.

En el hogar y la comunidad, las acciones de respuesta a la enfermedad incluyen:

- La educación de los padres respecto de las medidas adecuadas de cuidado del niño cuando está enfermo, en particular en lo que refiere al ambiente en que se aloja al niño, la vestimenta, la dieta (alimentos y bebidas), etc.
- La enseñanza a los padres de los signos de riesgo o alarma que deben vigilar y ante cuya aparición deben concurrir inmediatamente con el niño en busca de atención por parte del personal de salud.
- La orientación sobre las alternativas de búsqueda de consulta para que el niño no reciba tratamientos potencialmente nocivos por practicantes tradicionales, o para que la consulta a un servicio o personal de salud se demore en virtud de la tranquilidad que tratamientos alternativos puede brindar, especialmente cuando se trate de niños con signos de alarma de enfermedad grave.
- El apoyo a los padres para reforzar la importancia del estricto cumplimiento del tratamiento que se administre al niño.

Las acciones preventivas y de promoción a nivel del hogar y la comunidad incluyen:

- El cumplimiento del esquema de vacunación del niño para mantenerlo protegido de las enfermedades prevenibles por vacuna y para cortar la cadena de transmisión de estas enfermedades en la población reduciendo el número de susceptibles.
- La asistencia periódica a los controles de salud del niño, como forma de detección precoz de cualquier problema en el crecimiento o desarrollo del niño.
- Las prácticas adecuadas de alimentación del niño, incluyendo especialmente la lactancia materna exclusiva hasta el cuarto o sexto mes y el uso de lactancia materna complementaria hasta el año o año y medio del niño.
- El cuidado adecuado del niño en el hogar, incluyendo la prevención de riesgos de accidentes y la estimulación temprana.
- La aplicación por parte de las familias de medidas de prevención específica de algunas enfermedades, tales como las parasitosis, la malaria, o la diarrea.

A través de todas estas medidas que se incluyen dentro de la estrategia AIEPI se podrá lograr un importante mejoramiento en la capacidad del servicio de salud para la atención de las enfermedades y problemas de salud del niño, así como para mejorar la cobertura de aplicación de medidas preventivas destinadas a mejorar el estado de protección del niño contra la enfermedad.

La aplicación de la estrategia AIEPI excede a su vez los límites de los servicios de salud, prolongando sus efectos benéficos potenciales a la propia comunidad, permitiéndole mejorar su capacidad para el cuidado y la atención del niño en el hogar y para la adecuada y rápida respuesta ante situaciones de enfermedad que puedan poner en riesgo la salud del niño.

Avances y perspectivas en la implementación de la estrategia AIEPI en la Región de las Américas

Desde su presentación, la estrategia AIEPI ha logrado un alto impacto y adhesión, en virtud de sus ventajas para mejorar la calidad de atención de la salud infantil. La participación activa que OPS/OMS y UNICEF han tenido en su elaboración garantiza el apoyo de ambos organismos en las actividades de implementación, tanto en el ni-

vel regional como de los países. A su vez, el Banco Mundial, ha calificado a la estrategia AIEPI como la de mayor impacto en términos de su capacidad para reducir la carga global de enfermedad en la población, y la que presenta la mejor relación costo-beneficio, cuando se la compara con otras estrategias e intervenciones disponibles; y un gran número de agencias bilaterales de cooperación de los países está participando en la implementación de la estrategia AIEPI en la Región de las Américas.

En los países de la Región, los Ministerios de Salud han adoptado la estrategia AIEPI y las autoridades nacionales están trabajando activamente en apoyo a su implantación en los servicios de salud, para lo cual están adecuando su contenido a la realidad epidemiológica y operativa del país, así como de las áreas específicas en las que se conduce el proceso de implementación.

Los avances en el proceso de implementación pueden verse en la Figura 9, que presenta un detalle de los países que ya se encuentran extendiendo la implementación de la estrategia y aquellos que están iniciando el proceso de introducción de la misma en los servicios de salud y la comunidad.

Entre 1997 y 1998, cerca de 10.000 personas, trabajando en los servicios de salud, ya fueron capacitadas en la aplicación de la estrategia AIEPI, y aproximadamente el 40% recibió visitas posteriores de seguimiento con el fin de evaluar la efectiva aplicación de la estrategia en la atención infantil.⁷

En algunos de los países ya comenzaron a implantarse sistemas de monitoreo y evaluación que pongan de manifiesto los efectos de la aplicación de la estrategia AIEPI. Algunos de los indicadores de proceso y resultado obtenidos muestran que, a partir de la aplicación de la estrategia AIEPI, se mejoró la calidad de atención en los servicios de salud, medida a través de la disminución en el uso innecesario de antibióticos y otros medicamentos para el tratamiento (Figura 10). Estos efectos de la estrategia AIEPI se consideran de importancia para reducir el riesgo de aparición de resistencia bacteriana asociado al uso inadecuado e innecesario de los antibióticos; además de evitar la posible ocurrencia de efectos indeseables de estos medicamentos.

Más efectos de la aplicación de la estrategia AIEPI en los conocimientos y prácticas de la comunidad respecto del cuidado y atención del niño, así como sobre la mortalidad y morbilidad en la infancia, están siendo evaluados en la medida en que se avanza en la extensión de la cobertura de aplicación de la misma.

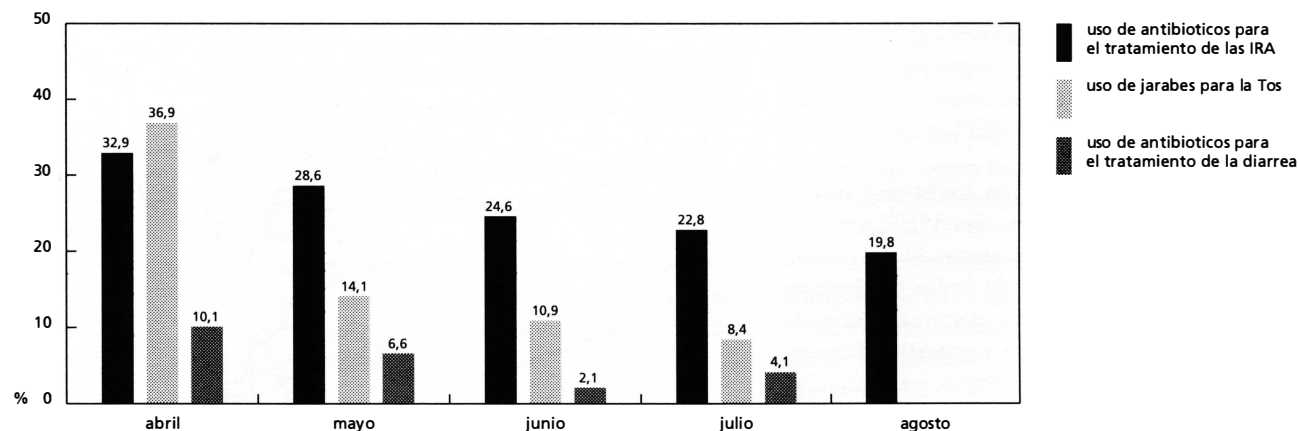
Figura 9

Avances en la implementación de la estrategia AIEPI.
Región de las Américas, 1999.



Figura 10

Mejoramiento del tratamiento de niños menores de 5 años utilizando la estrategia AIEPI.
República Dominicana, 1998.



Fuente: Ministerio de Salud, República Dominicana, Septiembre 1998.

Consideraciones finales

La estrategia AIEPI viene a dar respuesta a una necesidad largamente expresada por los servicios de salud y, a través de ellos, por la comunidad, referida a la importancia de disponer de un instrumento adecuado para brindar, simultáneamente, respuesta a los problemas de salud y enfermedades que representan una preocupación inmediata, y a las acciones que permitirán reducir su ocurrencia.

Ampliando el foco de atención de la causa de consulta a la condición de salud del niño, la estrategia AIEPI permite abordar este problema, brindando los elementos para la detección precoz y tratamiento de las enfermedades, sin descuidar la sistemática aplicación de medidas de prevención y de promoción de la salud.

A través de estos dos últimos componentes, y especialmente del último de ellos, la estrategia AIEPI avanza más allá del servicio de salud para incorporarse como práctica de la comunidad, extendiendo el conocimiento sobre las prácticas adecuadas de cuidado y atención del niño en el hogar, y sobre las ventajas, para la salud del niño y de la familia, de la aplicación de medidas que permiten disminuir riesgos y prevenir enfermedades.

En este marco, y tal como ha sido manifestado por numerosos organismos internacionales y por los gobiernos de los países, la estrategia AIEPI puede constituirse en un importante paso tendiente a la progresiva incorporación de una visión más global del proceso de salud y enfermedad, poniendo en la práctica las acciones que contribuyan a un continuo avance hacia una mejor condición de salud del niño y de la comunidad.

Referencias

1. OPAS. Organización Panamericana de la Salud (OPAS), OMS. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas de salud de las Americas. Washington: OPAS, OMS; 1997. En prensa
2. OPAS. Organización Panamericana de la Salud, OMS. Organización Mundial de la Salud. Las condiciones de salud de las Americas. Washington: OPAS, OMS; 1997. En prensa
3. Noticias sobre IRA 1995; (31)
4. Chatkin de Oliveira M. Avaliação do impacto das ações de controle das infecções respiratórias agudas em Pelotas, RS, Brasil: uma investigação operativa. En: Benguigui Y, editor. Investigações operacionais sobre o controle das infecções respiratórias agudas (IRA). Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPAS); 1997. (Serie HCT/AIEPI-2)
5. Nuñez E. Informe sobre utilización de antibióticos en Talchuano, Chile. In: Seminario de Evaluación de las Actividades de Control de las IRA; 1994; Santiago, Chile.
6. Behar RR. Informes en epidemiologia. La Habana; 1996.
7. OPAS. Organización Panamericana de la Salud. OMS. Organización Mundial de la Salud. AIEPI. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Informe anual de Unidad AIEPI, HCT/HCP. Washington: OPAS, OMS, 1999.