



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

31.ª Sesión, 23 y 24 de noviembre de 1998

Punto 3 del orden del día provisional

SPP31/3 (Esp.)
14 octubre 1998
ORIGINAL: ESPAÑOL

**ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES
DE LA INFANCIA (AIEPI)**

ÍNDICE

	<i>Página</i>
1. Introducción.....	3
2. La salud del niño en la Región de las Américas	3
3. La estrategia AIEPI y la salud del niño	6
3.1 Respuesta a las demandas de la población.....	6
3.2 Fortalecimiento del abordaje integral en la atención del niño.....	6
3.3 Fortalecimiento de la aplicación de medidas de prevención	7
3.4 Fomento de las acciones de promoción de la salud	7
3.5 Mejora de la eficiencia y de la calidad de atención	7
4. El proceso de implementación de la estrategia AIEPI	8
4.1 Adecuación a las necesidades de cada país.....	8
4.2 Implementación orientada a mejorar la equidad	8
4.3 Fortalecimiento de los procesos de descentralización.....	8
4.4 Fortalecimiento del intercambio y relación entre países.....	9
5. El contexto internacional	9
6. Avances de la implementación de la estrategia AIEPI en la Región	11
6.1 Prioridades de implementación en el nivel regional	11
6.2 Adaptación de la estrategia AIEPI a la realidad de cada país.....	11
6.3 Adiestramiento del personal de salud.....	11
6.4 Apoyo y seguimiento para la efectiva implementación	12
6.5 Incremento del acceso a través de la coordinación y participación intersectorial	12
6.6 Estudios e investigaciones operativas y epidemiológicas para el seguimiento.....	12
6.7 Adecuación de la estrategia a países con menor TMI.....	13
7. Desafíos que se enfrentan en la implementación	13
8. Acciones requeridas del Subcomité de Planificación y Programación	15
Bibliografía.....	16

1. Introducción

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) fue elaborada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para reducir la mortalidad y morbilidad en los niños menores de cinco años y mejorar la calidad de atención en los servicios de salud y en el hogar. En su elaboración se incorporaron estrategias individuales ya disponibles para controlar enfermedades y problemas de salud específicos, que fueron integradas para permitir una evaluación global de la salud del niño cuando este toma contacto con cualquier proveedor de atención de salud, tanto institucional como comunitario. La AIEPI incorpora además acciones preventivas y de promoción de la salud, transformando la atención en un espacio para mejorar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de cuidado y atención del niño en el hogar. Al integrar en una única secuencia de evaluación el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más frecuentes, las medidas de prevención, y la promoción de la salud, la aplicación de la AIEPI reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de problemas; y las oportunidades perdidas de vacunación, detección de trastornos nutricionales y educación de los padres sobre el cuidado adecuado del niño en el hogar y la detección temprana de signos de alarma para fomentar la consulta precoz.

2. La salud del niño en la Región de las Américas

Si bien la tasa de mortalidad infantil (TMI) en los países de la Región de las Américas ha presentado un continuo descenso, especialmente durante la última década, aún subsisten profundas diferencias entre ellos. La TMI de algunos países de la Región es aún 10 veces más elevada que la de los países más desarrollados del continente (cuadro 1, figura 1), y en muchos países, ya casi a finales del Siglo XX, la TMI es similar a la que registraban los países desarrollados en la primera mitad de este siglo. Las diferencias en la TMI no solo se observan entre países desarrollados y países en desarrollo, pues entre estos últimos las diferencias son muy marcadas. En todos los países la TMI solo refleja el promedio nacional, ocultando marcadas diferencias que existen entre los distintos grupos de población, ya sea agrupándolos por su ubicación geográfica, por su raza, o por su condición de ingreso.

La diferente magnitud de la mortalidad se asocia en gran parte a la persistencia de elevadas tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias en los países en desarrollo, especialmente aquellos con menores ingresos, en los que estas tasas superan en más de 200 veces las que registran los países desarrollados del continente. En estos países, las infecciones respiratorias agudas (IRA), la diarrea, y la desnutrición son causa

Cuadro 1: Mortalidad infantil en la Región de las Américas
Cifras estimadas e información para 1986, 1991 y último año disponible

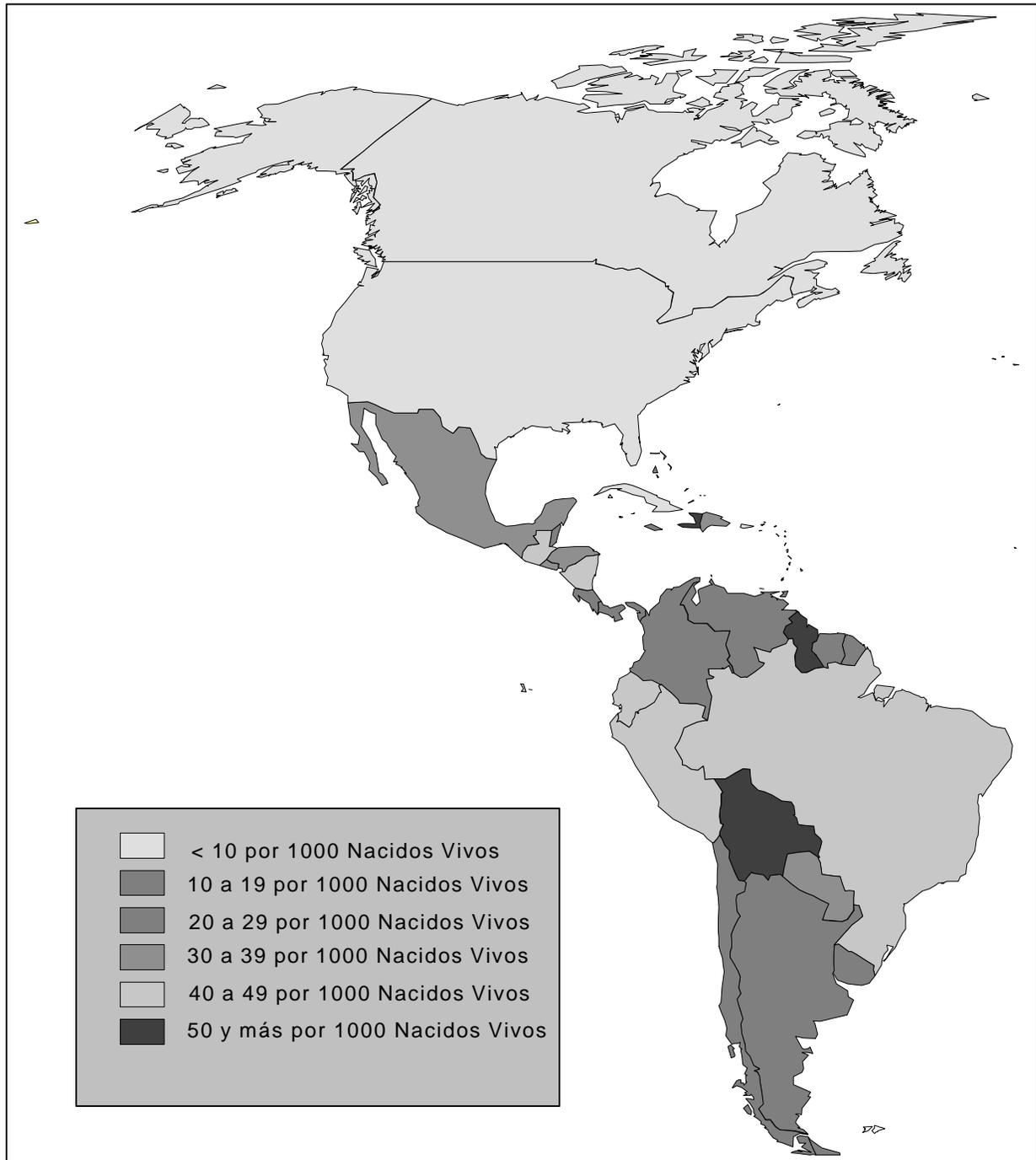
PAIS	Cifras Estimadas (1) 1995-2000		Información oficial						
	No.	TASA *	1986		1991		Ultimo año disponible		
			No.	TASA*	No.	TASA*	AÑO	No.	TASA*
TOTAL	424275	28	349991	21.39	273177	17.59	-----		
AMERICA DEL NORTE	28427	7	41829	10.13	39337	8.72	-----		
CANADA	2142	6	2938	7.89	2571	6.39	1994	2418	6.28
ESTADOS UNIDOS	26285	7	38891	10.35	36766	8.94	1995	29538	7.47
AMERICA DEL SUR	252377	36	218507	25.90	151706	21.29	-----		
BRASIL	134820	42	132211	24.79	86319	23.90	1995	81576	24.09
CONO SUR	26686	22	27035	25.61	24389	21.78	-----		
ARGENTINA	15708	22	18163	26.89	17152	24.69	1995	14606	22.17
CHILE	3796	13	5220	19.12	4385	14.89	1994	3438	11.93
PARAGUAY	6318	39	2150	40.10	1695	24.02	1993	1910	24.77
URUGUAY	864	16	1502	27.90	1157	19.28	1994	1056	16.97
AREA ANDINA	90871	35	59261	28.95	40998	17.13	-----		
BOLIVIA	17030	65	****	****	****	****	-----		
COLOMBIA	20952	24	16193	19.09	12849	14.35	1994	11302	12.99
ECUADOR	13905	45	10372	50.40	4244	15.64	1995	5533	18.57
PERU	26972	44	19668	40.28	11511	18.44	1995	13377	21.82
VENEZUELA	12012	21	13028	25.83	12394	20.59	1994	13576	24.78
AMERICA CENTRAL	38558	36	20782	32.77	17404	32.80	-----		
COSTA RICA	1044	12	1480	17.79	1124	13.86	1994	1045	13.00
EL SALVADOR	6346	38	4156	29.52	****	****	1996	2358	14.43
GUATEMALA	16600	40	10004	41.82	12139	43.73	1993	12586	43.06
HONDURAS	6902	34	****	****	****	****	1983	2758	17.41
NICARAGUA	6364	43	4025	35.52	3062	27.38	1996	2358	20.09
PANAMA	1302	21	1117	19.37	1079	17.96	1993	1104	18.65
CARIBE LATINO	29301	44	7028	16.24	6107	13.06	-----		
CUBA	1305	9	2262	13.62	1853	10.66	1996	1109	7.92
HAITI	20910	82	****	****	****	****	-----		
PUERTO RICO	585	9	871	13.78	841	12.52	1992	821	12.09
REPUBLICA DOMINICANA	6501	33	3895	19.14	3413	15.05	1995	1913	20.59
MEXICO	72478	31	60516	23.60	57051	20.70	1994	49845	17.16
CARIBE	3121	19	1329	7.92	1572	11.68	-----		
ANGUILA	5	26	3	15.00	2	10.00	1995	5	25.00
ANTIGUA Y BARBUDA	19	19	3	2.65	4	4.00	1992	4	4.00
ANTILLAS NEERLANDESAS	60	15	****	****	****	****	1981	95	23.75
ARUBA	8	8	****	****	****	****	-----		
BAHAMAS	70	14	175	30.22	122	23.81	1995	99	15.83
BARBADOS	36	9	77	18.92	65	15.35	1995	55	15.41
BELICE	203	29	152	24.60	83	12.36	1995	95	17.42
DOMINICA	14	14	26	15.11	28	16.37	1995	24	15.99
GRENADA	60	20	****	****	****	****	1988	59	22.38
GUADALUPE	64	8	****	****	****	****	1985	103	15.30
GUAYANA FRANCESA	80	20	105	43.90	****	****	1986	105	43.90
GUYANA	1083	57	****	****	****	****	1994	554	38.10
ISLAS CAYMAN	4	8	5	13.89	7	14.00	1994	2	4.00
ISLAS TURCAS Y CAICOS	4	19	4	7.68	1	5.00	1995	10	38.02
ISLAS VIRGENES (R. U.)	8	20	5	7.68	5	12.50	1995	8	27.30
ISLAS VIRGENES (USA)	33	13	****	****	****	****	1980	63	24.70
JAMAICA	660	12	****	****	672	11.22	1991	672	11.22
MARTINICA	49	7	****	****	****	****	1985	54	9.40
MONSERRAT	2	12	****	****	3	17.14	1994	1	5.00
SAN CRISTOBAL Y NIEVES	27	27	39	38.73	15	16.39	1995	18	18.83
SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS	36	18	67	24.74	57	22.00	1991	57	22.00
SANTA LUCIA	57	19	79	19.70	67	17.93	1995	59	17.25
SURINAME	230	23	237	23.29	196	21.53	1992	113	12.02
TRINIDAD Y TABAGO	308	14	355	11.13	247	8.23	1994	272	13.82
OTROS	13	13	13	14.62	7	7.77	-----		
BERMUDA	13	13	13	14.62	7	7.77	1994	16	17.76
ISLAS MALVINAS	****	****	****	****	****	****	1983	0	0.00
SAN PEDRO Y MIQUELON	****	****	****	****	****	****	1981	1	9.20

1. Demographic Data for Health Situation Assessment and Projections – 1998. Division of Health Situation and Trend Assessment. World Health Organization, Geneva, 1998. (WHO/HST/HSP/98.4)

* Tasas por 1000 nacidos vivos

**** Sin información

**Figura 1: Mortalidad infantil en los países de América
estimaciones 1995–2000**



de la mayor parte de la mortalidad en la infancia, y representan en conjunto entre el 40% y el 60% de las muertes de menores de cinco años, mientras son la causa de menos del 6% de las muertes de este grupo de edad en los países desarrollados.

Asociadas con otras enfermedades infecciosas como malaria, tuberculosis, dengue, Chagas, enfermedades prevenibles por vacuna, y meningitis, constituyen también la mayor carga de enfermedad en la población infantil. Son la causa de más del 60% de las consultas a los servicios de salud, y de más del 40% de las hospitalizaciones de niños menores de cinco años. En su diagnóstico y tratamiento, se invierten cotidianamente una gran cantidad de recursos, muchos en forma innecesaria, tales como los antibióticos, ya que más del 50% de los niños que reciben estos medicamentos no los necesita para su curación, hecho que genera resistencia bacteriana, un mayor costo de atención, y la frecuente falta de medicamentos en los servicios de salud, impidiendo que muchos niños que los necesitan, los reciban.

El control de estos problemas en los niños representa un desafío actual para lograr una situación de salud más equitativa y compatible con los conocimientos y tecnologías disponibles, que pueden ser puestos al alcance de la población a través de los servicios y el personal de salud del primer nivel de atención. La estrategia AIEPI se presenta como la mejor alternativa para contribuir a este fin ya que no solo enfoca el control de las principales causas de mortalidad y morbilidad en la infancia, sino que constituye un vehículo adecuado para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud y en el hogar.

3. La estrategia AIEPI y la salud del niño

3.1 *Respuesta a las demandas de la población*

Enfocando la atención a la rápida detección y tratamiento de las enfermedades que afectan al niño y lo ponen en riesgo de muerte, la estrategia AIEPI da respuesta inmediata al motivo principal por el cual el niño es llevado al servicio de salud. De este modo, la aplicación de la estrategia AIEPI cubre las principales preocupaciones de la población respecto del estado de salud del niño.

3.2 *Fortalecimiento del abordaje integral en la atención del niño*

La aplicación de la estrategia AIEPI permite una evaluación completa de la condición de salud del niño, conduciendo a la detección de otros problemas y enfermedades, aún cuando no hayan sido los motivos de consulta principal. De esta manera, la aplicación de la estrategia AIEPI reduce las oportunidades perdidas de

detección precoz y tratamiento adecuado de enfermedades del niño, muchas de las cuales, al no haber sido detectadas por el personal de salud no reciben tratamiento.

3.3 *Fortalecimiento de la aplicación de medidas de prevención*

La estrategia AIEPI también incorpora la evaluación sistemática del estado de vacunación y de la condición nutricional del niño, así como acciones para garantizar la prevención de enfermedades y la reducción de la prevalencia de desnutrición, factor de riesgo de la mayor importancia como causa de agravamiento y mortalidad en la infancia. Por esta razón, la aplicación de la estrategia AIEPI reduce las oportunidades perdidas de vacunación y de detección y tratamiento de problemas nutricionales en el niño.

3.4 *Fomento de las acciones de promoción de la salud*

Al incorporar en la atención componentes específicos de educación sobre el cuidado y atención del niño en el hogar, la prevención de enfermedades y la detección precoz de signos de alarma, la estrategia AIEPI contribuye a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población respecto de la salud infantil. Se constituye de este modo en un vehículo para fortalecer la capacidad de la familia para el cuidado y atención del niño en el hogar, contribuyendo a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud.

3.5 *Mejora de la eficiencia y de la calidad de atención*

La aplicación de la estrategia AIEPI garantiza la detección de las principales causas de enfermedad en los niños mediante la aplicación del menor conjunto de acciones de evaluación, clasificación y tratamiento, seleccionadas con base en su alto valor predictivo para la detección precoz y tratamiento exitoso. De este modo, la estrategia AIEPI es una herramienta adecuada para brindar la mejor calidad de atención posible durante el momento de la consulta habitual al servicio de salud. Al establecer una secuencia sistemática para la evaluación, clasificación y tratamiento, incluyendo los componentes de prevención y promoción de la salud, la aplicación de la estrategia AIEPI garantiza a todos los niños una adecuada calidad de atención, mejorando de este modo la equidad en el acceso a los conocimientos y tecnologías disponibles para la prevención y tratamiento de enfermedades.

4. El proceso de implementación de la estrategia AIEPI

4.1 *Adecuación a las necesidades de cada país*

Teniendo en cuenta la diferente situación de salud de los países, la implementación de la estrategia AIEPI contempla un proceso de adaptación de su contenido y metodologías de implementación que permite adecuarla a la realidad epidemiológica y operativa de cada país, e incluso de las distintas áreas hacia el interior de los países. De este modo, la aplicación de la estrategia AIEPI puede dar respuesta a las principales causas de enfermedad de cada lugar, garantizando la rápida detección de problemas graves, el tratamiento ambulatorio que corresponda, y la aplicación de medidas de prevención y promoción de la salud del niño adecuadas al contexto particular de cada lugar.

4.2 *Implementación orientada a mejorar la equidad*

La aplicación de la estrategia AIEPI en los servicios de salud mejora la equidad en la atención ya que garantiza a todos los niños acceso a un conjunto básico de medidas de detección y tratamiento precoz de enfermedades, prevención y promoción de la salud. Orientando su implementación en primer lugar hacia los países y áreas con mayor TMI, la OPS/OMS está contribuyendo a reducir la brecha existente en la situación de salud de los niños y, de este modo, a disminuir la inequidad existente entre países y entre áreas de los mismos, en lo que respecta a la mortalidad y morbilidad en la infancia, así como al acceso a una atención de calidad adecuada.

4.3 *Fortalecimiento de los procesos de descentralización*

La implementación de la estrategia AIEPI también fortalece los procesos de descentralización, extiende la cobertura de las acciones de control de enfermedades en el niño y mejora la coordinación intersectorial y la calidad de la referencia y contrareferencia entre la comunidad, el primer nivel de atención y los hospitales. Al aumentar la capacidad de resolución de los niveles básicos de atención, incluyendo a la propia familia y a la comunidad, la estrategia contribuye al proceso de descentralización, que incluye el reforzamiento de la capacidad de decisión de los niveles periféricos para dotarlos de mayor autonomía en la organización de las acciones. El componente comunitario de la AIEPI es una herramienta adecuada para extender la cobertura de atención de los principales problemas de salud del niño, incorporando al personal auxiliar, a los agentes comunitarios de salud y otro personal voluntario, y a la propia familia, en las acciones de prevención y promoción de la salud del niño. Finalmente, la implementación de la estrategia AIEPI fortalece el vínculo entre los distintos niveles y sectores de atención, estableciendo criterios uniformes para la evaluación, clasificación y tratamiento,

incluyendo el control en la evolución de los mismos y optimizando el uso de todos los recursos disponibles, tanto públicos como privados.

4.4 *Fortalecimiento del intercambio y relación entre países*

El proceso de implementación en la Región avanza generando una gran movilización en los países y fomentando el intercambio de experiencias y actividades entre ellos. La conformación de una masa crítica para la capacitación del personal de salud, para el seguimiento y evaluación de las actividades y para la ejecución de estudios multicéntricos dirigidos a mejorar y profundizar el conocimiento del problema, permite el desarrollo de planes interpaíses, el intercambio y complementación de experiencias y el apoyo de los niveles nacionales y locales en la implementación. Este proceso se extiende no sólo entre los ministerios de salud sino entre las sociedades científicas y las universidades y escuelas de medicina y enfermería, contribuyendo a la difusión e inserción de la estrategia AIEPI en los foros académicos y científicos internacionales y nacionales.

5. El contexto internacional

La salud de la infancia ha sido un tema que ha merecido profundo y constante interés en los últimos años, sobre la base de las inadmisibles diferencias en la situación de este grupo en los distintos países del mundo. Las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia representaron, en este aspecto, uno de los acontecimientos de mayor importancia, y se encuentran entre las bases que motivaron a OPS/OMS y UNICEF en la búsqueda de una herramienta integrada que permita a los niños recibir una atención adecuada que garantice la detección precoz y el tratamiento adecuado de todos los problemas de salud que presenten, y no solo del que originó la consulta; a la vez que incorpore acciones de prevención y promoción de la salud. La estrategia AIEPI, que fue el fruto del esfuerzo conjunto realizado por OPS/OMS y UNICEF, se presenta actualmente como una alternativa apropiada para mejorar el cuidado y atención del niño menor de cinco años, tanto en los servicios de salud como en el hogar.

Lo adecuado de la estrategia AIEPI para lograr una mayor reducción de la mortalidad y morbilidad en la infancia, así como para garantizar una adecuada calidad de atención de la salud del niño, fue puesto de manifiesto por el Banco Mundial en su Informe de 1993, cuando afirmó que es la intervención de mejor relación costo-beneficio para reducir la carga de enfermedad en la población. En este marco, su aplicación en los servicios de salud se considera de gran importancia para mejorar las condiciones de salud de la población y forma parte integrante de los procesos de reforma del sector salud incorporada como herramienta para la descentralización, el mejoramiento de la eficiencia y calidad de atención de los servicios de salud y el fortalecimiento del rol del Estado en la fijación de políticas de salud de aplicación intersectorial.

Para su implementación, OPS/OMS y UNICEF–TACRO aunaron sus esfuerzos, tal como quedó plasmado en el acuerdo interagencial suscrito en 1996, que sentó las bases para la continua coordinación regional y en los países, en apoyo de los niveles nacionales para la incorporación de la estrategia AIEPI en los servicios de salud y la comunidad. El acuerdo suscrito entre OPS/OMS y USAID para el apoyo a los países en el logro del acceso universal de los niños menores de cinco años a la estrategia AIEPI, también representa un marco de apoyo adicional, al reforzar los procesos de implementación de la estrategia AIEPI en los países y aunar los esfuerzos de las distintas agencias que enfocan sus acciones hacia un mejoramiento en las condiciones de salud del niño. El compromiso de los niveles nacionales ha constituido un hecho esencial dentro del proceso de implementación de la estrategia AIEPI, iniciado con la declaración de Santa Cruz de la Sierra, elaborada por todos los responsables nacionales del control de las IRA y la diarrea en los países en desarrollo, quienes expresaron su compromiso con las actividades y el esfuerzo a realizar para lograr que todos los niños menores de cinco años del continente tengan acceso a la estrategia AIEPI a través de los servicios y personal de salud, así como a través de las estructuras comunitarias existentes en cada uno, que incluye diferente tipo de personal voluntario y basado en la comunidad. El compromiso de los niveles técnicos se ha acompañado, en algunos países de la Región de las Américas (Bolivia, Ecuador, Perú, República Dominicana), con la adopción oficial de la estrategia AIEPI como política de salud básica para lograr la reducción de la mortalidad infantil.

El amplio apoyo en favor de la implementación de la estrategia AIEPI contribuyó a movilizar numerosos recursos gubernamentales y no gubernamentales, alcanzándose un grado de compromiso diferente en cada país. La introducción de la estrategia AIEPI como principal herramienta para la atención de los niños es un proceso en marcha en algunas empresas de prestación de servicios de salud de Colombia, así como en numerosas instituciones sostenidas por las organizaciones no gubernamentales (ONG) en Bolivia, Ecuador, El Salvador, Perú y la República Dominicana. En algunos países la implementación de la estrategia AIEPI se está realizando en un marco de completa coordinación con los procesos de reforma del sector salud, incorporando la estrategia como uno de los elementos esenciales dentro del paquete de servicios básicos a ser ofrecido por el sistema de salud, y como una herramienta para fortalecer la capacidad de resolución de los mismos.

Desde el nivel regional se fortaleció la coordinación entre países en el proceso de implementación, permitiendo el intercambio de experiencias y el apoyo en las áreas en que cada país mostraba sus mayores fortalezas. También se coordinó con las instituciones responsables de la formación del personal de salud con el fin de incorporar la enseñanza de la estrategia AIEPI en la formación, contribuyendo a reforzar el proceso de

implementación en uno de sus componentes más importantes: la capacitación del personal responsable de la atención del niño en la aplicación de la estrategia AIEPI.

6. Avances en la implementación de la estrategia AIEPI en la Región

6.1 *Prioridades de implementación en el nivel regional*

Desde su presentación en 1996, 14 países de la Región iniciaron el proceso de implementación de la estrategia AIEPI, priorizando aquellas áreas en las que se registran las mayores TMI, donde puede producirse el mayor impacto en términos de la reducción de la mortalidad y morbilidad en la infancia. Desde el nivel regional, se enfocaron las acciones en apoyo de los países con mayor TMI, lográndose que la estrategia AIEPI se adopte en Bolivia, Brasil, Ecuador, Perú y la República Dominicana en 1996, y en El Salvador, Haití, Honduras y Nicaragua durante 1997. En 1998 se avanzó en la presentación de la estrategia AIEPI a otros países de la Región que ya iniciaron acciones para su aplicación, incluyendo Argentina, Colombia, Guatemala, Paraguay y Venezuela, y están previstas actividades dirigidas a adecuar la implementación de la estrategia AIEPI dentro de las políticas nacionales de otros países, particularmente Guyana y México.

6.2 *Adaptación de la estrategia AIEPI a la realidad de cada país*

Todos los países que iniciaron la implementación de la estrategia AIEPI adaptaron sus contenidos para adecuarlos a la realidad epidemiológica y operativa local. Esto permitió un mayor grado de pertinencia, a la vez que fomentó el compromiso de las instituciones académicas y científicas de los países que participaron activamente en la adaptación.

6.3 *Adiestramiento del personal de salud*

Todos los países que iniciaron el proceso de implementación ya llevaron a cabo cursos para la capacitación del personal de salud. Esta actividad se inició con la formación de una masa crítica que sostiene el esfuerzo nacional, llegando actualmente hasta los servicios de salud del primer nivel que están incorporando progresivamente la aplicación de la estrategia AIEPI para la atención de los niños menores de cinco años. El número de personas capacitadas en estos países supera actualmente las 5.000 personas y aumenta en forma continua.

6.4 *Apoyo y seguimiento para la efectiva implementación*

El seguimiento posterior a la capacitación ha demostrado la factibilidad y los beneficios de la estrategia AIEPI para mejorar la calidad de atención de la salud del niño, aún cuando no ha alcanzado la cobertura necesaria para garantizar que todo el personal capacitado reciba apoyo en la introducción de la estrategia AIEPI en la atención habitual del servicio de salud. La ejecución de este seguimiento ha puesto de manifiesto el importante intercambio de experiencias entre los países, involucrando a los mismos en el apoyo mutuo para garantizar la aplicación efectiva de la estrategia en los servicios de salud.

6.5 *Incremento del acceso a través de la coordinación y participación intersectorial*

El proceso de implementación ha permitido fortalecer los vínculos con las instituciones académicas y científicas de los países, con las ONG con trabajo local, y con la seguridad social, contribuyendo a la incorporación de la estrategia AIEPI en los diferentes sectores de atención y educación del personal de salud. A través del desarrollo y prueba de materiales y herramientas dirigidas a fortalecer el componente comunitario de la estrategia AIEPI, se ha avanzado en la integración de los agentes comunitarios de salud (ACS) para incrementar el acceso de las poblaciones que no tienen factibilidad para obtener atención oportuna a través de los servicios y el personal de salud institucional. Asimismo, se diseñaron cursos de capacitación para personal auxiliar y de apoyo, dirigidos a garantizar la captación precoz de los niños gravemente enfermos y a mejorar la comunicación interpersonal con la madre, con el fin de brindarle los conocimientos, actitudes y prácticas necesarios para mejorar el cuidado y atención del niño en el hogar.

6.6 *Estudios e investigaciones operativas y epidemiológicas para el seguimiento*

Finalmente, también se inició la implementación de protocolos simples para la vigilancia de enfermedades prevalentes en la infancia para realizar estudios e investigaciones epidemiológicas y operativas dirigidas a incrementar el conocimiento local de los problemas de salud del niño y para evaluar el impacto de la estrategia AIEPI sobre los mismos. Algunos de estos estudios, realizados o en vías de ejecución en algunos países, ya han puesto de manifiesto los beneficios que la aplicación de la estrategia AIEPI ha producido en la disminución del uso innecesario de antibióticos y de la prescripción de medicamentos inadecuados para el tratamiento, tales como antidiarreicos y jarabes para la tos.

6.7 *Adecuación de la estrategia a países con menor TMI*

Para fortalecer el logro del objetivo de mejoramiento de la calidad de atención, se inició también la adaptación de la estrategia AIEPI a la realidad epidemiológica de países con menor TMI, tal como se ha realizado en Argentina, Brasil y Colombia. Esto contribuirá a mejorar la calidad de atención de la salud del niño, a aumentar la cobertura de las medidas de prevención y promoción de la salud, y a fortalecer la capacidad de la familia para el cuidado adecuado del niño en el hogar.

7. *Desafíos que se enfrentan en la implementación*

La OPS ha desempeñado un rol fundamental en los esfuerzos regionales y nacionales dirigidos al mejoramiento de las condiciones de salud de la población en general y del niño en particular. Apoyando y guiando las acciones de prevención y control de enfermedades, la OPS ha contribuido a los avances que realizaron los países para el fortalecimiento de la atención primaria de la salud y el logro de las metas de salud para todos en el año 2000. También se ha contribuido al logro de las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia dirigidas a reducir en un tercio la mortalidad de los niños menores de cinco años y a disminuir la incidencia de problemas de salud.

La iniciativa regional de erradicación de la poliomielitis, y la de erradicación del sarampión, actualmente en marcha, han demostrado la capacidad de la Región de las Américas para enfrentar desafíos que puedan servir como guía para otras Regiones, en el continuo camino hacia mejores condiciones de salud y de vida de la población.

La posibilidad de continuar contribuyendo a una sostenida reducción de la mortalidad en los niños menores de cinco años mediante la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas, constituye una responsabilidad para orientar los esfuerzos regionales y nacionales en favor de la mejor condición de salud de la población.

La aplicación de la estrategia AIEPI para el acceso universal de los niños menores de cinco años a servicios y personal de salud, así como que la población utilice las recomendaciones de prevención y promoción de la salud del niño, permitirá avanzar en el logro de la meta de reducción de la mortalidad. De esta manera, se contribuirá a evitar más de 100.000 muertes de niños menores de cinco años en el año 2002 con respecto a las ocurridas anualmente en 1995–2000.

En este marco, los esfuerzos para fortalecer el proceso de implementación de la estrategia AIEPI se traducirán en un beneficio para las condiciones de salud de la infancia del continente, brindando a los niños acceso equitativo a medidas de cuidado y atención adecuadas tanto a través de los servicios de salud como de la familia y la comunidad.

Algunos de los problemas para lograr la implementación de la estrategia AIEPI se enumeran a continuación:

- La ***incorporación efectiva de la estrategia AIEPI dentro de los procesos de reforma del sector salud*** que se están llevando a cabo en los países, representa una alta prioridad, no solo para contribuir al proceso de implementación de la estrategia en el sistema de salud, sino especialmente para garantizar la equidad y eficiencia en la atención de la salud del niño a través de toda la estructura de salud del país, tanto pública como privada. La utilización de la estrategia AIEPI en la atención de los niños menores de cinco años garantiza a los mismos el acceso seguro a un conjunto de medidas de detección precoz y tratamiento adecuado de enfermedades, así como a acciones de prevención y promoción de la salud que son raramente ejecutadas en el marco de una consulta habitual, no solo en los servicios de salud públicos, sino también en los servicios de salud privados o de la seguridad social.
- El ***compromiso de los países en el sostenimiento del esfuerzo de implementación*** resulta esencial, teniendo en cuenta el tiempo que se requerirá para lograr que todos los servicios y personal de salud estén en condiciones de aplicar la estrategia AIEPI. Esto requiere su capacitación, la provisión continua de los suministros necesarios para la ejecución de las actividades—especialmente antibióticos y otros medicamentos para el tratamiento—la periódica supervisión en apoyo a la efectiva aplicación de la estrategia, y la comunicación sobre la estrategia AIEPI para transferir a la comunidad los conocimientos y actitudes positivas referidas al cuidado del niño. La incorporación efectiva de los planes de implementación dentro de los presupuestos de los ministerios de salud de los países; el compromiso explícito de los gobiernos para el logro de las metas de reducción de la mortalidad y morbilidad; el mejoramiento de la calidad de atención de la salud del niño y la difusión periódica de los avances en este sentido, pueden constituir una herramienta para la movilización de recursos y la participación de la población en el cuidado y protección de la salud del niño. En este sentido, el ejemplo dado por República Dominicana, de adopción de un Día Nacional de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, en el que el gobierno presenta públicamente los avances realizados en la implementación de esta estrategia, es una referencia para la adopción de mecanismos similares dirigidos a una mayor participación de la población en el control de las acciones y resultados de las intervenciones de salud.
- La ***introducción efectiva de la estrategia AIEPI en la formación del personal de salud*** representa un importante desafío para reducir la carga que representa la continua capacitación del personal en la aplicación de acciones dirigidas al control

de las enfermedades y problemas de salud que con mayor frecuencia afectan a la comunidad. Al incorporar la enseñanza de la estrategia en las instituciones académicas se logrará un mayor sustento para su implementación, a la vez que se reducirá la carga de trabajo y el costo adicional que representa la capacitación. Dr Se acortarán los plazos de implementación y se incrementará el acceso a través de los servicios de salud atendidos por el personal de universidades y escuelas de medicina y enfermería.

- El *fortalecimiento de la participación activa de las ONG en la implementación* de la estrategia AIEPI contribuirá a extender la cobertura de la población que puede recibir sus beneficios, especialmente a través del personal comunitario que participa de los planes y actividades de estas instituciones. De este modo, se fortalecerá el proceso de transferencia a la población de los conocimientos y prácticas necesarias, que garantizan mejores condiciones de salud de los niños.
- La *adaptación de la estrategia AIEPI para su aplicación en situaciones epidemiológicas diferentes*, que asignen prioridad a otros componentes de la salud del niño, incluyendo el control del crecimiento y el fomento del desarrollo, la prevención de accidentes y maltrato en la infancia, constituye también un importante desafío para vincular a los servicios de salud con la realidad de cada lugar. La incorporación de componentes que vinculen a la estrategia AIEPI con otros componentes de la atención de la salud de la familia, tales como la atención perinatal, la salud reproductiva, la salud de la mujer y la salud familiar, también contribuirá a reducir las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de problemas, así como de prevención y promoción de la salud en la comunidad.

8. Acciones requeridas del Subcomité de Planificación y Programación

Se solicita del Subcomité la revisión y comentarios al presente documento, y especialmente sobre los desafíos a enfrentar, así como la formulación de observaciones y recomendaciones sobre el avance en la implementación de la estrategia AIEPI en la Región de las Américas con vistas al logro de las metas de reducción de la mortalidad y morbilidad en la infancia y de mejoramiento de la calidad de atención de la salud del niño en los servicios de salud y la comunidad.

Bibliografía

1. Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. New York, 1990.
2. Declaración de Tlatelolco. Primera Reunión Latinoamericana de Evaluación de los Programas Nacionales en Favor de la Infancia. Tlatelolco, octubre, 1992.
3. Declaración y líneas de acción en favor de las familias de América Latina y el Caribe. Cartagena de Indias, agosto, 1993.
4. Cumbre de las Américas. Miami, diciembre, 1994.
5. Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. Copenhague, marzo, 1995.
6. Tercera Reunión Ministerial Americana sobre Infancia y Política Social. Acuerdo de Santiago, 1996.
7. Plan de Acción para el Desarrollo Sostenible de las Américas. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, 1996.
8. *La salud en las Américas*. Edición de 1998. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud; 1998 (Publicación Científica No. 569).
9. Organización Panamericana de la Salud. Curso de Capacitación Clínica AIEPI. Washington, D.C. (HCP/HCT/ARI-CDD/96.4-5).
10. World Development Indicators. World Development Report 1993. Investing in Health. Oxford: Oxford University Press; 1993.
11. Organización Panamericana de la Salud. La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en Países de América Latina. Informe de la Reunión. Washington, D.C. 1998. (HCT/AIEPI-12).
12. Organización Panamericana de la Salud. Reunión de Consultores de la OPS. Avances 1997-Programación 1998. Washington, D.C. 1998. (HCT/AIEPI/98.7).
13. Organización Panamericana de la Salud. The Santo Domingo Call for Action on Integrated Management of Childhood Illness. (HCP/HCT/IMCI/97.9).
14. Organización Panamericana de la Salud. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia para los países de la Región de las Américas.

- Declaración conjunta de OPS/OMS y UNICEF-TACRO. Washington, D.C. (HCP/HCT/ARI-CDD/96.36).
15. Proyecto Regional de USAID/LAC para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Washington, D.C., enero, 1998.
 16. Organización Panamericana de la Salud. Manifiesto de Santa Cruz. Encuentro Regional de Coordinadores de acciones de control de las IRA y la diarrea. (HCP/HCT/AIEPI/97.5).
 17. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones sobre la estrategia AIEPI. Washington, D.C. (HCP/HCT/AIEPI/97.19).
 18. Organización Panamericana de la Salud. Boletín AIEPI No. 1. Washington, D.C. 1996 (HCP/HCT/ARI/CDD/96.36).
 19. Organización Panamericana de la Salud. *Estadísticas de salud de las Américas*. Edición de 1998 (en prensa).
 20. Organización Panamericana de la Salud. Conversando con las madres sobre AIEPI. Washington, D.C. (HCP/HCT/ARI-CDD/96.26).
 21. Organización Panamericana de la Salud. AIEPI. Guía de adaptación. Washington, D.C. (HCP/HCT/ARI-CDD/96.37).
 22. Organización Panamericana de la Salud. Acciones de salud materno-infantil a nivel local: según las Metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Washington, D.C., 1996.