

Noticias sobre Atención Integrada

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

Número 13 — Julio de 2008



Dra. Mirta Roses Periago
Directora OPS/OMS

Editorial

El día 1 de febrero de 2008 asumí mi segundo mandato ante la Organización Panamericana de la Salud con el mismo entusiasmo del primer día, y con el compromiso de seguir trabajando día a día, y hora a hora por los más vulnerables de la Región. Uno de los aspectos que mencioné en mi discurso de toma de posesión, es la necesidad de propiciar la equidad de acceso y calidad en los servicios de salud para así contribuir a la reducción de las inequidades en la Región. Una de estas inequidades la representa la persistencia de altas tasas de mortalidad neonatal en los países de la Región, y en el interior de los mismos países.

La mortalidad infantil ha disminuido en muchos países de ALC, sin embargo la tendencia de la mortalidad neonatal no se ha modificado. La mortalidad neonatal representa el 60 por ciento de las defunciones de menores de cinco años en Latinoamérica y el Caribe, la mayoría de las cuales podría evitarse con medidas sencillas y de bajo costo. Cada año mueren cerca del 190.000 bebés durante los primeros 28 días de vida. El promedio regional de la tasa de mortalidad neonatal es de 14,3 por cada 1 000 nacidos vivos. Cabe destacar que existen grandes diferencias entre los países y dentro de los mismos, si comparamos las tasas de las zonas urbanas y zonas rurales.

Ante esta problemática, la OPS/OMS ha impulsado activamente diversas iniciativas, entre las que podemos mencionar en primer lugar el lanzamiento de la iniciativa “Cada madre, cada niño cuentan” en abril 2005, durante el Día Mundial de la Salud.

Continúa en la página 2

Celebración del Día Internacional de las Familias en la sede de la OPS

Presentaciones se centraron en el rol del padre en la salud de los niños

El pasado 16 de mayo se celebró en la sede de la OPS en Washington D.C. el Día Internacional de las Familias. Esta importante celebración busca promover una concientización de temas relacionados con la familia como unidad básica de la sociedad. El acontecimiento es también una oportunidad para incrementar el conocimiento de los procesos sociales, económicos, culturales y demográficos que afectan a las familias.

Profesionales del Proyecto de la Salud del Recién Nacido, Niño y Joven compartieron con los asistentes presentaciones del rol del padre en la promoción de las prácticas saludables en los niños, el programa Familias Fuertes para adolescentes, y la importancia de una nutrición saludable.

Dr. José Romero Teruel, Subdirector interino de la OPS dio la bienvenida a los asistentes con palabras llenas de esperanza y reflexión en torno al tema de la importancia del padre en las familias.

Participaron en el evento padres de familia de la organización, así como el personal de la sede central. Cabe destacar que gracias a la tecnología Elluminate, pudieron participar más de 40 personas de los centros y representaciones de los países de la Región.

El Sr. Christopher Drasbek, Asesor Regional en AIEPI, presentó El papel del padre en promover las prácticas familiares claves para el desarrollo saludable del niño. En su alocu-

Continúa en la página 3

Atención Integrada en el Contexto del Continuo Materno-Recién Nacido-Salud Infantil

En este número

10 años al aire por la salud de los niños	3	Nicaragua en el contexto de los ODM	20	El caso de los hospitales de Turbo y Yondó	28
Alianza AIEPI Comunitario (Colombia)	7	Reunión en Guatemala	22	Red ENSI	31
Alianza para la salud del recién nacido	14	Coloquio Internacional 2008	23	Salud Neonatal en Asunción, Paraguay	32
Taller de seguimiento y monitoreo	16	Save the Children presentó Informe	24	Actualización de cuadros clínicos de AIEPI neonatal ...	34
Experiencias y retos en AIEPI	17	UCI-AIEPI, Lima, Perú	26	Novedades de la biblioteca AIEPI	36



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Editorial Viene de la página 1



Otro hito en la salud neonatal la representó la aprobación, durante el 47 Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en 2006, de un llamado a la acción en pro de la salud neonatal, en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, y para asegurar la salud de la madre y del recién nacido. Asimismo, esta resolución buscó apoyar la creación de alianzas y un plan de acción regional.



Un tercer hito importante en el tema neonatal fue el lanzamiento en 2007 del Consenso Estratégico Interagencial para la reducción de la morbi mortalidad neonatal para América Latina y el Caribe, consenso respaldado por el Grupo de Trabajo Interinstitucional Neonatal, que está integrado por representantes de OPS/OMS, UNICEF, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y las organizaciones ACCESS, BASICS, CORE y Save the Children/Saving Newborn Lives (SNL), entre otros.

La estrategia y el plan de acción en salud neonatal fueron aprobados por el Comité Ejecutivo de la OPS, quienes han recomendado que sea presentado en la Sesión del 48.º Consejo Directivo de la OPS a realizarse del 29 de septiembre al 3 de octubre de 2008.

El documento de salud neonatal en el marco del continuo de la atención materna, recién nacido y niñez: estrategia y plan de acción regional busca dar respuesta a la resolución CDR47.R19, brindando insumos técnicos, operativos y estratégicos en el apoyo al desarrollo y ejecución de planes nacionales para la reducción de la mortalidad neonatal.

El plan de acción en salud neonatal abarca cuatro áreas estratégicas, las cuales son:

Área estratégica 1: Crear un entorno favorable para la promoción de la salud neonatal. Se busca generar las condiciones favorables en los campos políticos, estructurales y técnicos que propicien la promoción de la salud neonatal.

Área estratégica 2: Fortalecer los sistemas de salud y mejorar el acceso a los servicios de atención de la madre, el recién nacido y el niño. Solo fortaleciendo los sistemas de salud podremos asegurar que ellos reciban una atención integral y holística.

Área estratégica 3: Promover las intervenciones comunitarias. Es importante fomentar las prácticas saludables a nivel de la comunidad, y sobre todo el reconocimiento de los signos de peligro por parte de la comunidad, lo cual pueden salvar la vida de los recién nacidos. Promoviendo las intervenciones comunitarias en salud neonatal, estaremos colaborando a la disminución de la mortalidad neonatal.

Área estratégica 4: Crear y fortalecer los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación. La vigilancia, monitoreo y evaluación son tres puntos importantes para asegurar los estándares de calidad en la atención en salud, y así poder registrar las diversas experiencias en salud neonatal, y saber qué tanto hemos avanzado en salud neonatal, y cuánto nos falta avanzar.

Es importante reconocer que la Organización Panamericana de la Salud ha desarrollado la estrategia y el plan de acción regional neonatal a través de un proceso consultivo, al lado de organizaciones aliadas y representantes de casi todos los países de la Región.

El presente número de Noticias sobre Atención Integrada destaca el componente neonatal en el contexto del continuo de la atención materno-recién nacido-salud infantil. En este sentido, se incluye dentro del boletín notas relacionadas a la Alianza por la Salud Neonatal, una nota sobre la reunión realizada en Guatemala del 6 al 8 de mayo, sobre la revisión de los cuadros de conducta de AIEPI neonatal, Y el Lanzamiento del Consenso Interagencial Neonatal realizado en Asunción, Paraguay.

La salud neonatal representa un tema impostergable, y gracias a las diversas iniciativas que comenzaron el 2005, la mortalidad neonatal no permanecerá inadvertida. El plan de acción en salud neonatal representa un hito importante en la salud pública de las Américas dado que propone intervenciones a diversos niveles y compatible con los distintos escenarios que conforman la problemática de la mortalidad neonatal. El plan contribuirá significativamente a que la Región alcance el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 4 de reducción de la mortalidad infantil y de los niños menores de cinco años. ■

Dra. Mirta Roses Periago

Día Internacional de las Familias *Viene de la página 1*

ción afirmó que en el mundo cambiante la importancia de que ambos padres estén involucrados en el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

El padre de familia puede promover las prácticas claves dentro del hogar, las prácticas de higiene en el hogar, la alimentación y lactancia materna, el cuidado de los niños, y la pronta atención en el servicio de salud.

Dra. Eugenia Rodrigues, Asesora Regional en Seguridad Vial de la OPS señaló durante su presentación que un 80% de las muertes por tránsito son hombres. También citó estudios que revelan que en algunos países de las Américas se están sufriendo tasas extraordinariamente altas de muertes de tránsito entre poblaciones de entre 10 y 25 años.

La Sra. Ewa Nunes Sorenson, oficial del Proyecto de la Salud del Recién Nacido, Niño y Joven, compartió con los asistentes el programa Familias Fuertes: Amor y Límites, la cual está siendo implementada por la OPS. El programa Familias Fuertes está destinado ayudar a los padres o tutores a aprender aptitudes de crianza que apoyen el desarrollo de sus hijos adolescentes.

La Dra. Chessa Lutter, Asesora Regional de Alimentación y Nutrición de la OPS, concentró su presentación en la importancia de una buena nutrición en la familia, y los consejos para poder mantener un peso saludable, y una vida libre de enfermedades crónicas como la diabetes.

El Dr. Rafael Mazín, Asesor Regional de la OPS en Prevención del VIH y Atención Integral, afirmó en su presentación El rol de los padres (y otras figuras paternas) en la promoción y cuidado de la salud sexual y reproductiva y la prevención del VIH. El Dr. Mazín afirmó que los padres son mentores en el aprendizaje de las tradiciones para sus hijos.

Asimismo, indicó que es importante una comunicación abierta y fluida entre el padre y los hijos, y que esta comunicación puede contribuir enormemente a la adopción de prácticas protectoras contra la infección VIH.

Las Naciones Unidas proclamó el Día Internacional de las Familias en septiembre de 1993. Desde ese año cada 15 de mayo, gobiernos, organismos internacionales y sociedad civil conmemoran la fecha con diversas actividades. ■

10 años al aire por la salud de los niños**Los medios de comunicación son actores sociales clave en el fortalecimiento de AIEPI, y dentro de ellos, sobresale la radio por su arraigo popular y bajo costo**

Desde hace 10 años se viene emitiendo el programa radial “Por la salud de los niños: estrategia AIEPI” a través de una emisora cultural, con una audiencia potencial de 3,5 millones de personas.

Por: Luis Carlos Ochoa V, Pediatra. Coordinador de la Estrategia AIEPI Escuela de Ciencias de la Salud Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Cada vez toma más fuerza la decisiva función que cumple la comunicación en la salud de los individuos y de la comunidad. Se estima, por ejemplo, que por un mensaje sobre salud que recibe una persona por parte del equipo de salud, le llegan otros 25 a través de los medios de comunicación. Es indispensable entonces, dentro de la necesaria educación en salud que deben recibir las familias, emplear de manera sistemática y adecuada estos medios, además, claro está, de la comunicación personalizada. Pero ambos (medios de comuni-

cación y comunicación personal), deben enfocarse hacia una verdadera comunicación, entendida no en el sentido vertical, paternalista y unidireccional como tradicionalmente se hace, sino bidireccional, interpretando, modificando y fortaleciendo, de manera respetuosa, los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las familias sobre la salud y la enfermedad. Es indispensable entonces hacer de la comunicación un auténtico diálogo de saberes en el que se parta de lo cotidiano para que, luego de inducir una adecuada reflexión en las



Participantes en el programa conmemorativo “10 años al aire por la salud de los niños” 13 de marzo, 2008

10 años al aire... Viene de la página 3

familias, éstas vuelvan a la vida diaria, pero modificándola, transformándola.

¿POR QUÉ LA RADIO?

Dentro de los medios masivos de comunicación, la radio cumple una función muy importante dada sus características especiales, entre las que se resaltan las siguientes:

- Tiene un gran arraigo popular. Llega a las clases más populares, precisamente donde se presentan los problemas comunitarios de salud más graves y prevalentes.
- Tiene una gran ubicuidad. Aún las radiodifusoras locales tienen un alcance que comprende tanto el área urbana como rural de un municipio.
- Su producción es menos costosa y más sencilla de ejecutar.
- Es compatible mientras se trabaja. Desde el punto de vista de educación en salud, se busca principalmente un impacto en las clases socioeconómicas menos favorecidas, las que, en su mayoría ejercen oficios que les permiten escuchar la radio mientras hacen su labor (amas de casa, obreros, campesinos, artesanos, servicios varios, etc.).
- Por las condiciones anteriores, es también más participativa.
- Es un valioso instrumento de educación no formal “el más hermoso esfuerzo de los hombres que consiste en cambiar su desorden en orden y la posibilidad de poder” (P.Valery).
- En la mayoría de las regiones existen radiodifusoras locales, comunitarias, religiosas, culturales y educativas que desempeñan un valioso servicio social, además de informar y entretener.

Es pues indispensable crear y fortalecer una nueva concepción de la radio educativa: Aquella que facilite que las familias se conviertan en los principales protagonistas y constructores de su propio bienestar. Que instaure un estilo de comunicación horizontal, participativa, que respete y tenga en cuenta la realidad de los oyentes, de tal suerte que les permita transformarse de receptores pasivos en agentes activos, autocuidadores de su salud y la de sus niños y niñas.

10 AÑOS AL AIRE

Desde marzo de 1998 y de manera ininterrumpida se viene transmitiendo por Radio Bolivariana A.M. 1110 kilohertz, emisora cultural de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín, Colombia, el programa radial “**Por**

la salud de los niños: Estrategia AIEPI” como una proyección social de la universidad hacia la comunidad. Se trata de un programa educativo y participativo que se trasmite en directo todos los jueves de 11 a 12 m. con repetición los sábados a las 5 de la tarde.

Se presentan temas sobre las enfermedades más comunes que afectan a los niños, sus causas, cómo prevenirlas y manejarlas en el hogar mientras se busca atención médica. Se hace énfasis en los signos de alarma de las enfermedades más frecuentes y por lo tanto la necesidad de solicitar consulta urgente. Todos los anteriores puntos son tratados siguiendo los lineamientos trazados por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) a través de la Estrategia AIEPI: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, la cual hace parte de los programas de pregrado de medicina y enfermería.

Igualmente se discuten asuntos de gran interés sobre la crianza de los hijos y la función que los padres, maestros, personal de salud y demás adultos responsables de los niños deben desempeñar en el acompañamiento de su crecimiento y desarrollo, con especial énfasis en el logro de las metas del desarrollo: Autoestima, autonomía, creatividad, solidaridad, felicidad y salud.

Además el programa sirve de campo de práctica a los futuros pediatras sobre la función que como educadores principales en salud infantil deberán desempeñar en su nueva especialidad. Ellos participan en los programas durante los tres años que dura la misma, como una actividad de la asignatura puericultura y pediatría del desarrollo. Las inquietudes, concepciones erróneas y preguntas que hacen los oyentes sobre la salud y la crianza de sus hijos a través de los programas, hacen parte del trabajo cotidiano de cualquier clínica o consultorio pediátricos. Todo lo anterior es fundamental dentro del componente comunitario de AIEPI, especialmente en lo que se refiere a la acción básica de los actores sociales.

METODOLOGÍA DEL PROGRAMA

Selección de los temas. A finales de cada año se realiza la programación del año siguiente. Por su importancia y frecuencia, siempre se incluyen aquellos temas que hacen parte de los componentes de la Estrategia AIEPI: las diarreas, las neumonías, el resfriado común, los trastornos del apetito, el maltrato infantil, la fiebre, las vacunas, la lactancia materna, la alimentación complementaria, la desnutrición, el maltrato, entre otros. Los demás temas se seleccionan de

10 años al aire... *Viene de la página 4*

acuerdo a la solicitud de los oyentes, a los problemas que toman auge en un momento dado (criterio epidemiológico) o por aquellos errores predominantes que se detectan a través de las intervenciones de los oyentes.

Guiones. De cada programa se hace con anticipación un guión que consta de una pequeña introducción en la que se resalta la importancia y actualidad del tema con el ánimo de motivar a los oyentes; y de unas preguntas (entre 10 y 20) que se elaboran con base en los conocimientos, actitudes y prácticas que más frecuentemente expresan las madres en las consultas sobre cada tema en particular. Por otra parte, se incluyen aquellas preguntas “clave”, las que por su alto componente educativo y preventivo, necesariamente deben ser emitidas al aire. Este guión es estudiado previamente por el realizador del programa, un estudiante de postgrado de Pediatría y, cuando el tema lo amerita, por un invitado especial (educador, psicólogo, trabajador social, etc).

Horario: Cada semana el programa se emite en dos oportunidades: los jueves, en directo de 11 a 12 m. Es en este horario en el cual los oyentes participan “en vivo” con sus preguntas, experiencias y opiniones. Dicho programa se repite al sábado siguiente a las 5 p.m. De esta manera se cuenta con dos audiencias, pues son muchos los padres de familia que, por razón de su trabajo, no lo pueden sintonizar en su emisión original.

El número de programas transmitidos desde 1998 a la fecha ha sido de 508, teniendo en cuenta los programas en directo, pregrabados y editados. Cabe destacar que teniendo en cuenta la repetición que se hace los sábados, el programa ha salido al aire en 1016 oportunidades.

Registro de llamadas: Desde el segundo año de funcionamiento (1999) se viene haciendo un registro de las llamadas que se hacen en cada uno de los programas. De igual manera se anotan las preguntas y comentarios, lo que se emplea como material de retroalimentación para mejorar y actualizar los guiones. Durante los programas originales los oyentes han realizado 2651 llamadas en estos diez años, con un promedio de 7,3 llamadas por programa. Es necesario aclarar que sólo se dispone de una línea telefónica para el público oyente.

Bibliografía usada en los programas: Además de los textos clásicos de Pediatría y Puericultura, se consulta la bibliografía de que dispone la OPS/OMS sobre la Estrategia AIEPI: Curso Clínico, AIEPI Neonatal, Curso de AIEPI para agentes comunitarios de salud, Prácticas y mensajes clave para Actores Sociales, Ayudando a crecer, Conversando con

las madres, Estrategias de Comunicación para la salud Integral de la Infancia, etc.

Cobertura: De acuerdo a las llamadas recibidas, el programa tiene una cobertura de audiencia en 17 municipios, incluyendo a Medellín, la capital del Departamento de Antioquia. Teniendo en cuenta el último censo de población, el programa tiene una audiencia potencial de más de tres millones de habitantes. Además de Medellín, participan oyentes de los siguientes municipios: Bello, Envigado, Itagüí, Sabaneta, Caldas, Copacabana, Girardota, Rionegro, La Estrella, Santuario, El Retiro, El Carmen, Barbosa, San Pedro y Santa Rosa de Osos.

Audiencia: Con el ánimo de conocer de quiénes surgen las preocupaciones sobre los niños y quiénes son sus cuidadores principales, a cada oyente se le indaga sobre su relación con el niño. De acuerdo a estos datos, se detectó una participación muy importante de abuelos (17.6%), de tíos (2.8%) y de otros (6.6%) distintos de los padres (73%) en el cuidado y el interés por la salud de los niños. Debido al ingreso de la mujer al campo laboral, son cada vez más los niños que están al cuidado de otras personas. De ahí la importancia de que el programa llegue también a ellas.

Audiencia por género: En términos de género, contrario a lo que podría pensarse (“se trata de un programa para mujeres”), se cuenta con una participación masculina importante: el 10.6% de las llamadas son hechas por hombres.

Profesión u oficio de audiencia: Como era de esperarse, la mayoría de los oyentes se desempeñan como amas de casa (73.9%). Sin embargo es significativa la participación de un espectro amplio de profesiones y oficios que va desde empleadas del servicio doméstico hasta estudiantes universitarios y profesionales, pasando por comerciantes, agricultores, empleados de oficina, recicladores, entre otros. Contrario pues, a lo que podría presumirse, el programa llega a personas de diferentes condiciones culturales y económicas.

Estudiantes de postgrado de pediatría que han participado en el programa: Han participado 10 promociones de pediatras de las facultades de Medicina de la UPB y del CES para un total de 71 nuevos pediatras. Cada uno intervino durante los tres años de duración de su postgrado, en ocho programas en promedio. Ellos son ahora especialistas que tuvieron la oportunidad de contactarse a través de la radio, con las madres y los padres de familia, de conocer lo que ellos saben y piensan sobre la salud y las enfermedades de sus hijos, de aprender sobre las tradiciones y costumbres relacio-

10 años al aire... Viene de la página 5

Durante estos diez años el programa radial “Por la salud de los niños: estrategia AIEPI” se ha consolidado como una ayuda y orientación para los padres de familia y demás adultos responsables de la crianza y cuidado de los niños.

nadas con la crianza de los niños. Pero sobre todo, de sensibilizarse sobre la necesaria función de educadores que moral y socialmente deben cumplir en el desempeño de su nueva profesión. Ellos saben que, independientemente de su sitio de trabajo o de su especialidad, las preguntas que hacen los padres de familia las tendrán que enfrentar y resolver, dentro de un respetuoso diálogo de saberes y de manera adecuada, en su trabajo diario.

Guiones realizados: Con las características ya anotadas, durante estos 10 años se han realizado y adaptado 145 guiones. Cada año se proyectan y elaboran nuevos programas de acuerdo a las necesidades sentidas.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Durante estos diez años el programa radial “Por la salud de los niños: estrategia AIEPI” se ha consolidado como una ayuda y orientación para los padres de familia y demás adultos responsables de la crianza y cuidado de los niños.

Si bien es cierto que el número de llamadas es un buen reflejo de la audiencia y del interés que despierta un tema en particular, esta variable se ha estabilizado en los últimos tres años (un promedio de 7.3 llamadas por programa con extremos entre 4 y 13), debido a que en los últimos 15 minutos de cada programa se restringen las mismas con el ánimo de emplear ese tiempo en redondear el tema tratado y hacer una puesta en común de tal suerte que los oyentes queden con una visión más integradora del tema desarrollado.

Las intervenciones de los oyentes son espontáneas y en relación estrecha con el tema del día. De hecho sólo de manera excepcional y en número cada vez menor, se hacen preguntas inconexas con el tema. Con el paso del tiempo los oyentes han comprendido que el programa no reemplaza la consulta médica; que en el mismo no se dan fórmulas ni dosis, así como tampoco se recomiendan clínicas, consultorios ni médicos en particular, de acuerdo a los principios de ética que rigen al mismo.

Igualmente significativa es la participación de otros miembros de la familia distintos a los padres de familia como abuelos, tíos y otros, por las razones ya expuestas antes. Lo anterior constituye otro valor del programa.

Respecto al área de influencia del programa radial, es de resaltar que cada vez se cuenta con más participantes de otros municipios diferentes a Medellín. Lo anterior es también un valor significativo del programa ya que del mismo se benefician familias que tienen más dificultades de acceso cultural y geográfico.

Igual conclusión se tiene respecto a la participación de los oyentes de Medellín: Si bien es cierto que existe participación de todos los barrios, la mayoría de los oyentes pertenecen a los estratos socioeconómicos más bajos: 1, 2 y 3. En otras palabras, el programa llega cada vez más a quienes más lo necesitan.

Respecto a la frecuencia de participantes por programa, es también notorio que la preferencia de los oyentes no se limita a los temas exclusivamente “biologistas” o netamente médicos como la diarrea, las infecciones respiratorias o el asma. De hecho, entre los programas que cuentan con el mayor número de llamadas están los relacionados con el maltrato infantil, las metas del desarrollo, la lactancia materna, las vacunas, entre otros.

Independientemente del tema del día, todos los programas tienen un alto contenido educativo, con énfasis en la necesidad de que al niño se le atienda no sólo desde el componente físico como tradicionalmente se hace, sino como un ser biopsicosocial. En otras palabras, que no se atiendan más “motivos de consulta”, sino NIÑOS! Se trata de volver cotidiana la educación en salud en todas las consultas y en todos los niveles. Como bien lo dice la Organización Panamericana de la Salud en los principios que sustentan la Estrategia AIEPI: “Cuando una madre sale de un consultorio sin aprender nada sobre salud, no hay la menor duda de que tanto ella como su niño y el médico perdieron el tiempo”.

También se trata de manera reiterativa el tema de los derechos del niño, con el ánimo de establecer la cultura del buen trato y la concepción del niño no sólo como objeto de cuidados sino como sujeto de derechos. Cada programa se cierra con la frase “Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás”, tomada del Artículo 44 de la Constitución Política de Colombia. ■

Solicitud del trabajo completo

Para los lectores interesados en el documento completo de esta investigación, lo pueden solicitar a Luis Carlos Ochoa V, al siguiente correo electrónico: lucas8a@une.net.co

Alianza para la extensión de la estrategia AIEPI comunitario y fortalecimiento de prácticas clave para protección de la salud y bienestar de la mujer y de la infancia en los municipios de Ipiales, Samaniego y Yacuanquer, Colombia. 2005 - 2006

*Elizabeth Trujillo Montalvo, MD., E. Ep., M.A.S.
Subdirectora de promoción y prevención. Instituto Departamental de Salud Nariño (Colombia)*
*Jimena Fajardo Rosero, Enf., EGYA.
Enfermera de apoyo a salud infantil. Instituto Departamental de Salud Nariño (Colombia)*

INTRODUCCIÓN

Cada año, más de 200.000 niños mueren antes de los cinco años de edad en los países de América Latina, por enfermedades que pueden ser prevenidas o tratadas. 1,7 millones de defunciones al año, son atribuibles al agua no segura y a las condiciones deficientes de saneamiento e higiene personal. Un 70% de las consultas médicas de menores de cinco años se deben a enfermedades respiratorias agudas, diarrea y desnutrición. (1)

Colombia forma parte de los 14 países donde la tasa de mortalidad infantil es superior a 20 por 1.000 nacidos vivos, y sus principales causas son atribuibles a infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas y desnutrición. La adopción en 1998 de la Convención sobre los Derechos de la Niñez es un hecho sin precedentes y un compromiso jurídico que fue confirmado políticamente en la Cumbre Mundial a favor de la Infancia celebrada en Nueva York en septiembre de 1990. (2)

Dentro de este contexto, la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) surge como una herramienta adecuada para avanzar en la solución a los problemas de acceso y calidad de los servicios de salud, desempeño del recurso humano y cuidado familiar. En el desarrollo del proyecto prima AIEPI desde el componente comunitario de atención porque integra a la población infantil, la familia y la comunidad con los servicios de salud para efectuar diagnóstico precoz; tratamientos apro-

piados y acciones de promoción y prevención y vincula en forma cercana y sostenida a los actores sociales que de una u otra forma son responsables de la salud y el bienestar de los niños.

El Ministerio de la Protección Social, Cruz Roja Colombiana, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar con la asesoría y el acompañamiento de la Organización Panamericana de la Salud conformaron una alianza de actores sociales locales y sus redes, para expandir esta estrategia en el distrito capital, 10 departamentos y 30 municipios, para incorporar prácticas claves sobre pautas de crianza de niños y niñas menores de 5 años y cuidado de la gestante con apoyo de las organizaciones de base para su aplicación.

Nariño fue uno de los 10 departamentos seleccionados para la expansión de esta estrategia, con la inclusión de los municipios de Ipiales, Samaniego y Yacuanquer. El problema en los municipios de Ipiales, Samaniego y Yacuanquer no es diferente al resto del departamento o del país, motivo por el cual la implementación de la estrategia AIEPI es de gran importancia e impactaría socialmente en gran medida. (3)

AIEPI es una estrategia basada en un enfoque integral que busca mayor equidad en la atención infantil para contribuir a la construcción de procesos que fomenten el crecimiento y desarrollo apropiado y el bienestar de las gestantes, los niños y las niñas. (4) Esta estrategia facilita la identificación temprana de riesgos en los espacios de la vida cotidiana y de las instituciones. Reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para el personal de los servicios de salud, disminuyendo las complicaciones. Aprovecha todas las oportunidades de contacto con el sistema de salud para aumentar los beneficios, aumentar la cobertura de vacunación para mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los niños y las niñas. (5)

Alianza para la extensión de AIEPI Viene de la página 7

METODOLOGÍA

Nariño inició el desarrollo del proyecto con el invaluable apoyo técnico de OPS Colombia desde el año 2004, dentro de la Alianza OPS, Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Cruz Roja y el Instituto Departamental de Salud de Nariño, y se enmarca dentro de la Investigación Acción Participativa. Para la selección de la población es necesario hacer referencia a las dos fases en que se desarrolló el proyecto.

Fase Uno: El Comité Departamental del proyecto, hizo la selección de los tres municipios Ipiales, Samaniego y Yacuanquer. El criterio de selección de estos municipios, obedece a la presencia de actores que conforman la alianza a nivel local, voluntad política, vulnerabilidad de la población objeto y capacidad de respuesta institucional. La estrategia AIEPI ya define una población objeto de intervención como tal, (niños y niñas menores de cinco años y mujeres gestantes). La selección de la muestra, se realiza conjuntamente con la oficina de epidemiología aplicando un muestreo aleatorio simple.

Municipio	Familias con niños < cinco años	Muestra
Ipiales	7758	117
Samaniego	2109	114
Yacuanquer	603	107

Fase Dos. La particularidad en la aplicación de la encuesta en esta fase obedece a que se toma únicamente a las familias con niños menores de cinco años, donde los agentes comunitarios de salud han logrado coordinar acciones, orientación y educación respecto a las prácticas claves. Teniendo en cuenta el mapeo con el que los agentes comunitarios de salud trabajan de acuerdo al barrio o vereda asignada en sus municipios, se determina la muestra (n) en cada municipio y se toma como referente los siguientes datos:

Las variables evaluadas fueron las siguientes:

Municipio	Número de familias intervenidas	Muestra
Ipiales	228	22
Samaniego	224	21
Yacuanquer	118	19

SOCIODEMOGRÁFICAS: Edad de los padres del menor; Años de educación aprobados; ocupación de los padres y afiliación al SGSSS de los padres y el menor de cinco años.

ESPECÍFICAS DE LA ESTRATEGIA: Higiene y saneamiento básico; inmunizaciones; lactancia materna, nutrición y micronutrientes; enfermedades diarreicas, respi-

ratorias y accidentes; atención de los niños; control prenatal, parto, posparto y planificación familiar; estilos de vida saludable y acceso a los servicios de salud y; características de la casa y la familia.

Para la recolección de datos se aplicó la **Encuesta a hogares sobre prácticas que protegen la salud y el bienestar de la mujer y la infancia**. Este instrumento fue elaborado por la Organización Panamericana de la Salud, y tiene como referente de aplicación y validación comunidades de Perú y Colombia, específicamente en el Municipio de Pasto, Departamento de Nariño y aplicado como línea de base de la estrategia.

La encuesta tiene un software para su procesamiento creado por la OPS, que incluye un manual de instalación y otro de operación. Para el análisis se utilizó la estadística descriptiva a través de la aplicación de medidas de tendencia central tipo promedios y porcentajes, se obtuvo luego los indicadores y se presentaron en diagrama de barra para mejor comprensión por parte de la comunidad a quien van dirigidos los resultados. Una vez obtenidos los resultados se llevó a cabo **la fase de socialización**, para compartir con las redes de actores sociales y profundizar con ellas las prácticas priorizadas analizando, a través de planificación de base, (problema, causa, consecuencias y actividades).

Municipio	Número de capacitados	Actores comunitarios y sociales
Ipiales	360	Auxiliares de enfermería, madres de familia, promotores voluntarios de CRC, madres sustitutas, jardineras
Samaniego	132	Auxiliares de enfermería, madres de familia, promotores voluntarios de CRC
Yacuanquer	91	Auxiliares de enfermería, madres de familia promotores voluntarios de CRC, líderes comunitarios

Lo anterior se logra gracias a la participación y concertación de los diferentes actores locales tales como, alcaldes, planeación, saneamiento y seguridad alimentaria de las administraciones municipales, directores de salud, gerentes de ESE, servidores públicos de ICBF, recurso humano de Cruz Roja, Educación y Administradoras de régimen subsidiado. De acuerdo a la metodología de la investigación se programó la aplicación de la encuesta de salida, cuyos datos se procesan y se analizan de forma comparativa con los obtenidos en la encuesta inicial

Alianza para la extensión de AIEPI Viene de la página 8

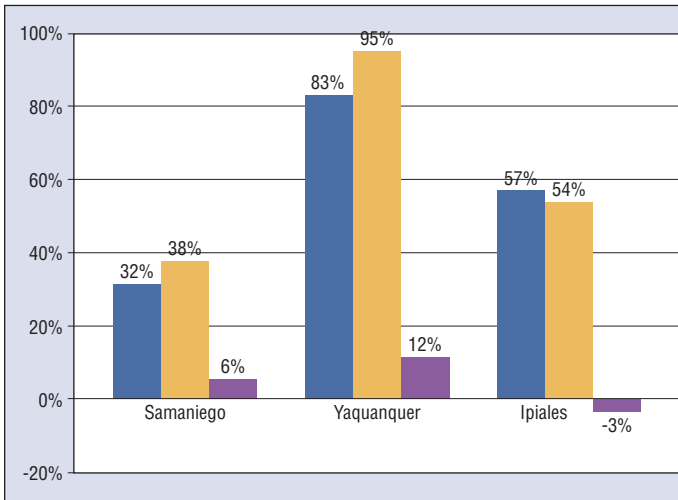
Prácticas	Indicadores
1. Amamantar a lactantes de manera exclusiva por lo menos seis meses.	Conocimiento del inicio y duración de la lactancia materna exclusiva.
	Exclusividad de la lactancia.
2. Alimentación complementaria. Contenido nutricional y energético. Continuación de la lactancia materna.	Conocimiento del inicio de la alimentación complementaria.
	Duración de la lactancia complementaria.
	Conocimiento de los alimentos que debe recibir el niño.
3. Vitamina A y hierro proporcionados al niño.	Madres que saben para qué sirve la vitamina A y proporcionan al niño alimentos fuentes de vitamina A.
	Madres que saben para qué sirve el hierro y proporcionan al niño alimentos fuente de hierro.
4. Vacunación completa.	Madres que conocen el esquema básico de vacunación y el tiempo de inicio.
	Niños protegidos con vacunas al año de edad.
5. Disposición de heces, casa ordenada, lavado de manos, lavado de dientes, convivencia con animales, basura alrededor de la casa, cocinar con leña, fumadores en el hogar, desinfección del agua.	Familias que disponen de un sitio adecuado para disposición de excreta.
	Familias que mantienen la casa ordenada.
	Familias que conocen y practican prácticas de higiene personal y de la vivienda.
	Familias que conviven inadecuadamente con animales.
	Familias que mantienen limpio la periferia de la vivienda.
	Familias que cocinan con leña.
	Fumadores en el hogar.
	Familias que aplican métodos de desinfección del agua para el consumo.
6. Evitar maltrato y descuido de menores	Familias que reconocen prácticas de maltrato infantil.
	Práctica de protección del niño maltratado.
	Familias que conocen medidas a tomar en caso de maltrato.
7. Reconocer cuándo los niños necesitan tratamiento fuera del hogar	Madres que reconocen signos de alarma general y específica de neumonía y diarrea
8. Toda mujer embarazada haga seis controles prenatales, embarazada reciba las dosis de TT, reciba apoyo de familia y comunidad para buscar atención apropiada para dar a luz, puerperio y lactancia, seleccione método de planificación familiar	Gestantes que conocen que deben realizar el control pre natal durante el embarazo, control del puerperio.
	Gestantes que recibieron control pre natal.
	Gestantes que recibieron vacuna TT.
	Mecanismos de apoyo para tener atención apropiada del parto.
	Gestantes que conocen los signos de alarma del embarazo y puerperio.
	Partos institucionales.
	Familias con utilización de métodos de planificación familiar
9. Todo niño tiene derecho a pertenecer aun régimen de afiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social de Salud y a recibir una atención de calidad en la Institución prestadora de servicios de salud	Niños vinculados en el SGSSS.
	Percepción de los usuarios, respecto a la atención recibida en las IPS.

Alianza para la extensión de AIEPI Viene de la página 9

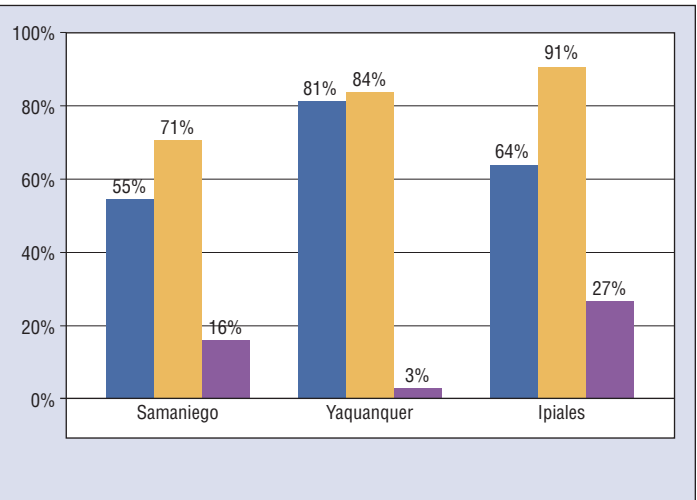
RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

PRÁCTICA 1. LACTANCIA MATERNA, NUTRICIÓN Y MICRONUTRIENTES

Madres de niños menores de cinco años que dieron a sus niños lactancia materna exclusivamente durante los seis primeros meses de vida. (n=100)



Madres y cuidadoras de niños menores de cinco años encuestadas que saben cuando iniciar alimentación complementaria. (n=100)

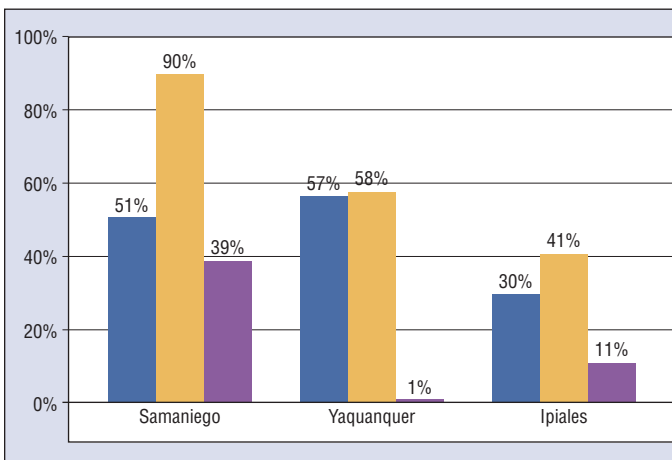


La exclusividad de la lactancia materna en los niños menores de seis meses en los municipios de Samaniego y Yaquanquer se incrementó en (6% y 12%) respectivamente mientras que en el Municipio de Ipiales disminuye en un 3% de lo encontrado en la fase inicial del proyecto. El reconocimiento del tiempo de inicio de la alimentación complementaria, es superior después de la intervención de los Agentes Comunitarios de Salud (16%, 3% y 27%). Incluir alimentos sólidos y energéticos en la dieta del menor se incrementó, el conocimiento de la importancia de vitamina A en la dieta del menor

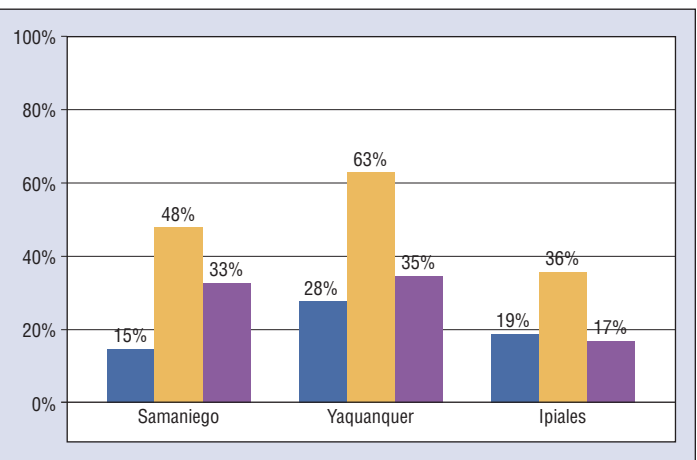
en el municipio de Samaniego se mantiene antes y después de la intervención. En el municipio de Yaquanquer e Ipiales el incremento en las familias es significativo (10% y 11%); el suministro de esta por las IPS y/o programas de suplementación, se incrementó en igual porcentaje en el municipio de Samaniego y Yaquanquer y notablemente en el municipio de Ipiales (3%, 3% y 42%). Respecto al manejo del hierro en la dieta del menor, posterior a la intervención, se incrementó en los tres municipios, (14%, 4%, 14%); también las mujeres gestantes han recibido en mayor porcentaje este micronutriente.

PRÁCTICA 2. INMUNIZACIONES

Madres de niños menores de cinco años que conocen el esquema básico de vacunación y tiempo de inicio. (n=100)



Madres que durante su periodo gestacional (último año incluye el actual) tienen esquema de vacunación antitetánica adecuado. (n=100)



■ Encuesta inicial ■ Encuesta final ■ Diferencia

Alianza para la extensión de AIEPI Viene de la página 10

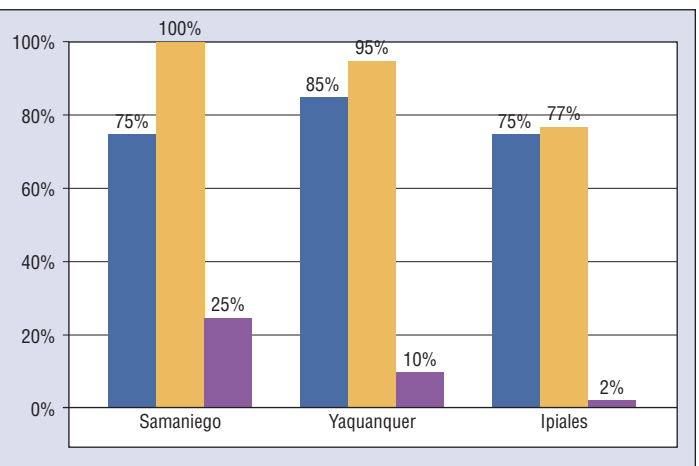
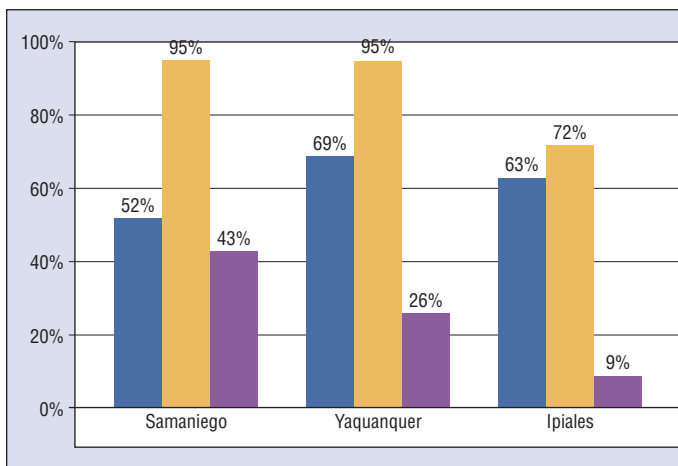
El fortalecimiento de la práctica de inmunizaciones en las familias de Samaniego, Yacuanquer e Ipiales se refleja en el conocimiento que tienen respecto al esquema básico de vacunación en la segunda encuesta y que aumenta en porcentajes de (39%, 1% y 11%) respectivamente, en todos los municipios. Se mejoró también el conocimiento del tiempo de inicio de este esquema en las familias posterior a la intervención en los tres municipios (90%, 58%, 41%).

Los municipios de Samaniego y Yacuanquer el 100% de los niños tienen un esquema de vacunación adecuado para su edad y en el municipio de Ipiales aunque el porcentaje en la segunda encuesta aumento, hace falta un 7% de cobertura de esquemas. En las gestantes de los tres municipios, el esquema de vacunación con toxoide tetánico se incrementó posterior a la intervención. (33%, 35%, 17%).

PRÁCTICA 3. EMBARAZO CONTROL PRENATAL, PARTO Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Madres que durante su período gestacional (último año incluye el actual) recibieron como mínimo seis controles prenatales. (n=100)

Madres que durante su período posparto (último año incluye el actual) reconocen signos de alarma. (n=100)



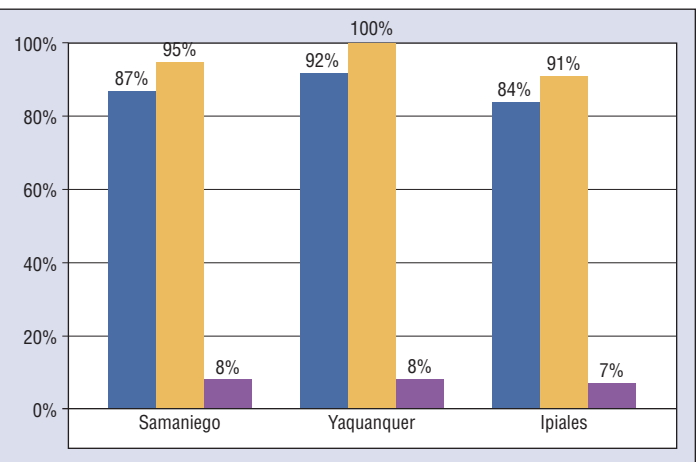
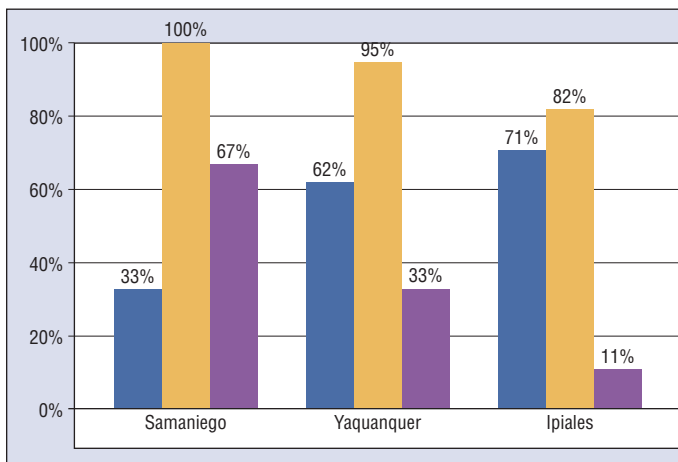
El control prenatal se incrementó notablemente en los tres municipios, (43%, 26, 9%), las gestantes tienen conocimiento de los signos de alarma durante el embarazo y período posparto. La atención de parto institucional en Samaniego se incrementó en un 5%, en Yacuanquer se mantiene en el

95% y en Ipiales pasa del 85% al 86%. La utilización de métodos de planificación familiar logró incrementarse en Samaniego e Ipiales, (18% y 23%) mientras que en Yacuanquer disminuye en 6%.

PRÁCTICA 4. RECONOCIMIENTO DE SIGNOS DE PELIGRO

Madres de niños menores de cinco años que reconocen signos de peligro en general. (n=100)

Madres de niños menores de cinco años que reconocen signos de peligro específicos para enfermedad diarreica aguda. (n=100)



■ Encuesta inicial ■ Encuesta final ■ Diferencia

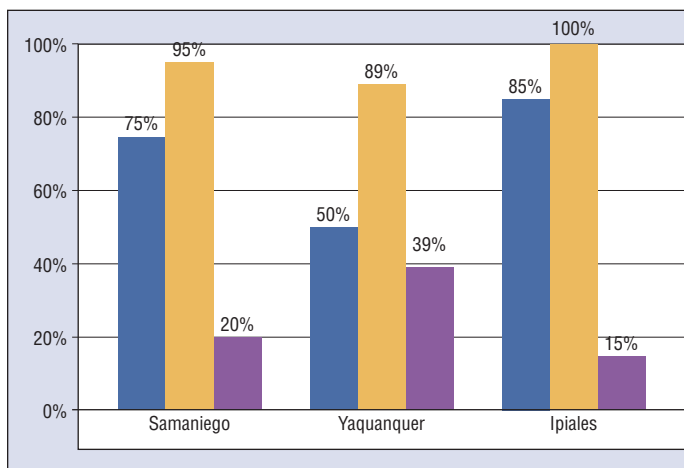
Alianza para la extensión de AIEPI Viene de la página 12

Las familias de Samaniego, Yacuanquer e Ipiales aprendieron a reconocer signos de peligro en general, (100%, 95%,82%); signos de gravedad específicos en Infección

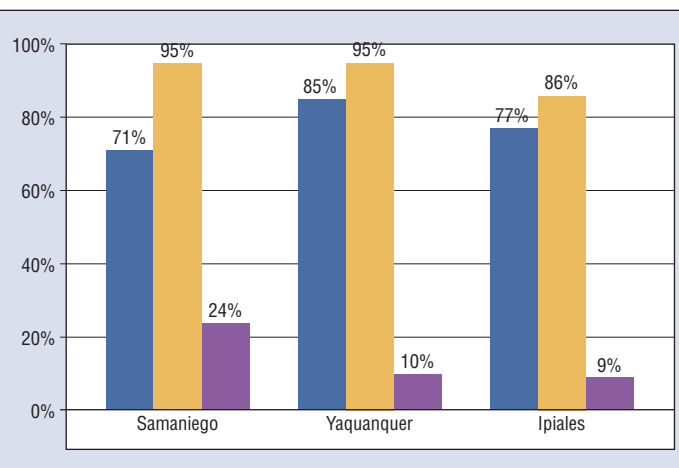
Respiratoria Aguda (90%, 100%, 100%) e Infección Diarreica aguda (95%,100%,91%).

PRÁCTICA 5. HIGIENE Y SANEAMIENTO BÁSICO

Familias que conocen prácticas adecuadas de higiene. (n=100)



Inadecuada convivencia con animales. (n=100)

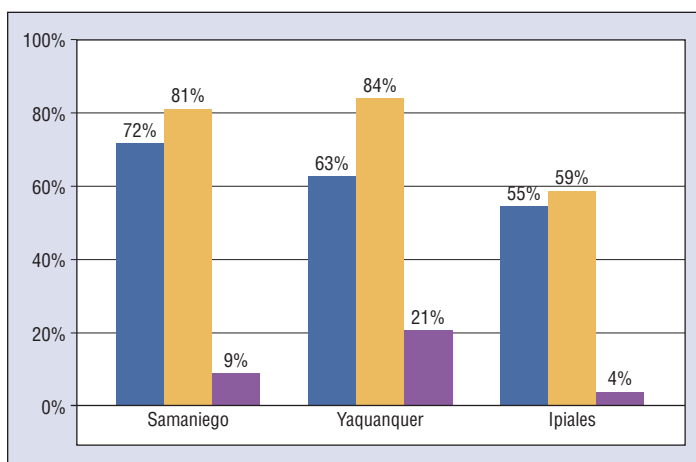


La práctica de higiene y saneamiento básico logró fortalecerse en varios aspectos en los municipios, manteniendo un lugar adecuado para la disposición de excretas en casi 100% en los tres municipios, aplican el lavado de manos y dientes en mayor porcentaje, mantienen la casa ordenada, (95%,89%100%); mejorando la convivencia con animales (95%,95%,86%) respectivamente. Respecto a la práctica no recomendable de cocinar con leña dentro del hogar se encontró aumento en los municipios

de Samaniego y Yacuanquer, pero en el municipio de Ipiales disminuyó en un 8%; posterior a la intervención en los hogares de los municipios de Samaniego e Ipiales no se encontró personas que practiquen el hábito de fumar dentro del hogar, mientras que en el municipio de Yacuanquer todavía se mantiene el hábito en un 5%. En los tres municipios las familias aplican métodos de desinfección del agua antes del consumo en 100%, 95% y 95% respectivamente.

MALTRATO

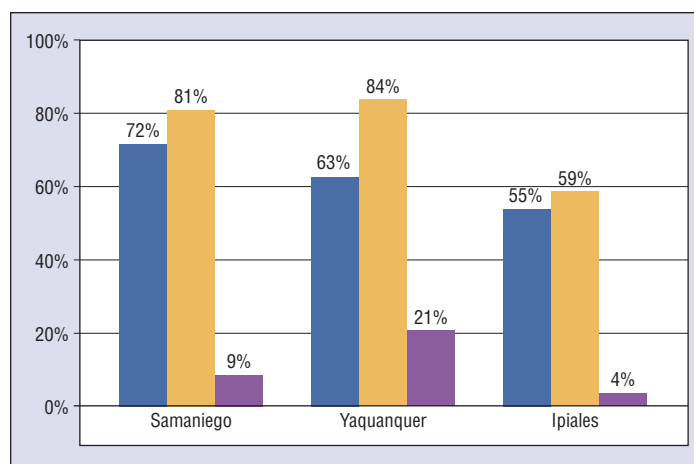
Familias que conocen medidas a tomar cuando hay maltrato. (n=100)



■ Encuesta inicial ■ Encuesta final ■ Diferencia

PRÁCTICA 6. ATENCIÓN DEL MENOR

Familias que reconocen formas de maltrato al menor. (n=100)

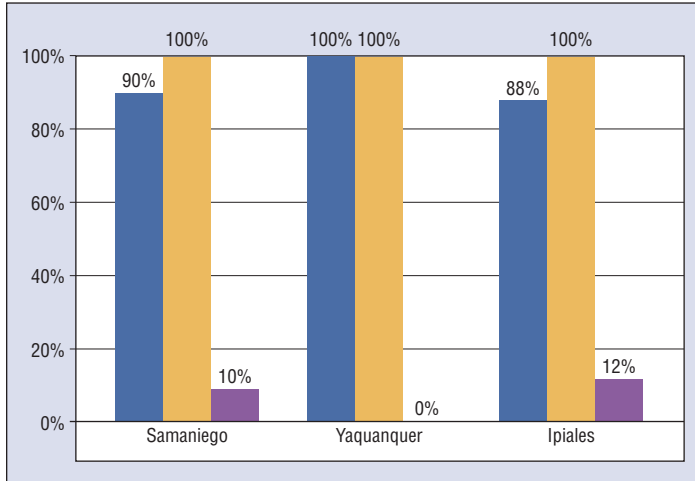


La atención del menor se fortaleció en el conocimiento acerca de las formas existentes de maltrato se adquirió conocimiento claro sobre las medidas en caso de presentarse (81%,84%,59%). En lo referente a la responsabilidad del cuidado del menor en los tres municipios se destaca la delegación en la mayoría de los casos a la abuela.

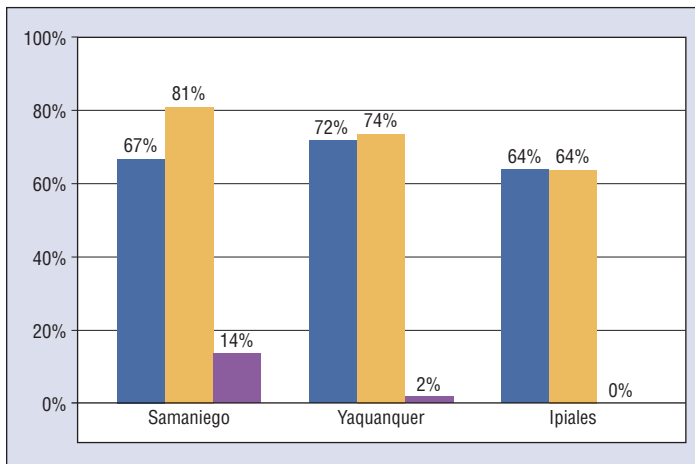
Alianza para la extensión de AIEPI Viene de la página 12

PRÁCTICA 7. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Niños menores de cinco años de familias que tienen afiliación al SGSSS. (n=100)



Familias encuestadas que califican la atención recibida en la IPS como buena. (n=100)



■ Encuesta inicial ■ Encuesta final ■ Diferencia

El acceso a los servicios de salud en los tres municipios mejoró notablemente, todos los niños menores de 5 años están vinculados al Sistema General de Seguridad Social de Salud, la atención percibida por los usuarios en la prestación de los servicios de la Institución de Salud mejoró en Samaniego y Yacuanquer y se mantiene en Ipiales (81%,74%,64%).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los actores sociales, como Cruz Roja, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, escuelas, iglesias, organizaciones de base y gobierno local aportan en las localidades al

desarrollo de las condiciones de salud, conocimientos, valoración social y promoción de prácticas saludables en el hogar. Se desarrolló una experiencia de trabajo intersectorial desde el nivel departamental que refuerza y a la vez sensibiliza a los actores sociales y sus redes naturales sobre la importancia de trabajar y articular acciones para el mejoramiento y empoderamiento de las prácticas clave que protegen la salud y el bienestar de la mujer y la infancia.

Respecto a cada municipio se concluye lo siguiente:

IPIALES: Se logró capacitar al 100% del talento humano “agentes comunitarios en salud ” (promotores, auxiliares de enfermería, madres comunitarias 07, FAMI, madres sustitutas y jardineras) vitales para la extensión de la Estrategia AIEPI Comunitario con enfoque en prácticas clave, gracias a la excelente coordinación institucional entre la Dirección Municipal de Salud, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Instituto Departamental de Salud.

SAMANIEGO: Se dejó una capacitación del 100% de madres comunitarias Fami y 07, en el componente comunitario de la estrategia AIEPI, debida a la coordinación intersectorial.

YACUANQUER: Fue el municipio que más involucró esfuerzos y participación en el desarrollo de las actividades propuestas. AIEPI se ha convertido en la base para la priorización de acciones a nivel comunitario, los programas de recuperación nutricional del ICBF, las áreas de la administración municipal y proyectos de acción social toman como referente el trabajo desarrollado por los agentes comunitarios en salud y los actores sociales, en cada una de las familias intervenidas, lo que ha facilitado la capacidad resolutoria de los problemas encontrados. Se recomienda extender la experiencia a todos los municipios del departamento de Nariño que manifiesten la voluntad política para implementar las estrategias articuladas. Realizar el seguimiento de manera continuada a las familias intervenidas para que se pueda medir el impacto a mediano y largo plazo. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Oficina Regional. Unidad de Salud del Niño. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI. Bogotá D. C. 2005.
2. Ministerio de Protección Social de Colombia. Modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia. Bogotá D. C., 2004.
3. IBID
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía para el desarrollo de proyectos comunitarios AIEPI. Octubre de 2001.
5. OP. CIT. 2
6. IBID

Alianza para la Salud del Recién Nacido de América Latina y el Caribe busca promover la salud neonatal



Reunión de la Alianza para la Salud del Recién Nacido de América Latina y el Caribe en la sede de la OPS, Washington D.C., mayo, 2008. De izquierda a derecha, Alicia Antayhua (SNL/Save the Children), Jorge Hermida (URC), Yehuda Benguigui (OPS/OMS), Rachel Kaufman (OPS/OMS), Goldy Mazia (BASICS), y Peg Marshall (USAID).

Autoridades nacionales de la Región de América Latina y el Caribe (ALC), con el apoyo de organismos internacionales, están trabajando arduamente en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5, que buscan reducir la mortalidad en la niñez y mejorar salud materna, respectivamente, para 2015.

Para alcanzar estas metas, es crucial centrarse no solo en las madres y los lactantes, sino también en los más de 180.000 recién nacidos que mueren cada año antes de alcanzar 28 días de vida. Muchas de estas muertes se dan por causas prevenibles incluidas la infección (32%) y la asfixia (29%). Actualmente, existen intervenciones de bajo costo y sencillas, basadas en prueba científica sólida, sin embargo estas intervenciones todavía no llegaron a las poblaciones más necesitadas.

La Alianza para la Salud del Recién Nacido de América Latina y el Caribe es un grupo interinstitucional que promueve salud del recién nacido dentro del continuo de salud materno infantil. La Alianza promueve políticas basadas en

evidencias e intervenciones programáticas en los establecimientos y en la comunidad. La Alianza se formó en 2005 como una asociación entre los organismos y los programas internacionales que trabajaban en la reducción de la mortalidad de los recién nacidos. Incluye a expertos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Fondo de la Niñez de las Naciones Unidas (UNICEF), el grupo CENTRAL, URC-CHS, Salvar las Vidas Recién Nacidas de Niños/Salvando (SNL) y los programas de USAID, ACCESO y BASICS.

El trabajo de la Alianza es apoyar la reducción de la morbilidad y mortalidad del recién nacido en la Región de ALC y promover el diálogo (participación de información y experiencias) al nivel local, nacional e internacional; apoyando las intervenciones basadas en evidencias aceptadas, rentables; contribuyendo con las capacidades y los recursos para la Región; y abogando por el recién nacido y madre, y participando activamente en reuniones y foros.

Alianza para la Salud del Recién Nacido... Viene de la página 14

Los miembros de la Alianza se reúnen personalmente o por teleconferencia en meses alternos para tratar temas urgentes y para avanzar el programa del recién nacido y el enfoque del continuo de la atención. La Alianza para la Salud del Recién Nacido de América Latina y el Caribe tiene un cuerpo directivo sencillo—un comité asistido con una Secretaría activa y grupos operatorios según las necesidades y las exigencias. Esta estructura ha permitido a la Alianza estar a la vanguardia en el trabajo en acortar las brechas en los servicios para recién nacidos.

QUÉ SE ESTÁ HACIENDO

La Alianza contribuyó en la preparación de un documento de la estrategia: “Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Neonatal en América Latina y el Caribe: Un Consenso Estratégico Interagencial”.

El documento de consenso estratégico nació de un esfuerzo colaborativo que comenzó durante el día mundial de la salud 2005 (Cada madre y cada niño cuentan) y estuvo seguido por un taller regional que reunió más de lo que 100 personas de organizaciones internacionales, asociaciones no gubernamentales, profesionales y expertos técnicos de los ministerios de salud en 16 diferentes países de la región de ALC. Alcanzar un consenso en un grupo tan grande fue un gran logro para el grupo interagencial.

Con el apoyo de los miembros de la Alianza, junto con los funcionarios de la OPS y los expertos de los ministerios de salud en la región de ALC, se están haciendo planes para lanzar el consenso estratégico en más de diez países en los próximos meses.

El documento de consenso estratégico neonatal sirvió de base para la creación de la resolución de salud neonatal CD47.R19: “Salud Neonatal en el contexto de atención de salud de la madre, del recién nacido y del niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas”, que fue aprobado por el Consejo Directivo de la OPS en 2006.

Esta resolución requirió que la OPS, junto con otros expertos, desarrollen un documento titulado “Salud Neonatal dentro del Continuo de la Atención del Materna, Recién Nacido e Infantil: La estrategia y el Plan regional de Acción”. La Alianza para la Salud del Recién Nacido de América Latina y el Caribe desempeñó un papel importante en ambos en el desarrollo y revisión posterior del documento.

Esta Estrategia Neonatal y documento del Plan de Acción

Regional buscan promover las acciones basadas en los datos probatorios de los que trabajan en salvar vidas de recién nacidos en comunidades y establecimientos de salud, con un énfasis en los grupos más vulnerables y marginales en la región de ALC.

Por lo tanto, las acciones propuestas incluyen:

- ❖ Las intervenciones integradas que procuran mejorar la salud de ambos, el recién nacido y de la madre.
- ❖ Una orientación para mejorar las normas para las autoridades sanitarias para establecer prioridades, movilizar los recursos y coordinar los esfuerzos para mejorar la salud de los recién nacidos.
- ❖ Promoción de orientación y foco hacia la comunidad organizaciones, organizaciones no gubernamentales, sociedades y donantes científicos que desear contribuir a los esfuerzos regionales.
- ❖ Una síntesis de enseñanzas extraídas en la región de América Latina y el Caribe e incluye un resumen integral de intervenciones eficaces basaron en datos probatorios para mejorar salud del recién nacido en los diferentes contextos dentro de la Región.
- ❖ Un énfasis en la atención continua en el nexo entre la madre, el recién nacido y niños, y los caminos que las personas siguen de la atención en el hogar a los puestos de salud y los centros y/o los hospitales.
- ❖ Un énfasis en los hitos o los sucesos importantes donde la atención y referencia son fundamentales para la madre y el recién nacido.

Basados en las enseñanzas extraídas, la Estrategia Neonatal y el documento del Plan de Acción Regional, se proponen cuatro áreas importantes que son necesarias para la atención integral de las madres y sus recién nacidos:

- 1. Crear un ambiente favorable:** La promoción de los planes, los programas, las políticas, las normas y los protocolos para la salud neonatal debe ser públicamente visible y comprendió por la sociedad y los países.
- 2. Fortalecer los sistemas de salud para mejorar el acceso a los servicios de salud para la madre, el recién nacido y el niño:** Acceso universal a la atención de salud para los recién nacidos, madres y niños y niñas, prioridad debe dirigirse a atención continua, mejorando las aptitudes y competencias de proveedores de servicio de salud y mejorando la calidad de atención de establecimiento a recién nacidos.
- 3. Promover las intervenciones comunitarias:** La participación comunitaria es necesaria para mejorar atención a los recién nacidos, las madres y los niños y las niñas.

Alianza para la Salud del Recién Nacido... Viene de la página 27

Los agentes sanitarios de la comunidad y las parteras tradicionales requieren fortalecimiento de sus capacidades para comunicarse eficazmente acerca de la promoción de las prácticas saludables para los recién nacidos y las madres.

- 4. Desarrolle y fortalezca los sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación:** Los sistemas de información sanitaria, como un elemento estratégico, son cruciales de generar y recoger los indicadores que vigilan eficazmente progreso hacia las metas y las intervenciones de los programas.

LO QUE QUEDA POR HACER

En la Región de ALC, una mejora en la salud neonatal se ha tardado muchos años. Mientras la tendencia general en la Región ha sido una disminución de 45% en la mortalidad entre los niños menores de cinco años de edad, las tasas para la mortalidad neonatal siguen prácticamente inalteradas.

El resultado es que ahora más que 60% de toda mortalidad infantil en la Región y casi 40% de mortalidad de los niños menores de cinco años se debe complicaciones durante el período neonatal (0-28 días). Por tanto, queda mucho trabajo por hacer para mejorar el estado y salud de los recién nacidos.

La Estrategia Regional y Plan de Acción, con su publicación, debe difundirse y adaptarse, y cada uno de los países tiene que formular un plan nacional basado en las líneas estratégicas de acción acordadas. Además, metas de mediano plazo deben formularse durante 2010 y 2015, y deben producirse informes del país para vigilar el progreso hacia las metas cada tres años.

Los miembros de la Alianza para la Salud del Recién Nacido de América Latina y el Caribe deben seguir acumulando el apoyo de la comunidad internacional; este apoyo es fundamental para la Región para llevar a cabo la tarea de alcanzar el ODM 4 para el 2015. ■

Se logró generar dos documentos, un documento genérico para el monitoreo regional y otro similar para Nicaragua**Taller de Seguimiento y Monitoreo (S & M) de la Aplicación de AIEPI-Neonatal**

Del 13 al 15 de mayo de 2008 se efectuó en Managua, Nicaragua, el taller sobre seguimiento y monitoreo de AIEPI neonatal, con el propósito de generar dos documentos, un documento genérico para el monitoreo regional y otro similar para Nicaragua.

Este evento fue inaugurado por el Dr. Adrián Zelaya, Secretario General del Ministerio de Salud, la Dra. Socorro Gross Galiano, representante de OPS/OMS en Nicaragua, el Dr. Yehuda Benguigui, Coordinador de Proyecto de Salud Neonatal, Niñez y Adolescencia, OPS/ WDC.

El taller contó con la activa participación de los doctores: Sandra Escobar López, Cruz Roja del Paraguay, Jeffrey Barahona Perdomo, OPS/OMS Honduras, Miguel Davila, OPS/OMS Perú, Dilberth Cordero, Consultor OPS/OMS Bolivia, Dra Martha Mejia OPS/OMS, Bolivia, Gonzalo Mansilla Canales, Ministerio de Salud, Bolivia, Oscar Suriel, OPS/OMS Ecuador, Dra Clelia Valverde Ruiz, Directora de Normación, Ministerio de Salud de Nicaragua, Dra Carmen González Barberena, Jefa Normación Instituto Nicaragüense



De izquierda a derecha, participantes y facilitadores del taller de seguimiento y monitoreo de AIEPI neonatal. Dr. Jeffrey Barahona, PWR/Honduras, Dr. Miguel Dávila, PWR/Perú, Dr. Gonzalo Mansilla, Ministerio de Salud de Bolivia, Dr. Dilberth Cordero, Consultor de Bolivia, Dra. Martha Mejía, PWR/Bolivia, Dr. Yehuda Benguigui, FCH/CH, Dr. Rolando Cerezo, INCAP/Guatemala, Dr. Oscar Suriel, PWR/Ecuador, Dr. Francisco Martínez, PWR/Nicaragua, Sandra Escobar López, Cruz Roja Paraguay, Dra. Carmen González, Instituto de Seguridad Social, Nicaragua, y Dra. Clelia Valverde Ruiz, Ministerio de Salud de Nicaragua.

de Seguridad Social (INSS), Ángel Torrez, Neonatología, Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, Nicaragua, Fiorella Falla, Ministerio de Salud Nicaragua, Frank Cajina, Jefe de

Taller de Seguimiento... Viene de la página 16

Neonatología, Hospital de Matagalpa, Nicaragua. Dr Rolando Cerezo, INCAP OPS/OMS, Guatemala.

Luego de los días de taller se logró la elaboración preliminar de los dos documentos, el genérico para toda la región y el de Nicaragua. Ambos documentos serán redactados y consensuados las próximas semanas, hasta tener los productos finales.

Con el objetivo de mejorar el pobre impacto en América Latina y Caribe (LAC) en la reducción de la mortalidad neonatal se acordó las siguientes acciones: incluir dentro del AIEPI neonatal las intervenciones costo efectivo basadas en evidencia publicadas en varias revistas como Lancet, Cochrane, Clinical Evidence y otras; la necesidad de un abordaje de la mujer desde el periodo de la preconcepción, y de la embarazo en el contexto del continuo de la atención; la implementación de un cuadro de procedimientos para la evaluación de la embarazada separada de la del parto; la incorporación, como ya lo ha hecho Nicaragua, dentro del AIEPI neonatal el pinzamiento del cordón umbilical hasta que deje de pulsar (3 min.) conjuntamente con las últimas recomendación de la Academia Americana de Pediatría sobre reanimación neonatal. Además, se sugiere que los países que tengan problemas de alta prevalencia de enfermedades específicas, como Chagas, dengue, malaria, elaboren e incluyan en el AIEPI de país el abordaje de tales problemas.

Asimismo, se acordó las intervenciones que deben incluirse en el AIEPI Neonatal, las cuales son:

Durante el pre embarazo: Evaluación del estado nutricional según el Índice de Masa Corporal (IMC) pre embarazo y corrección de las desviaciones: desnutrición, sobrepeso u

obesidad; administrar ácido fólico preconcepcional, 2-3 meses antes del embarazo; administración de hierro para la prevención o corrección de anemia; detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual; evaluar/prevenir-tratar consumo de: alcohol, tabaco u otras drogas; evaluar e indicar inmunizaciones (rubéola, hepatitis B, tétanos etc.); evaluar/tratar problemas médicos: obesidad, diabetes, hipotiroidismo, epilepsia, problemas bucales, estado mental; evaluar/tratar según historia reproductiva: muerte perinatal, bajo peso al nacer, nacidos pre término, malformaciones congénitas (defecto del tubo neural, otras); y aconsejar en la prevención a tóxicos e infecciosos: químicos, insecticidas, heces de gato etc.

Durante el embarazo: aumento de peso durante el embarazo de acuerdo al IMC pre embarazo. Aporte de carbohidratos más proteínas (no más del 25 %) en embarazadas con aumento de peso bajo; ácido fólico desde el primer trimestre del embarazo; calcio en embarazadas con riesgo de preclampsia, con baja ingesta de calcio; aspirina en embarazadas con riesgo de preclampsia; dos pruebas para sífilis: 12 sem, tercer trimestre (antes del parto, si no se realizó); desparasitación (albendazol 400 mg) 2º y 3er trimestre, en zonas con alta incidencia de parasitosis intestinal; en ruptura prematura de membrana en < 37 sem EG, sin trabajo de parto: eritromicina oral; en trabajo de parto < 35 y > 26 sem EG: Corticoides antenatal (dexametasona o betametasona) IM; Nifedipina como Uteroinhibidor; evaluar/prevenir y tratar los problemas bucodentales; evaluación y tratamiento de la enfermedad de Chagas; salud mental en el embarazo y postparto.

Recién nacido: evaluar/ prevenir/tratar la retinopatía del prematuro; evaluar/tratar la función auditiva. ■

Algunas reflexiones en torno al papel de la comunicación en salud infantil

Experiencias y retos de comunicación en AIEPI

Patricia García, Comunicadora social, FCH/CH, OPS/Washington

La estrategia AIEPI surgió hace más de 10 años como una iniciativa global del UNICEF y de la Organización Mundial de la Salud. Dentro de AIEPI, la comunicación tiene un rol destacado y clave, en relación a la promoción de cuidados de los niños menores de cinco años en el hogar y la comunidad. Se han creado metodologías, herramientas de comunicación, y talleres de comunicación interpersonal para mejorar la comunicación entre el personal de salud y las madres, entre otras iniciativas.

La comunicación para la salud es el proceso, conjunto de estrategias y programas que buscan fomentar comportamientos saludables en una población específica. Es una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública. El uso de los medios informativos y los multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la concienciación sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia

Experiencias y retos... Viene de la página 17

de la salud en el desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Este artículo tiene como objetivo exponer y describir las experiencias y retos que se presentan en comunicación en salud infantil, a la vez que se busca reflexionar en torno al papel de la comunicación en el campo de la salud. Inicialmente, se exponen los enfoques y desafíos en comunicación en salud, y finalmente, se describen algunas experiencias en comunicación en salud infantil como son *Conversando con las Madres sobre AIEPI*; *Por la Salud de los Niños*; *Estrategias de comunicación para la salud integral en la infancia*; *Vida, Suplemento de Salud*, entre otras.

Existen diversas vertientes o enfoques dentro de la comunicación en salud, entre estos enfoques podemos distinguir dos principalmente. Un modelo que trata de promover una comunicación en salud más participativa y democrática, fomentando una comunicación de bajo-hacia-arriba. Este modelo trata de hacer prevalecer el conocimiento de la comunidad, y tomar los espacios comunitarios ya existentes como espacios donde la comunicación puede generar un cambio. En el otro extremo encontramos una comunicación con un objetivo específico que es el de cambiar un comportamiento, este modelo considera la participación de la comunidad en mínima medida. Este enfoque funciona de arriba-hacia-abajo, donde los expertos son los que deciden los materiales de comunicación, y los mensajes. Este tipo de comunicación es el que prima cuando se hace uso de los medios de comunicación masiva. Muchas veces, al promover este enfoque se crean espacios de comunicación que no son naturales en la comunidad.

Ambos enfoques tienen sus ventajas y desventajas. Dependiendo del problema de comunicación en salud que se tenga y de los objetivos, se podrá hacer uso de uno de ellos, o de ambos. El uso de los medios masivos es importante, también es necesario considerar el saber popular, y los espacios de comunicación que la comunidad tiene como son las reuniones comunales, las ferias agropecuarias, etc.

A lo largo de los años las organizaciones dedicadas a la salud pública en la Región han hecho avances en relación a la comunicación. Sin embargo, aún existen desafíos en el tema de comunicación en salud infantil, algunos de estos desafíos son: mejorar los procesos de comunicación entre las madres de niños menores de cinco años, y el personal de salud; un trabajo sistematizado en el tema de abogacía por la salud infantil, en la promoción de mensajes sencillos para el cuidado del niño en el hogar; indicadores de evaluación en comunicación en salud; y convergencia entre lo teórico y lo práctico.

A nivel mundial cerca de 6 millones (63%) de las 10 millones de muertes anuales de niños podrían prevenirse si el personal de salud, las familias, y los diferentes actores sociales desarrollarán intervenciones sencillas y de bajo costo como son la lactancia exclusiva, el uso de mosquiteros en zonas donde la malaria es endémica, la alimentación complementaria después de los seis meses de edad, entre otras. He aquí un reto en el campo de la comunicación de la salud dado que muchas veces las prácticas consideradas sencillas y de bajo costo incluyen un costo para las madres, especialmente en zonas rurales, costos que no tienen que ver con lo monetario, pero que están relacionados con el tiempo, la percepción del riesgo, diferencias culturales, falta de diálogo, entre otras.

Es importante tener en cuenta que el proceso de comunicación en salud es el diálogo que existe entre el personal de salud y las madres de niños menores de cinco años de zonas urbanas y rurales. Muchas veces hay un desfase entre estos dos grupos debido a que ambos grupos tienen códigos diferentes con los cuales se comunican. El código que prevalece en el grupo de personal de salud es el código escrito, y en la población rural, el código que prevalece es el oral. En las poblaciones rurales ha prevalecido la comunicación netamente oral, donde las cosas adquieren significados basados en las experiencias de las personas.

Es primordial que el personal de salud desarrolle capacidades en comunicación oral para poder lograr un diálogo con las madres de familia. Existe una enorme contribución de la comunicación interpersonal entre el personal de salud y las madres de niños menores de cinco años en el marco de la estrategia AIEPI. Existen herramientas que la Estrategia AIEPI ha desarrollado con las que el personal de salud adquiera mayores habilidades en comunicación en salud.

Otro reto es poner en la agenda pública y la atención global de los donantes y socios estratégicos en la salud infantil. De esta manera se contarán con mayores fondos para sostener intervenciones efectivas, simples, y de bajo costo que pueden salvar la vida de millones de niños. Tomando en cuenta este panorama, es claro que la comunicación puede contribuir importantemente a través de acciones de abogacía. Muchas veces temas como la mortalidad infantil y mortalidad materna reciben poca atención por parte de la prensa; las empresas privadas ni los medios de comunicación no destinan suficientes fondos en sus programas de responsabilidad social para las iniciativas en la mejora de la salud infantil. La comunicación tiene un rol importante en el momento de poner el tema de salud infantil en la agenda, trabajando sistemáticamente con redes de periodistas en salud, implementando guías amigables con información confiable para comu-

Experiencias y retos... Viene de la página 18

nicadores, periodistas, líderes de opinión, dueños de los medios de comunicación y de las empresas privadas, entre otros.

La construcción de indicadores de evaluación de los programas de comunicación en salud es un tema clave que necesita ser desarrollado más ampliamente; estos indicadores deben ser medibles y deben mostrar evidencia de la eficacia de la comunicación en los programas de salud. Necesitamos modelos de comunicación basados en evidencias. Esta falta de indicadores tiene un detrimento en los programas de comunicación en salud. La mayoría de programas de comunicación pone más énfasis en el desarrollo de las estrategias, mensajes, impresión y difusión de materiales como folletos, trípticos, etc. Y el componente de evaluación es dejado de lado. Este factor hace que se crea que la comunicación no puede ser medida por lo que no se puede determinar el éxito o no de las estrategias de comunicación, si se alcanzaron los objetivos propuestos, o no.

La producción de investigaciones en comunicación en salud es un reto, existen experiencias prácticas que deben ser documentadas y socializadas. La Estrategia AIEPI ha estimulado la evaluación en temas de cambio de comportamiento, información y educación. La publicación *Investigaciones Operativas sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia* incluye el impacto de la Estrategia AIEPI en las prácticas que pueden mejorar la salud de los niños menores de cinco años. Por ejemplo, la mencionada publicación detalla el impacto de la aplicación de la Estrategia en la prevalencia de la lactancia materna, en la identificación de signos de alarma, en la adherencia al tratamiento de anemia con hierro en niños, y el cumplimiento de los tratamientos indicados por el personal de salud, entre otros. Cabe recordar que la estrategia AIEPI incluye componentes destinados a mejorar la comunicación con las familias responsables del cuidado de niños en el hogar, así como la mejora en las prácticas familiares y comunitarias que favorezcan la salud de niños menores de cinco años.

También es necesario lograr una convergencia entre lo teórico y lo práctico, entre los profesionales de la comunicación dedicados al campo académico, y los profesionales que trabajan en el campo profesional. Ambos pueden coincidir en un punto medio y favorecerse mutuamente. Asimismo, pueden desarrollar esfuerzos colaborativos que fortalezcan la salud de los niños de la Región.

Existen variadas experiencias en comunicación en salud infantil en la Región, sin embargo, muchas veces el gran reto reside en la expansión de las mismas a una escala mayor. Por

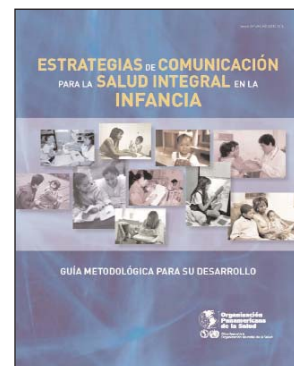
otro lado, muchas experiencias no han sido documentadas ni publicadas, lo que ha limitado el intercambio de éxitos y lecciones aprendidas. Dos casos específicos son *Programa Radial Por la Salud de los Niños en Medellín*, Colombia, y la metodología *Conversando con Madres sobre AIEPI* desarrollado por la OPS.

Por la Salud de los Niños es un programa radial que transmite mensajes de salud infantil a las madres y cuidadores de niños. Este programa es un ejemplo como se puede generar mensajes sencillos para la población, asimismo, la radio en este caso funciona como un ente retroalimentador, en el cual la población puede participar a través de llamadas telefónicas, y entra en un diálogo con los pediatras, un diálogo que se da por la salud de los niños, que es lo que emisores y receptores buscan. En este caso la radio, que es un medio masivo, se transforma en un medio más participativo. Este programa radial trata de fortalecer los procesos de diálogo, fortalecer la noción de que muchas veces el proceso es tan o más importante que el producto final. Y esto se debe a que la comunicación siempre es un proceso de doble vía en la que dos o más personas participan intercambiando información, y buscando un punto en común.



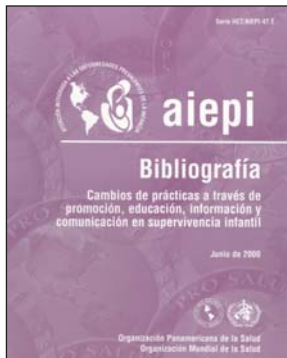
en las etapas de la atención del niño. El objetivo principal de *Conversando con las madres* es mejorar la calidad de la comunicación entre el personal de los servicios de salud y las madres y/o cuidadoras del niño en todas las etapas de la atención.

Esta metodología surgió como respuesta a los desfases que se dan en el proceso de comunicación entre madres y el personal de salud. Esta herramienta reconoce la importancia que tiene la comunicación entre el equipo de salud y la madre o cuidador del niño menor de cinco años, y busca mejorar las habilidades en comunicación del personal de salud, para que se produzca un verdadero diálogo entre el personal de salud.



Experiencias y retos... Viene de la página 19

Existen asimismo herramientas en comunicación en salud infantil que han sido desarrolladas por la OPS entre las que podemos mencionar: *Estrategias de comunicación para la salud integral en la infancia*; *Guía de Prácticas y Mensajes Clave para Actores Sociales y Aconsejar a la Madre o al Acompañante*, que es parte del conjunto de módulos del curso de capacitación en el AIEPI clínico para el primer nivel de atención en los servicios de salud, que contiene con consejos prácticos y sencillos.



Una herramienta importante en comunicación en salud infantil la representa la *Bibliografía: Cambios de prácticas a través de promoción, educación, información y comunicación en supervivencia infantil*. Este documento representa un aporte vital a las experiencias en comunicación en salud infantil. El libro consiste en un registro de experiencias de

toda la Región de las Américas en el tema de comunicación en salud infantil. La bibliografía está dividida por autores, tema, y región o país. De esta manera el lector interesado en el tema de comunicación en salud infantil puede identificar con mayor facilidad las fuentes bibliográficas de acuerdo al tema buscado.



La Representación de la OPS en Perú promovió el conocimiento en salud a través del *Vida, Suplemento de Salud*, el cual fue publicado en el diario de circulación nacional "La República" durante cinco años (1990-1995). Estos suplementos incluyeron información en salud infantil como protección del niño andino, lactancia materna, vacunación, entre otros. Al finalizar la publicación de los suplementos se logró producir una Antología que ha servido para documentar la experiencia, la cual representa una importante contribución al campo de la comunicación en salud.

Como se ha mencionado previamente, es necesario enfocar todos los esfuerzos en asegurar la salud de los niños de la Región en los últimos 10 años, y la comunicación tiene un rol esencial que cumplir en este proceso. Para lograr explotar el potencial real de la comunicación en salud infantil es importante reconocer las limitaciones de la misma, y comprender que hacer comunicación en salud infantil representa un reto en sí mismo.

Referencia

Organización Mundial de la Salud (1998). Glosario de promoción de la Salud. Ginebra. ■

Nicaragua en el contexto del monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) fueron adoptados en el año 2000 por todos los estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas, como un compromiso para combatir la desigualdad y mejorar el desarrollo humano en el mundo. No existen razones económicas, políticas, sociales y éticas que justifiquen su incumplimiento.

Los ODM constituyen la base para el monitoreo de la estrategia de reducción de la pobreza, enmarcada en los compromisos de la iniciativa HIPC y hacer de ellos el motor del desarrollo humano de Nicaragua.

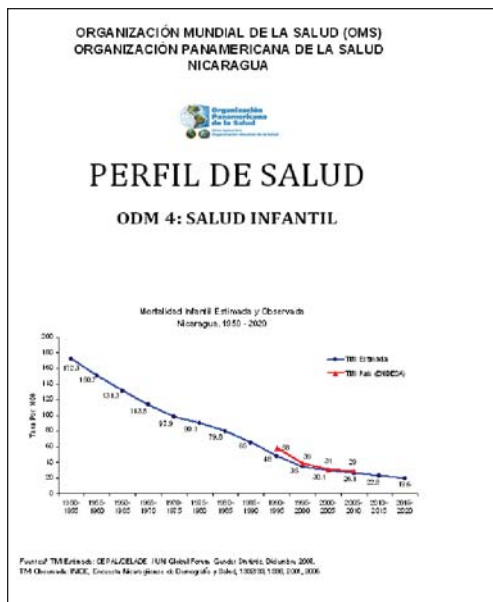
Como un aporte, la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Nicaragua, pone a su disposi-

ción esta primera publicación del Perfil de País del ODM 4, en el cual se presentan la tendencia de la mortalidad infantil, sus causas e intervenciones.

El Perfil de País es un instrumento para el análisis de la situación de salud de la mujer y la niñez y debe basarse en datos confiables y medibles que permitan una comprensión profunda de la situación de salud de la mujer y de los niños menores de 5 años, así como los cuidados relevantes y de la calidad de las intervenciones que se implementan.

El Perfil de País del ODM 4, consiste en reducir la tasa de mortalidad en dos terceras parte entre 1990 y el 2015, contribuirá a dar seguimiento a los avances en los aportes del Estado al presupuesto nacional, a la participación y coordinación de las instituciones de los gobiernos nacionales y locales con las orga-

Nicaragua en el contexto del ODM... Viene de la página 20



nizaciones de la sociedad civil, movimientos religiosos y cooperación internacional, así como el impacto y resultados alcanzados.

Cabe mencionar, que la información básica y sustantiva para fortalecer el monitoreo de las ODM, se encuentra una tanto dispersa e inaccesible a la mayoría de los sectores que trabajan día a día en mejorar la salud de las mujeres y la niñez nicaragüense, incluyendo los funcionarios de la red de servicios de salud tanto públicos como privados. Tal situación motivó, en la Representación de la Organización Panamericana en Nicaragua, iniciar un proceso de recolección de datos utilizando fuentes de diversas fuentes, tales como del sector público del país como de organizaciones internacionales. Se busca construir una herramienta útil, que contribuya a la medición continua y en lo posible a modificar o cambiar de manera positiva la tendencia de la mortalidad en niños menores de 5 años.

El perfil del país fue desarrollado en base a una metodología propuesta por la Dirección de Salud de la Niñez y de los Adolescentes del Programa Global de Ginebra (WHO/CAH) y diseminado en la Región a través de un Taller Inter países radicado en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, en agosto 2008, conducido por expertos del Área de Salud Familiar y de la Comunidad de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

Previo a la elaboración del instrumento fue importante determinar que datos se debían recolectar; dónde se podrían recolectar y de qué manera analizarlos y evaluar la calidad de los mismos. Los datos se agruparon de tal manera que dieran respuesta a la a) situación demográfica y sistema de infor-

mación; b) indicadores del estado de la salud; c) indicadores de productos (outcome); d) indicadores de insumos (recursos humanos, red de servicios de salud, utilización de los servicios públicos de salud, políticas públicas, gastos en salud, e) determinantes de la salud.

Los datos proceden de las siguientes fuentes de información: Encuesta de Demografía y Salud (1998, 2001, 2006/2007), VIII Censo de población y IV de Vivienda - 2005 (estimación de mortalidad infantil a nivel municipal), datos del Sistema de Estadísticas del Ministerio de Salud, Mapa de Pobreza Extrema Municipal por el Método de Necesidades Básicas Insastifechas (NBI) – 2005.

CONOCER PARA ACTUAR (LA POBREZA TIENE CARA INFANTIL)

Se presentan insumos que permitirá a lector establecer las correlaciones entre los determinantes; por ejemplo el analfabetismo, la falta de acceso a saneamiento sostenible (53%), y como se traduce en un impacto directo en los indicadores de salud.

La evidencia proporcionada por el determinante pobreza y el indicador de salud Mortalidad Infantil, nos demuestran que para el 20% mas pobre la TMI es de 50 niños comparada con la de 16 niños para el 20% más rico. Mas aun, al analizar el grupo de 0 a 5 años en el determinante pobreza, nos encontramos que en este estrato de edad es donde se presentan mayor índices de pobreza¹ (57.2%) y pobreza extrema (22.2%).

Concluimos señalando que el “Perfil de País” puede ser útil no solo para la planificación y desarrollo de los programas sino también para abogacía en la definición de prioridades, en el establecimiento de políticas públicas, en el aumento del gasto en salud infantil y materna, así como la armonización de la cooperación.

Por último, debo de recordarles que las situaciones no son estáticas y que es necesario actualizarlas para medir y lograr los cambios esperados.

¹ Encuesta nacional sobre medición del nivel de vida 2005. INIDE.

Se revisaron los Planes de Salud Neonatal y Salud Adolescente

Reunión en Guatemala congregó a 40 consultores de la Región

Con el propósito de actualizar los marcos conceptuales y estratégicos de el área de Salud Familiar y Comunitaria, y avanzar en el cumplimiento de los mandatos de los Cuerpos Directivos de la Organización, se reunieron en la Ciudad de Guatemala, del 3 al 5 de marzo de 2008, 40 puntos focales del Proyecto de la Salud del Recién Nacido, Niño y Joven.

A lo largo de la reunión se buscó enriquecer los enfoques y las estrategias con la experiencia diaria de los puntos focales de Salud Familiar y Comunitaria distribuidos en 25 países de la Región de las Américas, y con los aportes de un consultor en representación de los Estados Unidos, uno en representación del gobierno de Canadá y dos en representación del programa de Salud del Niño y del Adolescente de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los objetivos específicos de la reunión fueron conocer y consensuar el marco conceptual del área de Familia y Comunidad y discutir las implicaciones en la cooperación técnica; discutir y concertar la estrategia regional de salud de adolescentes y el plan de acción de salud neonatal en el continuo del cuidado, revisar y discutir el plan de trabajo bienal de FCH; identificar oportunidades y mecanismos de cooperación técnica para el logro de los resultados esperados.

La metodología de la reunión estuvo basada en el uso de guías de trabajo, presentaciones magistrales, desarrollo de grupos de trabajo, presentaciones grupales y plenarias. Gracias a la metodología dinámica de la reunión los participantes pudieron compartir sus experiencias y dar a conocer sus expectativas durante los tres días de arduo trabajo.

A lo largo de la reunión se presentó la Estrategia Regional de Salud Neonatal en el Continuo de Atención. Esta presentación incluyó el análisis de la situación de la mortalidad en menores de 5 años en la Región de las Américas, enfatizando la importancia de la mortalidad neonatal durante este período de la vida; se hizo referencia a las acciones y/o intervenciones

con potencial impacto en la salud enfatizando que la implementación de intervenciones basadas en evidencias puede evitar hasta un 70% de las muertes de recién nacidos.

Cabe destacar que el Plan de Acción de la Estrategia Regional de Salud Neonatal propone cuatro áreas estratégicas: 1) Crear un entorno favorable para la promoción de la salud neonatal. 2) Fortalecer los sistemas de salud y mejorar el acceso a los servicios de atención materna, recién nacido y niñez. 3) Promover las intervenciones comunitarias. 4) Crear y fortalecer los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación. Asimismo, el plan propone los indicadores de proceso, resultado e impacto que podrían ser utilizados de acuerdo a diferentes escenarios para evaluar la implementación e impacto del plan de acción.

Durante la reunión también se enfatizó la importancia de contar con una Alianza Regional de apoyo al tema neonatal, lo que respalda los esfuerzos a nivel del país en el proceso de movilizaciones de recursos en apoyo a la implementación nacional y local del plan de acción. Además, se destacó la importancia de seguir el proceso de incorporación de las intervenciones basadas en la evidencia científica en la rutina de acciones como forma de alcanzar el impacto esperado y de esta forma contribuir al alcance del ODM#4 de reducción de la mortalidad infantil y de menores de 5 años.

Para facilitar el proceso anterior se acordó dedicar atención especial al monitoreo y la evaluación de las acciones neonatal en los establecimientos de salud y la comunidad, apoyando a los países con guías técnicas, talleres, e intercambio de experiencias exitosas.

Finalmente, en el tema de salud neonatal, los participantes acordaron fortalecer la “Alianza Neonatal Nacional” en sus países, el lanzamiento de los planes a nivel nacional, así como la disseminación de instrumentos como guías clínicas, guías comunitarias, entre otros. ■

Se celebró Coloquio Internacional 2008 en el Texas Children's Hospital por 17 año consecutivo



Representantes de 12 países de Latinoamérica, el Caribe y Europa se reunieron en el Texas Children's Hospital por el 17 año consecutivo.

Los representantes incluyeron a pediatras de países de habla hispana además de Brasil e Italia. El Coloquio Internacional se llevo a cabo en conjunto con el Simposio Pediátrico Postgraduado de Baylor College of Medicine. El Décimo Séptimo Coloquio Internacional patrocinado por Texas Children's Hospital y Baylor College of Medicine con apoyo de conferencistas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tuvo lugar en Houston, Texas del 14 – 19 de Abril, 2008.

Los participantes discutieron temas científicos y académicos relacionados con los últimos avances en pediatría médica, quirúrgica e investigación enfocada a la neonatología. Las ponencias presentadas por los Profesores de Baylor College of Medicine incluyeron la Evaluación del Desarrollo del Recién Nacido de Alto Riesgo por la Dra. Penelope Pivalizza, el Enfoque de la Ventilación Mecánica del Prematuro por el Dr. Eric Eichenwald, así como también la Lesión Cerebral Neonatal por la Dra. Lu Ann Papile y el Diagnostico Visual Neonatal – Hay Algún Problema? por el Dr. Gerardo Cabrera-Meza. Las ponencias presentadas por los doctores que representaron PAHO incluyeron la Vigilancia del Desarrollo Infantil en el Contexto de la Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) por la Dra. Viviana Ríos, así como el Perfil de Atención Neonatal en Hospitales Latinoamericanos – Estamos Haciendo lo Correcto? presentado por el Dr. Rolando Cerezo y la Medicina Perinatal Basada en Evidencia por el Dr. Francisco Martinez.

El Dr. Fernando Stein, Director Médico de Texas Children's International y Asesor Técnico de la Organización Panamericana de la Salud para el Programa de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia enfatizó que los logros obtenidos en la reducción de la mortalidad infantil en la región deben mejorarse a través de un renovado compromiso hacia la mortalidad y morbilidad neonatal y materna. Asimismo, el Dr. Yehuda Benguigui, Coordinador del Proyecto Salud del Recién Nacido, Niño y Joven de la OPS/OMS dio la introducción y las palabras de bienvenida al Coloquio.



Dr. Yehuda Benguigui, Coordinador del Proyecto de Salud del Recién Nacido, Niño y Joven del Área de Salud Familiar y Comunitaria, OPS/OMS, durante su alocución en el 17avo Coloquio Internacional en el Texas Children's Hospital.

Durante su alocución, Dr. Benguigui destacó la importancia componente neonatal dentro de la salud infantil, afirmó que del 60 a 70% de todas las causas de la mortalidad infantil, se dan durante el período neonatal. Pero no solo tocó el tema desde la mortalidad sino que hizo énfasis en la importancia de la calidad de vida, y las estrategias que promueven el desarrollo pleno de los niños.

Enfatizó que el presente Coloquio representa una oportunidad excelente para contribuir a los compromisos internacionales por la salud infantil al incluir entre las temáticas del evento el tema neonatal como causa fundamental de morbi-mortalidad como el tema del desarrollo infantil precoz, tema de los más relevantes para garantizar la calidad de vida y las perspectivas de desarrollo humano. ■

A Partnership for Children



International Colloquium 2008
Houston, Texas



Asistentes al 17avo Coloquio Internacional en el Texas Children's Hospital.

Dra. Gina Tambini, gerente del área de Salud de la Familia y de la Comunidad asistió a la presentación del importante informe en Madrid, España

Save the Children presentó Informe sobre el Estado Mundial de las Madres y la supervivencia de los niños menores de cinco años

Save the Children presentó en Madrid el Informe anual del mes de mayo del presente año en la ciudad de Madrid, España. El Informe titulado Estado Mundial de las Madres 2008. *Reduciendo las desigualdades en la supervivencia de los niños menores de cinco años* detalla la situación de la infancia menor de cinco años en el mundo. Y por primera vez el informe incluye una investigación sobre Acceso a la Sanidad Básica en 55 países en vías de desarrollo.

Save the Children publica este noveno informe y se centra en los 200 millones de niños y niñas menores de cinco años que no reciben la atención médica básica. Los niños y niñas más pobres son los más excluidos y con mayor riesgo de morir en los países menos favorecidos.

Al acto de presentación de la publicación asistió la Dra. Gina Tambini, Gerente del Área de Salud de la Familia y de la Comunidad de la OPS, quien estuvo acompañada en la mesa de honor por el Ministro de Sanidad de España, y el Presidente de *Save the Children*.

De acuerdo al documento, existen grandes disparidades entre países pero también dentro de los propios países entre la atención sanitaria que reciben los niños más favorecidos en comparación con los más pobres. En Latinoamérica, países como Brasil, Bolivia y Perú cuentan con las mayores brechas de supervivencia en el mundo. De todos los países en el Ranking de Acceso a la Atención Sanitaria, Perú cuenta con la brecha de supervivencia más grande (los niños peruanos más pobres tienen 7,4 veces más probabilidades de morir que los niños más ricos).

Durante los últimos 10 años la Región de América Latina y el Caribe (ALC) ha realizado considerables avances en la reducción de la mortalidad infantil y la de niños menores de 5 años, sin embargo, el descenso de la mortalidad neonatal no ha acompañado a la velocidad de esta tendencia.

La OPS estima que cada año, en la Región de las Américas cerca de 400,000 niños menores de cinco años, de estos 280.000 son niños que fallecen antes de completar un año. Alrededor de más de 160.000 bebés mueren durante los primeros 28 días de vida, la mayoría— más del 70% de ellas

por causas prevenible. El promedio regional de la tasa de mortalidad neonatal, es de 14.3 por cada 1.000 nacidos vivos, con enormes diferencias entre países y dentro de los mismos países. La mortalidad neonatal representa más del 60% de la mortalidad infantil y casi el 40% de la mortalidad de los menores de cinco años de edad. La mortalidad neonatal es tal, que su magnitud para las Américas puede ser ilustrada por el hecho de que de los 160.000 recién nacidos que mueren a cada año, 13.333 mueren a cada mes, 3,077 por semana, 438 por día, 18 por hora y una cada tres minutos.

Al igual que muchos problemas de salud pública, la mortalidad neonatal es la consecuencia más evidente de otras causas subyacentes, muchas de ellas estructurales, que reflejan la pobreza y las inequidades que existen en la sociedad.

La Región de las Américas se caracteriza por presentar grandes diferencias en términos de indicadores de salud entre los países y enormes inequidades al interior de los mismos. La mayor parte de los países de la Región necesitan acelerar la reducción de la mortalidad neonatal, para que se logre cumplir con el Objetivo de Desarrollo del Milenio relacionado con reducir la mortalidad de la niñez.

En la actualidad, se conocen intervenciones simples, de alto impacto, bajo costo y basadas en evidencia científica sólida, la cuales podrían mejorar la salud neonatal aún en los entornos más postergados; lamentablemente, estas intervenciones todavía no han alcanzando a los más necesitados.

Con el propósito de reducir e incluso eliminar las barreras financieras, culturales y estructurales que impiden el acceso a los servicios de salud, principalmente de los grupos poblacionales más necesitados, algunos países han emprendido procesos de reforma del sector salud orientados al aseguramiento público que promueva el acceso universal a servicios materno infantiles de buena calidad y con principios de equidad.

Algunos de estos procesos están centrados en la salud de la familia, como sucede en Brasil, otros en el marco de un aseguramiento público universal o en programas de atención gratuita de la maternidad, como en Bolivia y Ecuador. En República Dominicana, Honduras, Nicaragua, Perú,

Save the Children Viene de la página 24



Dra. Gina Tambini, Gerente del Área de Salud Familiar y Comunitaria de la OPS acompañada por la Dra. María Jesús Mohedano – Miembro del Patronato de Save the Children, en un extremo, Dr. Bernat Soria, Ministro de Sanidad y Consumo de España, en el centro de la mesa, y el Dr. Pedro Torres, Director Territorial Centro-Sur de Caja Mediterráneo, patrocinador del acto, en el otro extremo.

Ecuador, Bolivia, Guatemala y Paraguay, los programas relacionados con la atención materna, están siendo fortalecidos con el componente neonatal.

En las zonas rurales, las barreras geográficas y culturales obstaculizan la atención del parto en los establecimientos de salud, también existen serias deficiencias en cuanto a acceso a personal de salud calificado para la atención del parto, la existencia de suministros básicos y equipos en funcionamiento, comparado con zonas urbanas. Por otra parte, la red de referencia generalmente no es funcional. En consecuencia, una proporción significativa de nacimientos en las zonas rurales, es atendida por personal empírico que carece de la capacitación y equipo mínimo adecuados para la atención inmediata de la madre y el recién nacido.

La proporción más alta de partos que ocurren en el hogar se encuentra en tres países de la Región donde estos partos suelen ser atendidos por una partera tradicional, por un miembro de la familia o por una persona no calificada, aumentando la posibilidad de muerte materna y neonatal.

Ante la problemática infantil, se están desarrollando intervenciones en nutrición e inmunizaciones. En el tema de nutrición, existe la Alianza Panamericana en Nutrición, que busca la coordinación de las agencias de Naciones Unidas y organismos no gubernamentales en la Región de las Américas. La Alianza busca abordar con acciones integrales y sinérgicas los determinantes de la nutrición y salud y apoyar a los países en el cumplimiento de las metas de desarrollo del milenio-1, 4, 5. A través de este abordaje se pretende fortalecer la atención primaria en

salud, el sistema de salud y alcanzar los municipios más vulnerables en la región. Se espera que el plan de acción que surja de esta alianza contribuya al logro de las otras metas del milenio.

En el tema de inmunizaciones, en Latinoamérica y el Caribe, el rotavirus causa aproximadamente cerca de 10 millones de casos de diarreas anualmente, 2 millones de consultas, 15.000 defunciones, 75.000 hospitalizaciones.

Actualmente existen dos vacunas disponibles con una eficacia alrededor de 90-100% contra la diarrea severa por rotavirus y entre 74-85% de protección contra la diarrea de cualquier severidad. Con estos datos se podría estimar que en la Región de las Américas se evitaría alrededor de 13.000 defunciones anuales por rotavirus con la introducción de la vacuna en la rutina de la atención en los servicios.

En Latinoamérica y el Caribe se estima que ocurran en los menores de cinco años alrededor de 1.1 millón de casos de casos de neumonías sin confirmación de Rayo X; 3918 casos de meningitis neumocócica; 270.000 casos de neumonías por neumococo confirmadas por Rayo X, 1229 casos de sepsis por neumococo. En total, las muertes por neumococo se estiman en 18.000.

La vacuna actualmente utilizada es una vacuna heptavalente y se estima que tendría un 62% de coberturas para los casos de enfermedades invasivas causadas por en neumococo en la Región de las Américas. Con base en estos datos se podría decir que con la introducción de una vacuna se evitaría una muerte de un niño menor de cinco años a cada hora en la Región.

La vacunas conjugadas que están por venir, 10 y 13 valente, tendrán coberturas estimadas de 80% y 85% respectivamente para las enfermedades invasivas neumónicas en la Región de las Américas.

A pesar de que en las últimas décadas se han producido avances considerables en la salud infantil, es de vital importancia seguir promoviendo intervenciones eficaces y de bajo costo a nivel regional para lograr la reducción de la mortalidad entre los niños menores de cinco años. Asimismo, informes como el presentado por *Save the Children* hacen evidente la importancia de la implementación de las intervenciones efectivas a favor de la salud infantil. ■

Unidad busca fortalecer el proceso de implementación y expansión de la estrategia AIEPI en la Región

Avances en el funcionamiento de la UCI-AIEPI del Instituto Nacional de Salud del Niño en Lima-Perú

Por Dr. Dante Figueroa Quintanilla*

En el año 1996, la OPS/OMS llevó a cabo en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) de Lima-Perú, los primeros cursos internacionales de capacitación para facilitadores de la Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en la Región de la Américas y el Caribe, siendo su sede de entrenamiento clínico el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN). Luego de este importante evento, la estrategia AIEPI, ideada por OMS/UNICEF, para reducir en 2/3 la mortalidad infantil para el año 2015 y mejorar la calidad de vida de la niñez, se viene implementado exitosamente en el Perú.

La Unidad de Capacitación e Investigación de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (UCI-AIEPI), INSN de Lima-Perú, única en su género en América Latina, fue fundada el 09 de junio de 2005, dentro del marco del Taller sobre la incorporación de la Estrategia AIEPI en las Facultades de Medicina.

La inauguración se logró gracias al apoyo financiero de la Asociación Niño Sano (ANISA), y contó con la presencia del entonces vice-ministro de Salud Dr. José Carlos Del Carmen Sara, Dr. Yehuda Benguigui, Jefe de la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, Área Salud Familiar y Comunitaria, OPS/OMS, Dr. Manuel Peña, representante de la Organización Panamericana de la Salud en Perú, Dr. Ulises Núñez presidente de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), Dr. Alberto Bissot, presidente de la Asociación Latinoamericana de Pediatría, Panamá, representante de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)/Pathfinder Internacional, representante de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), representante de la Sociedad Peruana de Pediatría (SPP) y representante de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE)

Cabe destacar que en noviembre de 2006, durante su visita al Perú la Dra. Mirta Roses Periago, Directora de la

Organización Panamericana de la Salud y el Sr. Nils Kastberg, Director Regional de UNICEF colocaron una placa recordatoria en la institución.

La UCI-AIEPI tiene el objetivo de fortalecer el proceso de implementación y expansión de la estrategia AIEPI, con una capacitación adecuada del personal de salud de pre y post grado para su aplicación en los establecimientos de salud de los diversos niveles, así como a nivel familiar y comunitario.

La Unidad cuenta con una infraestructura y equipamiento modernos que permite utilizar la tecnología más avanzada en el proceso enseñanza aprendizaje. Estas tecnologías están al servicio de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud tanto de pre-gradado como de post-gradado en el componente clínico así como en el componente comunitario para el entrenamiento de los agentes comunitarios en salud; y ellos a su vez transmitan estos conocimientos preventivos a los promotores rurales y líderes de programas sociales: comités de vaso de leche y comedores populares.

En la mayoría de los países en los que se ha asumido el compromiso de la implementación de AIEPI, su extensión a nivel nacional ha encontrado dificultades difíciles de vencer, la más importante de las cuales es la falta de institucionalización de la estrategia. Durante la gestión de la ex - Ministra de Salud Dra. Pilar Mazzetti Soler, se logró la oficialización del AIEPI en el Perú, mediante la RM No. 506-2005-MINSA, del 1ro de julio de 2005, como estrategia de intervención en el Modelo de Atención Integral de Salud.

La UCI-AIEPI ha desarrollado diversas actividades en las siguientes áreas:

a) Asistencial: Con fines demostrativos se atienden pacientes menores de cinco años de edad, utilizando el Modelo de Atención Integral de Salud en los Consultorios de UCI-AIEPI.

b) Docente: Cursos clínicos, talleres de capacitación al personal de salud tanto del interior del país como de la

*Director de la Escuela Universitaria de Post Grado de la Universidad Nacional Federico Villarreal/Coordinador Académico de la UCI-AIEPI del Instituto Nacional de Salud del Niño-Av. Brasil No. 600-Breña-Lima-Perú. E-mail: dantefigueroaq@yahoo.com

UCI-AIEPI Viene de la página 26

Región de las Américas, enseñanza de AIEPI a los estudiantes de pre-grado de las diversas facultades de medicina.

c) Investigación: Diseño, ejecución y publicación de proyectos de investigación.

Asimismo, la Unidad ha desarrollado talleres y cursos para el personal de salud de la Región de las Américas durante 2006-2007, en estos talleres diversos profesionales de la salud han sido capacitados, entre ellos 65 enfermeras, 34 médicos, 25 obstetras, entre otras profesionales de la salud. El personal de salud del Ministerio de Salud del Perú también fue capacitado. Se ha capacitado a un total de 49 médicos, 72 enfermeras, 28 SERUMISTAS, 27 técnicos en enfermería, entre otros.

La plana docente de la UCI-AIEPI está conformada por distinguidos profesionales, entre los que destacan como facilitadores nacionales: Dr. Miguel Dávila Dávila, Dr. Roberto Ruiz Merino, Dr. Carlos Urbano Durand, Dra. Maria Isabel Vera Talledo, Dra. Gloria Ubillus Arriola, Dra. Danitza Fernández Oliva, Dr. Adolfo Caro Fierro, Dra. Julia Sánchez Bermúdez, Dra. Patricia Saif Becerra; facilitadores internacionales: Dr. Rolando Cerezo (Guatemala), Dr. Pedro Marte (República Dominicana), Dra. Viviana Ríos (Argentina), Dr. Richard Ríos (Chile) y Obst. Patricia Miranda (Chile).

La UCI-AIEPI también ha brindado capacitación a los estudiantes de pre-grado. El 2007 se capacitó a 257 estudiantes de las universidades Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad de San Martín de Porres, y la Universidad Nacional Federico Villareal

La Unidad no solo se ha limitada al campo de la capacitación del personal de salud, sino que ha contribuido con la publicación de investigaciones en revistas científicas, estas publicaciones fueron efectuadas en la Unidad de Rehidratación Oral del INSN, siendo considerados aportes a la literatura en el manejo de la diarrea aguda en niños. Entre estas publicaciones podemos mencionar: *Efficacy of Rice-based Oral Rehydration Solution containing recombinant human lactoferrin and Lysozyme in Peruvian children with Acute Diarrhea*, publicado en la Revista *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*; *Effectiveness and Safety of Lactobacillus LB in the treatment of mild Acute Diarrhea in children*, publicado en la Revista: *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*.

Asimismo, la UCI-AIEPI ha elaborado trabajos de investigación como la Validez de los signos clínicos para la evaluación y clasificación de anemia en niños menores de 5 años; Factores Sociales y culturales que influyen en el estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad;



Dra. Mirta Roses, directora de la OPS/OMS, acompañada del director regional de UNICEF, Dr. Nils Kastberg, develan placa conmemorativa en la UCI-AIEPI en Lima, Perú.

Evaluación de la eficacia y seguridad clínica del ondasentron en asociación con dexecadotril en el manejo de la enfermedad diarreica aguda en niños.

Actualmente, las proyecciones de la UCI-AIEPI son incrementar la ejecución de proyectos de investigación, realizar diplomados virtuales de AIEPI; lograr el lanzamiento del material computarizado de AIEPI (ICATT) para la Región; la ejecución de eventos nacionales/internacionales, sobre los avances y el impacto de AIEPI; suscripción de convenios inter-institucionales para el fortalecimiento de la UCI-AIEPI; incrementar la cobertura de capacitación para el personal del Ministerio de Salud; continuar con la atención de pacientes utilizando el modelo de atención AIEPI.

Finalmente, se puede mencionar que prominentes figuras de científicos de talla mundial han tenido un rol muy importante impulsando estos proyectos. Entre estos importantes personajes figuran: Dr. Yehuda Beguigui, Christopher Drasbeck (OPS/Washington DC), Dr. Ivan Lejnev, Frits Reihassenback, Thierry Lambrechts (OMS/Ginebra), Dr. Manuel Peña, Dr. Luis Gutiérrez Alberoni, Dr. Miguel Dávila (OPS/Perú), Dr. Bradley Sack; William Greenough, Robert Gilman, Robert Black, Mathuram Santosham (Universidad de Johns Hopkins, USA), Dr. Raúl León-Barúa, Dr. Eduardo Salazar Lindo (Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú),

Merecen un especial reconocimiento el personal médico, de enfermeras, técnicas de enfermería y personal administrativo que laboran en la URO y UCI-AIEPI. Gracias a todos ellos, la Unidad, es única en su género en la Región, y se ubica en una situación de liderazgo a nivel internacional. ■

El caso de los hospitales de Turbo y Yondó

Experiencias de la Estrategia AIEPI en el Departamento de Antioquia, Colombia

Por el Dr. Carlos Bernal*

Desde el año 2005, la Dirección Seccional de Salud de Antioquia inició el proyecto de implementación de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Con este fin se realizó convenios con la Universidad de Antioquia y con la Universidad Pontificia Bolivariana para desarrollar y apoyar las distintas actividades, en especial las relacionadas con la capacitación.

El Departamento de Antioquia cuenta con 125 municipios distribuidos en ocho regiones: Urabá, Magdalena medio, Suroeste, Norte, Bajo Cauca, Occidente, Nordeste y Oriente, y el Valle de Aburrá, donde se encuentran Medellín y los municipios del Área Metropolitana.

Las primeras cuatro regiones fueron asignadas a la Universidad de Antioquia y las otras cuatro a la Universidad Pontificia Bolivariana. El Valle de Aburrá se repartió entre las dos universidades.

Ambos grupos trabajaron en forma simultánea bajo la coordinación del director del Programa Infantil de la Dirección Seccional de Salud. En cada región se hizo inicialmente una reunión de inducción a la que se invitó a los alcaldes, directores locales de salud y gerentes de hospitales. Después se realizaron cursos de organización local, cursos clínicos y cursos de seguimiento. La Universidad Pontificia Bolivariana se ha encargado de los cursos para facilitadores responsables de la capacitación de agentes comunitarios. El grupo de la Universidad de Antioquia inició cursos de AIEPI neonatal.

Hasta ahora se han realizado más de cuarenta cursos clínicos, a través de los cuales se han capacitado 950 profesionales de la salud, provenientes de 99 municipios.

Mientras se continúan las actividades de capacitación se ha iniciado el proceso de monitoreo y seguimiento a algunos municipios. En el mes de noviembre de 2006 se efectuó una recolección de información de las experiencias que vienen

realizando los municipios de Turbo y Yondó en relación al la Estrategia AIEPI.

A continuación se presentan las experiencias del Hospital Francisco Valderrama, Turbo y del Hospital Héctor Abad Gómez, Yondó.

HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA, TURBO

En el área externa del hospital están establecidos dos consultorios. En ellos se realiza la consulta de AIEPI por parte de médicos capacitados.

La preconsulta es llevada a cabo por una auxiliar de enfermería capacitada en AIEPI, que es siempre la misma. La observación de la preconsulta concluye de manera muy completa y adecuada. La auxiliar toma los datos de identificación, pesa, mide y toma temperatura, pregunta el motivo de consulta, revisa el carné de vacunación y recomienda la aplicación de las vacunas necesarias. Revisa la alimentación, da recomendaciones y entrega la tarjeta a la madre.

La observación de la atención fue realizada por ocho médicos capacitados, concluyéndose que, en términos generales, es adecuada de acuerdo con la estrategia. Se hicieron observaciones individuales acerca de los aspectos que pueden mejorarse. No se hace posconsulta. Las preguntas de verificación las hace el médico como parte de la consulta.

De los 19 médicos que recibieron la capacitación, 11 continúan vinculados a la institución. Sin embargo, la mayoría de ellos están en el servicio de urgencias donde actualmente no se aplica la estrategia. La mayor parte de la demanda de consulta externa de niños es atendida en los consultorios asignados a AIEPI.

En referencia a las instalaciones de apoyo, podemos señalar que en el tema de espacio y equipo los dos consultorios están uno al lado del otro. En uno de ellos, separado por una cortina, está el espacio donde se realiza la preconsulta. La dotación es adecuada en cuanto a escritorio, sillas, pesas, tallímetro, infantómetro, termómetro, equipo de órganos de los sentidos, fonendoscopio, formularios de registro, tarjetas

* Profesor, Departamento de Pediatría y Puericultura, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Coordinador del convenio para la implementación de la Estrategia AIEPI entre la Universidad de Antioquia y la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

Turbo y Yondró Viene de la página 28

para la madre y jeringas. Solamente falta reloj con segundero y suministros de vasos, agua y cucharitas.

En cuanto a los servicios de referencia, en especial la Unidad de rehidratación oral, podemos afirmar que no existe un área específica para la hidratación oral, ni para la preparación del suero. La hidratación se hace en el servicio de urgencias. No existen registros de tratamiento de la diarrea para incluir líquidos administrados, pérdidas, y evolución del estado de hidratación. Como en el servicio de urgencias están mezclados niños y adultos, los pacientes más graves acaparan la atención del personal y los niños en hidratación oral no reciben la atención más cuidadosa.

En referencia al área de vacunas, en el hospital está localizada el área de depósito de vacunas, con refrigerador y condiciones adecuadas de almacenamiento. Se dispone actualmente de todas vacunas. Hasta hace poco en el hospital no se aplicaban vacunas, excepto las de los recién nacidos. Las vacunas se aplican en los centros de salud, externos al hospital, donde se llevan a cabo los programas de promoción y prevención.

Cabe resalta que el hospital adaptó los formularios de registro de AIEPI, que funcionan como historia clínica. Esto facilita la utilización ya que anteriormente había que llenar el formulario y además hacer otra historia.

Se revisaron 20 historias clínicas, con formularios AIEPI llenados durante los últimos meses. Muchos de los formularios están incompletos, y a veces no está registrada la frecuencia respiratoria en niños con tos o dificultad para respirar. Faltan muchas clasificaciones, en especial en relación con la evaluación del estado nutricional, del desarrollo, maltrato y revisión de la alimentación. En la mayoría no aparece registro de las advertencias sobre los signos de alarma. A pesar de las fallas, la mayoría de las historias, aunque incompletas, son aceptables.

En relación al control de medicamentos y otros suministros, en la farmacia del hospital están disponibles todos los medicamentos utilizados en AIEPI, con excepción del ácido nalidíxico.

Después de considerar estos aspectos, podemos afirmar que algunos de ellos podrían ser mejorados en esta experiencia. Por ejemplo, se puede aprovechar el recurso humano de los médicos capacitados en la estrategia; es vital el aprovechar la capacitación del personal médico en los cursos clínicos. Asimismo, se notó que la preconsulta es muy bien hecha, pero está bajo la responsabilidad de una sola persona. Teniendo en cuenta que hay suficientes auxiliares capacitadas, se podría implementar un sistema de rotación. De esta forma las otras auxiliares también podrían practicar lo aprendido.

También es importante considerar la posibilidad de establecer la posconsulta, la cual se podría hacer muy fácilmente por la misma auxiliar. En esta actividad se pueden reforzar las instrucciones sobre el tratamiento.

Se debe iniciar la aplicación de la estrategia en el servicio de urgencias y en todos los consultorios donde se atienden niños.

Por otro lado, se debe prestar importancia a los materiales y equipos debe completarse la dotación de los consultorios con reloj, vasos, agua y cucharas.

En cuanto al tema de hidratación oral, se debe definir en el servicio de urgencias un espacio específico para la hidratación oral, incluyendo un área adecuada para la preparación del suero oral. También es importante llevar registros del proceso de hidratación de los niños.

Es importante no olvidar administrar a todos los pacientes la vitamina A, el hierro y a los mayores de dos años el albendazol.

En relación a los registros de AIEPI, se debe mejorar la calidad del llenado. Sería importante establecer un sistema de revisión periódica de historias y entregar informe personalizado a los médicos, buscando mejorar la calidad.

Por último, resulta importante establecer un espacio específico para la aplicación de las vacunas, de tal manera que se puedan aplicar a todos los niños que vengan a consulta.

Luego de conocer la situación de esta experiencia, podemos señalar algunos compromisos del **Hospital Francisco Valderrama, Turbo**, los cuales son las siguientes: Rotar por los consultorios de atención a niños a todos los médicos capacitados en la estrategia AIEPI; establecer la posconsulta con la misma enfermera de la preconsulta; organizar la capacitación del resto de personal médico para iniciar la aplicación de la estrategia en Urgencias y a todos los consultorios donde se atienden niños; a partir del 13 de Diciembre de 2006 se instaló un consultorio de vacunación donde se están aplicando todas las vacunas. Finalmente, se vigilará el correcto llenado de formularios de registro AIEPI y se incentivará el uso de vitamina A, hierro y albendazol.

EXPERIENCIA DEL HOSPITAL HÉCTOR ABAD GÓMEZ, YONDÓ

La siguiente experiencia incluye la atención de niños y lactantes enfermos, instalaciones de apoyo, servicios de referencia (Unidad de rehidratación oral), área de vacunas, cali-

Turbo y Yondró Viene de la página 29

dad de registros y control de medicamentos y otros suministros.

En el área de consulta externa del hospital existe un espacio destinado a AIEPI donde la auxiliar de enfermería hace la preconsulta y la postconsulta. En todos los consultorios se atiende consultas de AIEPI. Al terminar la atención, las madres van a la farmacia a reclamar los medicamentos y regresan para la postconsulta, sin embargo es frecuente que las madres no regresen.

Se hizo observación de la preconsulta y la posconsulta, la cual se hace en forma muy adecuada por el personal de auxiliares capacitadas en AIEPI. Es importante resaltar que todas las auxiliares capacitadas en AIEPI rotan por este servicio.

Todos los médicos que trabajan en la institución están capacitados en AIEPI. Se hizo observación de la atención por parte de 6 médicos capacitados, la cual en términos generales es adecuada de acuerdo con la estrategia. Se hicieron observaciones individuales acerca de los aspectos que pueden mejorarse. En especial algunas aclaraciones sobre el diagnóstico de desnutrición.

En el servicio de urgencias se aplica la estrategia de lunes a viernes durante el día, no así en las noches, ni en los fines de semana.

En relación a las instalaciones de apoyo, tanto el espacio de la preconsulta y la posconsulta, como los consultorios médicos están muy bien dotados, con escritorio, sillas, pesas, tallímetro, infantómetro, metro, termómetro, equipo de órganos de los sentidos, fonendoscopio, formularios de registro, tarjetas para la madre, jeringas, vasos, jarra y cucharas. Solamente falta reloj con segundero en los consultorios.

En referencia a los servicios de referencia, en especial la Unidad de rehidratación oral, podemos afirmar que la hidratación oral se realiza en el servicio de urgencias donde hay una cuna para los niños que están en observación. Existe un área adecuada para la preparación del suero. No existen registros de tratamiento de la diarrea que incluyan líquidos administrados, pérdidas y evolución del estado de hidratación. Esta información es consignada en las notas de enfermería y de evolución médica.

Cabe destacar que en el hospital existe un puesto de vacunación con refrigerador y condiciones adecuadas de almacenamiento. Se dispone actualmente de todas vacunas incluidas en el PAI. Las vacunas se aplican todos los días, de lunes a viernes.

Se procura aplicar la vacuna de hepatitis B a los recién nacidos en las primeras doce horas de vida, durante los días hábiles.

En relación a la calidad de los registros, el hospital adoptó como historia clínica para los menores de 5 años los formularios de registro de AIEPI. Se revisaron al azar 20 historias clínicas, en las cuales se encontraron 45 formularios correspondientes a atenciones realizadas este año. Se encontraron algunas fallas en el diligenciamiento de los formularios.

En cuanto al control de medicamentos y otros suministros, en la farmacia del hospital están disponibles todos los medicamentos utilizados en AIEPI, con excepción del ácido nalidíxico.

Después de considerar estos aspectos, podemos afirmar existen aún aspectos por mejorar en el trabajo de la Estrategia AIEPI en el **Hospital Héctor Abad Gómez, Yondó**. Por ejemplo, el establecimiento de los mecanismos para poder aplicar la estrategia en el servicio de urgencias durante las noches y los fines de semana. La revisión de los procedimientos de diagnóstico de desnutrición, no es igual si se utilizan percentiles, que desviaciones estándar; el llevar registros del proceso de hidratación de los niños; buscar la forma en que los niños nacidos durante los fines de semana puedan recibir la vacuna para la hepatitis B en forma oportuna. Asimismo, mejorar la calidad del llenado de los registros de AIEPI. Debe establecerse un sistema de revisión periódica de historias y entregar informe personalizado a los médicos, buscando mejorar la calidad. Finalmente, los materiales y equipos en los consultorios también representan un aspecto importante, por eso podemos afirmar la importancia de contar con relojes de pared con segundero, para contar la frecuencia respiratoria en los consultorios.

Luego de conocer la situación de esta experiencia, podemos definir algunos compromisos del **Hospital Héctor Abad Gómez, Yondó en relación a la Estrategia AIEPI**.

El hospital analizará en el Comité Técnico la estrategia a seguir para que se implemente la aplicación de AIEPI, en el servicio de urgencias durante las noches y fines de semana. Se realizará una retroalimentación a todo el personal médico sobre la clasificación de la desnutrición según AIEPI. Asimismo, el hospital se compromete a comprar relojes de pared con segundero para todos los consultorios donde se aplica la estrategia AIEPI. Finalmente, se realizarán análisis periódicos de la calidad de información que se registra en la historia clínica relacionada con la estrategia AIEPI, personalizando las deficiencias encontrados con el fin de mejorar la calidad de los registros. ■

La Red de la Enfermería en la Salud Infantil (Red ENSI)

Silvina Malvárez, Asesora Regional de Enfermería y Técnicos en Salud OPS/OMS, Washington, DC.

Lynda Harrison, Profesora, University of Alabama, Birmingham School of Nursing, Birmingham, USA.

Gloria Montenegro, Profesor Titular, Escuela de Enfermería, Universidad Nacional de Misiones, Misiones, Argentina.

En el mundo global se considera crítico crear estrategias para promover la colaboración y comunicación entre enfermeras de diferentes países, con el objeto de compartir conocimientos y experiencias y mejorar la práctica de los cuidados. Este artículo describe una experiencia de colaboración entre enfermeras en salud infantil de las Américas y Europa: la formación de la Red de Enfermería en la Salud Infantil (Red ENSI). Se incluye un resumen de la historia de la Red, de sus objetivos, composición y perspectivas y del uso de tecnología para promover el trabajo y la comunicación entre los miembros.

En 2003, la OPS convocó a un grupo de enfermeras expertas en enfermería en salud infantil y AIEPI, constituido por la Dra. Anna María Chiessa de la Universidad de Sao Pablo, Brasil, la Mag. Verónica Behn Theune de la Universidad de Concepción, Chile, la Mag. Luz Adriana Soto de la Universidad Javeriana de Colombia y la Mag. Gloria Montenegro de la Universidad Nacional de Misiones, Argentina para colaborar, entre otras actividades en la sistematización de la investigación sobre enseñanza de enfermería en salud infantil en las escuelas y facultades de enfermería de América Latina. En 2000, la Organización Panamericana para la Salud (OPS) había relaizado este estudio con la cooperación de la ALADEFE (Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería) que recolectó los datos con el objeto de obtener información relativa a la enseñanza de la salud del niño. Los resultados aportaron un interesante perfil, que permitió reconocer la forma en que convergen diferentes escenarios para la enseñanza de la salud infantil en las escuelas de enfermería de América Latina. Se identificó que muchos contenidos se orientan a la promoción de la salud del niño y la prevención de enfermedades; se observó también que existen vacíos en la enseñanza de temas como la atención neonatal, malformaciones congénitas y problemas cardiovasculares del niño; fundamentalmente se reconoció la necesidad de integrar de manera sistemática la enseñanza de la atención a las enfermedades prevalentes del niño (AIEPI) de manera de ayudar a las enfermeras a valorar e intervenir en forma oportuna y completa. La AIEPI es la estrategia regional más importante de la OPS a favor de la atención de los problemas de salud de los niños y tiene la característica de pre-

sentar una modalidad comprensiva, compleja y completa de abordaje a estos problemas.

Paralelamente a la publicación del estudio mencionado, se consideró necesario elaborar un manual con el propósito de apoyar la enseñanza de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en las escuelas de enfermería, pensando en las debilidades que identificó el estudio latinoamericano y descansando en la experiencia desarrollada anteriormente con las escuelas de medicina. Para dar inicio a este trabajo, la Unidad de Recursos Humanos y la Unidad de AIEPI de la OPS/OMS en su sede en Washington, convocaron en el 2003 a una reunión de expertos, que fue integrada por enfermeras representantes de Argentina, Brasil, Colombia y Chile: se estructuró el contenido del Manual, se programó la agenda para su producción técnica con la tarea y se delineó un plan regional de apoyo y promoción de la AIEPI en enfermería. Una segunda reunión realizada en Brasil en el 2004, permitió al grupo revisar los contenidos y distribuir nuevas tareas. Desde entonces hasta el momento, el documento ha sido validado en múltiples reuniones nacionales y sub-regionales y se encuentra pronto a ser publicado conjuntamente con otros cuatro documentos complementarios.

Con este antecedente, en 2006, el Programa de Enfermería de la Unidad de Recursos Humanos de la OPS/OMS promovió en Buenos Aires la formación de una Red de Enfermeras en Salud Infantil invitando al Centro Colaborador de la OMS de la Universidad de Alabama en Birmingham. El enfoque de este Centro es la promoción de salud infantil y de la familia. Se conformó la primera reunión de esta Red en Buenos Aires en noviembre, 2006, durante el X Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. La reunión fue organizada por Dra. Gloria Montenegro de Argentina, quien fue últimamente nombrada coordinadora de la Red. Participaron representantes de Argentina, Chile, y Alabama. En esta reunión los participantes constituyeron la Red, discutieron ideas sobre los objetivos y la conformación de la Red, compartieron experiencias de sus diferentes países, desarrollaron planes para escribir artículos sobre la Red, y para organizar reuniones virtuales en los meses siguientes.

Red ENSI *Viene de la página 31*

Desde marzo 2007 hasta ahora, los integrantes de la Red ENSI se han reunido más de 8 veces, usando tecnología virtual y continuaron el desarrollo y la formación de la Red. Los miembros han aprobado reglamentos y objetivos de la Red. Los objetivos iniciales son:

- a. Compartir informaciones y conocimientos relacionados al área de salud infantil
- b. Identificar problemas, intereses y prioridades comunes relativos a la práctica, gestión, investigación y educación inicial y permanente de salud infantil, y generar alternativas de transformación compartidas;
- c. Promover la articulación entre los miembros para ampliar y fortalecer sus actividades de cuidado, enseñanza, investigación y cooperación técnica en el área de la salud infantil.
- d. Potenciar el desarrollo de investigaciones multicéntricas entre los miembros;
- e. Dar visibilidad a la situación y tendencias de enfermería en salud infantil, facilitando la identificación de prioridades de transformación y desarrollo;
- f. Compartir metodologías y recursos tecnológicos destinados a las actividades de cuidado, gestión, enseñanza, investigación, información y cooperación técnica relacionadas a la enfermería en salud infantil;
- g. Promover la producción y uso intensivo de información científico-técnica y referencial sobre salud infantil;
- h. Promover el acceso equitativo y universal a fuentes de información científico-técnica y referencial en materia de salud infantil;
- i. Compartir experiencias y métodos de enseñanza en salud infantil.
- j. Promover la defensa de los Derechos del niño en todas sus instancias.
- k. Promover ambientes saludables a los niños en sus diferentes etapas del desarrollo.
- l. Promover en los hogares e instituciones dedicadas al cuidado de niños y niñas la enseñanza y aplicación de la estimulación temprana.

Hasta el momento la Red está integrada por 53 enfermeras de 14 países de la Región de las Américas y España. Cada enfermera vinculada con la atención de la salud infantil tiene posibilidad de participar y contribuir a los objetivos de la Red haciéndose miembro de la misma. Se propone que cada país tenga un coordinador/a nacional y los coordinadores van a servir como grupo conductor de la Red. La Red se comunica en el idioma español, aunque algunos miembros lo hacen en inglés y en portugués. Tres primeras actividades que la Red emprenderá serán: a) invitar y vincular a la Red a todas las enfermeras que participaron en los talleres nacionales de validación del Manual, b) diseminar y promover la utilización del Manual para la enseñanza de los principios de AEIPI en las escuelas de enfermería de América Latina y c) evaluar los cambios en la enseñanza de estos principios después de distribución de este manual. La Red ENSI es una estrategia clave para promover la salud infantil y atender integralmente a los problemas de salud de la infancia, través de la acción de las enfermeras en los servicios de salud. ■

Lanzamiento del Consenso Estratégico Interagencial de Salud Neonatal en Asunción, Paraguay

*Por Dr. Francisco Martínez Guillen**

Con la participación del Vice Ministro de Salud, Dr. Antonio Barrios, del Director General de Programas de Salud, Dr. Rubén Ortiz, de la Dra. Carmen Serrano Representante de OPS/OMS en Paraguay se dio el Lanzamiento del Consenso Estratégico Interagencial en Salud Neonatal el 9 y 10 de abril, 2008 en el Hotel Crown Plaza, en Asunción, Paraguay.

El magno evento contó con la presentación del Dr. Yehuda Benguigui, Coordinador de Proyecto de Salud del Recién Nacido, Niño y Joven del Área de Salud Familiar y Comunitaria.

Dr. Benguigui presentó la “Propuesta Regional de la Estrategia y Plan de Acción de Salud Neonatal en el Contexto del continuo Materno, Recién Nacido y Salud Infantil”.

El Consenso Estratégico está siendo impulsado por la Dirección General de de Programas de Salud y la Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud y Bienestar Social, apoyado por una alianza de diferentes agencias de cooperación, tales como UNICEF, OPS, USAID, BASICS, SAVE THE CHILDREN, ACCES, CORE con el objetivo de disminuir la mortalidad neonatal.

* Consultor en Neonatología, OPS/OMS, Nicaragua

Lanzamiento del Consenso... *Viene de la página 32*

Posteriormente los más de 20 participantes presentes en Asunción y otras ciudades fueron divididos en dos grupos de trabajo para que identificaran al menos tres estrategias/áreas o actividades factibles y efectivas para lograr en el país un entorno favorable para la promoción de la salud neonatal; el fortalecimiento del sistema de salud; la movilización comunitaria y un sistema de monitoreo y supervisión.

Al final de la revisión de cada tema se discutió en plenaria la incorporación de todos los aportes de los participantes y se llegaron a algunas conclusiones y recomendaciones, las cuales fueron principalmente las siguientes:

Contar con un entorno favorable para la promoción de la salud neonatal. Para lograr esto se necesita de una política nacional dentro del plan de salud integral de la niñez y adolescencia, además existe la necesidad de la elaboración de un programa (plan) de reducción de la mortalidad neonatal consensuado y articulado con los otros programas en el marco del continuo de atención. Es necesaria la difusión del manual de Normas de Atención Neonatal, la actualización de las normas de atención neonatal y obstétrica, de acuerdo a medicina basada en la evidencia; fomentar la aplicación del manual a nivel nacional; crear un sistema de evaluación del cumplimiento de las normas en los centros hospitalarios formadores de recursos humanos y en los centros asistenciales e introducir el manual como material de enseñanza en las escuelas de medicina, obstetricia y enfermería. Crear las bases para un seguro de salud materna infantil universal, que integre a los sistemas de salud existente, seguridad social, sector privado, FFAA, etc. así como a los municipios y gobernaciones; disponer de un presupuesto para equipar y asegurar los insumos necesarios en los centros asistenciales de atención neonatal.

Un Fortalecimiento del Sistema de Salud, a través de la promoción del acceso universal a la atención de la salud materna y neonatal a grupos vulnerables. Desarrollar actividades a nivel nacional como son la sostenibilidad financiera del S.N.S. para el acceso universal de Salud; el aumento del presupuesto nacional destinado al área de Salud; capacitación de RR.HH. (Calidad-Calidez); mejorar la capacidad instalada (infraestructura, RR.HH. Capacitados, equipamientos); implementación de la Estrategia AIEPI neonatal a nivel Nacional. Para lograr el fortalecimiento del sistema de salud también es necesario la actualización, difusión y aplicación de intervenciones de atención de salud materna y neonatal a través de la integración de las normas y los protocolos de los diferentes programas de salud pública; la educación continua institucional (educación permanente en servicios); AIEPI Neonatal: fortalecimiento de indicadores –trabajos del componente Neonatal en los programas de pre y post-grado. (Aplicación de indicadores de incorporación: malla curricular, facilitado-



En la mesa de honor se encuentran (de izquierda a derecha) Dr. Yehuda Benguigui, Coordinador del Proyecto de Salud del Recién Nacido, Niño y Joven del Área de Salud Familiar y Comunitaria, OPS/OMS, Dra. Carmen Serrano, Representante OPS/OMS en Paraguay, el Dr. Antonio Barrios Viceministro de Salud Pública, el Dr. Rubén Ortiz, Director General de Programas de Salud y la Dra. María Elsa Paredes, Directora del Área de Niñez y Adolescencia.



Mesa de trabajo durante el Lanzamiento del Consenso Estratégico Interagencial de Salud Neonatal en Asunción, Paraguay.

res, materiales; incorporación de indicadores de seguimiento neonatal, adaptados al país y aplicados al instrumento genérico de monitoreo y seguimiento del AIEPI neonatal.

Promover las intervenciones comunitarias a través de la implementación de AIEPI comunitario en el escritorio del profesional que atiende salud materno infantil; promoción y fortalecimiento de los grupos comunitarios para la articulación intersectorial de personas y grupos con intereses comunes como: bomberos, almaceneros, cooperativas, comités, docentes, ONGs, grupos religiosos, clubes, líderes comunitarios.

rios, etc. para que sepan prácticas claves en promoción de salud neonatal. Por ejemplo: promover lactancia materna en la primera hora y exclusiva, reconocer signos de peligro (embarazo, recién nacido).

Promover la buena voluntad para intervenciones efectivas y de credibilidad; formulación de lineamientos precisos para promover el involucramiento del personal de salud con su comunidad; reconocimiento de su comunidad como población en riesgo; promoción de la presencia de acompañantes durante pre-parto, parto y puerperio (pareja, madres, tía, hermana, abuela); y un enfoque de derechos en la salud neonatal. Para lograr la promoción de las intervenciones comunitarias también se puede hacer uso de los medios de comunica-

ción masiva para la difusión de los objetivos, actividades, y metas; reunir dentro de la institución de salud a líderes y agentes comunitarios y presentarles la problemática actualizada y el material creado para ayudar al manejo adecuado; inclusión de las estrategias, indicadores, monitoreo y evaluación en los planes locales de salud; evaluar el nivel de aplicación e impacto de las estrategias en salud neonatal.

Crear y fortalecer los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación.

Para lograr este objetivo es importante la incorporación de indicadores materno y peri-neonatales en el SINAIS; la revisión del diseño del certificado de defunción; y la capacitación al RRHH en salud en el llenado de certificados de defunción para todos los niveles. ■

Expertos en salud neonatal se reunieron el 6, 7 y 8 de mayo, para discutir qué incorporar dentro de los materiales de AIEPI neonatal

Actualización de cuadros clínicos de AIEPI neonatal durante Reunión en Guatemala

En la Región de las Américas la salud infantil ha tenido cambios sustanciales en la mayoría de países, sin embargo, la salud neonatal ha sido olvidada y poco visualizada por las autoridades de salud, haciendo mucho énfasis en reducir la mortalidad postneonatal y muy poco en reducir la mortalidad neonatal. Como consecuencia, actualmente más del 60 por ciento de la mortalidad infantil es producto de la mortalidad neonatal.

En el 2000 se inició el proceso de incluir dentro de la Atención Integrada a las Enfermedades prevalentes de la Infancia (AIEPI) el componente neonatal, desarrollando materiales genéricos y adaptaciones en más de 12 países de la región.

Estos materiales han sido actualizados constantemente en las diferentes adaptaciones, ya que la salud neonatal es muy cambiante. Luego de la publicación en *The Lancet* sobre la salud neonatal, así como las nuevas evidencias científicas, se ha comprobado que muchas de las intervenciones costo efectivas y que disminuyen mortalidad y morbilidad neonatal no son puestas en práctica o se practican mal.

Actualmente se discute mucho la importancia de la calidad del cuidado neonatal y sus resultados a corto, mediano y largo plazo lo cual implica, no solo proveer a todo recién naci-

do de un cuidado óptimo, sino cambiar las actitudes y prácticas del personal de salud utilizando la medicina actualizada y basada en evidencia que influye directamente en el resultado neonatal.

Para darle respuesta a esta necesidad, un grupo de expertos de diferentes países de la región se reunieron en la ciudad de Antigua en Guatemala los días 6, 7 y 8 de mayo, para discutir cómo y qué incorporar dentro de los materiales de AIEPI neonatal de los procesos de calidad y las evidencias científicas actuales que apoyarán aún más a los países a enfrentar los retos de la salud neonatal dentro del marco del continuo de la atención madre, recién nacido y niñez.

Se propuso el siguiente paquete de intervenciones basadas en evidencia y de acuerdo a los diferentes períodos involucrados en el proceso. Las intervenciones propuestas servirán de base para la elaboración de un fascículo complementario que será incorporado a los cuadros de procedimientos del AIEPI clínico neonatal, después de un proceso de consulta con CLAP/WR, ALAPE y otros expertos nacionales.

Entre las intervenciones para el período pre-concepcional se encuentran la vigilancia del estado nutricional con el Índice de Masa Corporal (IMC) previo al embarazo; suplementación con ácido fólico; inmunización con toxoide tetánico;



De izquierda a derecha
 Dr. Francisco Martínez-Guillen
 de Nicaragua, Dr. Pedro Marte
 de Rep. Dominicana, Dr. Miguel
 Dávila de Perú, Dra. Martha
 Beltrán de Colombia, Dr. Gerardo
 Cabrera-Meza del Texas Children's
 Hospital, Dr. Yehuda Benguigui
 de OPS/OMS Washington y
 Dr. Rolando Cerezo de Guatemala

detección y tratamiento de los casos de sífilis; prevención y tratamiento de anemia con hierro; prevención y tratamiento de enfermedad periodontal; detección, prevención y manejo de violencia doméstica; detección y tratamiento de otras enfermedades de transmisión sexual (VIH, herpes, gonococo, papiloma, etc.); detección y tratamiento de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, neuropatías, asma, etc.).

Entre las intervenciones durante el embarazo se propone control prenatal; incremento de peso de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC) previo al embarazo; suplementación con ácido fólico; inmunización con toxoide tetánico en madres que no han sido previamente inmunizadas; examen y tratamiento de los casos de sífilis; prevención y tratamiento de anemia con hierro; prevención de preeclampsia y eclampsia con calcio; prevención de preeclampsia y eclampsia con aspirina; detección y tratamiento de otras enfermedades de transmisión sexual (VIH, herpes, gonococo, papiloma, etc.); detección y tratamiento de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, neuropatías, asma, etc.); detección y tratamiento de la bacteriuria asintomática; detección y tratamiento de isoimmunización Rh con inmunoglobulina anti Rh; desparasitación en zonas de alta prevalencia; detección y tratamiento de estreptococo del grupo B; detección y tratamiento de enfermedad periodontal; detección y manejo de problemas mentales mayores (depresión postparto, esquizofrenia, trastorno bipolar, psicosis y otras); detección, prevención y manejo de violencia doméstica; plan de parto.

Las intervenciones durante el parto incluyen: prácticas de atención del parto limpio y seguro (con personal calificado); acompañamiento a la madre durante el trabajo de parto y parto; eritromicina en RPM antes del parto en < 37 semanas; detección y tratamiento de la presentación podálica (cesárea); nifedipina en trabajo de parto pretérmino; corticosteroides prenatales (betametasona, dexametasona); vigilancia del trabajo de parto con partograma; pinzamiento tardío del cordón umbilical; identificación de patologías por estudio del cordón umbilical y placentarias; en caso necesario reanimar inmediatamente al recién nacido; secar al recién nacido inmediato al parto; colocar al recién nacido directamente sobre el pecho de su madre; profilaxis ocular; cuidado del cordón umbilical; cuidado de la piel; administración de vitamina K; identificación y registro civil del recién nacido; intervenciones durante el post-natal; tamizaje neonatal; detección y tratamiento de retinopatía del prematuro; detección y tratamiento de problemas de audición; alojamiento conjunto madre-hijo; lactancia materna exclusiva; control al 3er día postnatal; inmunizaciones con BCG y HvB; manejo contacto piel a piel (canguro) en recién nacidos prematuros; estabilización y transporte seguro; identificación de signos de pelguro.

Otras intervenciones incluyen prevención y tratamiento intraútero de anomalías congénitas; manejo del ambiente dentro del cuidado neonatal; seguridad perinatal; comités de seguridad del paciente; y manejo estandarizado de casos. ■

Novedades de la biblioteca **Atención Integrada**

AIEPI en el Contexto Materno-Recién Nacido-Salud Infantil



Más allá de la Supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños.

La presente publicación va dirigida a los profesionales de la salud que atienden partos en los establecimientos de salud, así como a los tomadores de decisión sobre salud pública.

El documento busca revisar y demostrar que

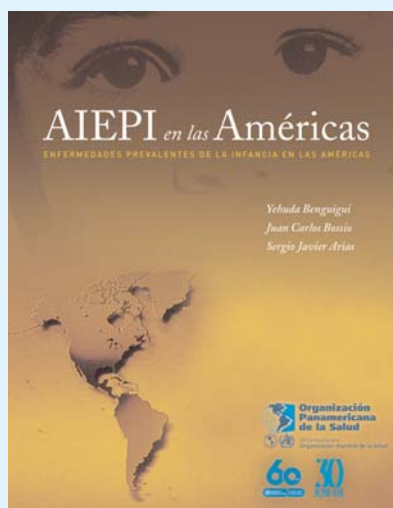
las prácticas de el retraso en el pinzamiento del cordón umbilical, el contacto piel a piel inmediato, y el inicio de la lactancia materna exclusiva pueden proveer beneficios inmediatos al recién nacido. Además que estas tres prácticas pueden tener un impacto a largo plazo en la nutrición y la salud de la madre y el bebé, por esta razón, se debe ofrecer un paquete de atención integral a la madre y el recién nacido para prevenir la morbilidad y mortalidad.

Manual de tratamiento de la diarrea en niño. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 48 (En imprenta)

Millones de niños se siguen enfermando de diarrea y muriendo a causa de la deshidratación. Las enfermedades diarreicas continúan entre las primeras causas de mortalidad, a pesar que se conocen intervenciones efectivas y basadas en evidencia para disminuir su incidencia.

Este libro está dirigido a médicos, pediatras, salubristas, nutricionistas, enfermeros y estudiantes de medicina, enfermería y nutrición, y espera contribuir en la difusión de conocimientos sobre el control de enfermedades diarreicas en el contexto de la atención de las enfermedades prevalentes de la infancia.

Se espera que esta publicación contribuya a una mejor comprensión del problema de la diarrea, y que genere acciones que ayuden a enfrentarla, mediante una mejor atención de los enfermos y acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Es necesario convertir los conocimientos en acción, y de esa forma lograr la meta de disminuir la mortalidad infantil de los menores de cinco años según lo especificado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.



AIEPI EN LAS AMÉRICAS. Enfermedades prevalentes de infancia en las Américas.

(En imprenta)

FCH/CH/08.06.E

AIEPI en las Américas contiene información relevante acerca de la situación de los países de la Región de las Américas con relación a la salud infantil y, particularmente; con relación a la supervivencia de los

niños y niñas menores de cinco años y la evolución de la mortalidad total, por enfermedades respiratorias y por enfermedades diarreicas durante los últimos decenios. Incluye capítulos generales que brindan un panorama de las enfermedades prevalentes de la infancia en América del Norte, América Central, Cono Sur, Área Andina y el Caribe Latino; y pone de manifiesto las diferencias existentes entre estas regiones y entre los países que las componen, que son una expresión de la brecha que aún existe en la distribución del acceso a y el uso de las intervenciones disponibles para la prevención, el tratamiento y la promoción de la salud infantil.

La publicación muestra los avances y logros que los países han tenido en los últimos años y como esto ha contribuido a la supervivencia de miles de niños y niñas en todo el continente producto, por ejemplo, de la reducción del 78% en la mortalidad por diarrea y por infecciones respiratorias agudas registrada en el continente entre 1970 y 2000. Refleja la importancia que han tenido las intervenciones específicas e integradas actualmente en la estrategia AIEPI en la disminución de la mortalidad por enfermedades diarreicas y por enfermedades respiratorias, que se tradujo en un descenso aún mayor de las tasas de mortalidad específicas por estas causas que la registrada en general en la mortalidad infantil. Asimismo, la publicación enfatiza en las principales causas de enfermedad que actualmente afectan a los niños y niñas del continente, y cuáles de ellas siguen siendo una amenaza para la supervivencia infantil.

Para obtener información de las publicaciones de FCH/CH, visite:

<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-publications.htm>

Para obtener más información de las publicaciones de PALTEX, visite:

<http://paltex.paho.org/>

Noticias sobre Atención Integrada

Proporciona información a toda la Región de las Américas sobre la instrumentación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), y permite el intercambio de opiniones y experiencias entre los países.

Coordinadora del Comité Editorial

Dra. Mirta Roses Periago

Directora de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington, DC, EE.UU.

Comité Editorial

Dr. Antonio José Alves de Cunha

Director
Facultad de Medicina
Universidad Federal de Río de Janeiro
Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Dr. Alfredo V. Barlett

Senior Advisor for Child Survival
USAID Global Bureau
Washington, DC, EE.UU.

Dr. Stephen Berman

American Academy of Pediatrics
Children Hospital
Denver, CO, EE.UU.

Dr. Alberto Bissot

Director, Hospital Infantil
de Panamá, Panamá

Dr. Gerardo Cabrera Meza

Assistant Professor of Pediatrics
Baylor College of Medicine
Texas Children's Hospital
Houston, TX, EE.UU.

Dra. Ana Campuzano de Rollon

Profesora de Clínica Pediátrica, Facultad de
Medicina
Universidad Nacional de Asunción
Asunción, Paraguay

Dr. Jesús M. Feris-Iglesias

Jefe del Departamento de Enfermedades
Infecciosas, Hospital Infantil
Santo Domingo, República Dominicana

Dra. Ana María Ferrari

Profesora Titular de Pediatría
Facultad de Medicina, Universidad de
Uruguay
Montevideo, Uruguay

Dra. Denise Granado-Villar

Director, Division of Preventive Medicine
Miami Children's Hospital
Miami, FL, EE.UU.

Dra. Edilma B. Guevara

Associate Director, WHO Center for Nursing/
Midwifery in Pediatrics, University of Texas
Galveston, TX, EE.UU.

Dr. Manuel Katz

Profesor de Pediatría
Universidad Maimonides
Buenos Aires, Argentina
Universidad Bem Gurion
Beer Sheva, Israel

Dr. Carlos A. Needleman

Profesor Titular, Soc. Argentina de Pediatría
Hospital de Niños de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Dr. Yassuhiko Okay

Profesor Titular, Instituto de Criança
do Hospital das Clínicas, Faculdade
de Medicina da USP
São Paulo, Brasil

Dr. Teodoro F. Puga

Profesor Emérito
Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Dr. Alberto Reverón

Presidente de ALAPE (Asociación
Latinoamericana de Pediatría)
Caracas, Venezuela

Dr. Manuel Roja Concepción

Jefe de Servicios de Afecciones Respiratorias
Hospital Pediátrico Doctor Juan Manuel
Márquez
La Habana, Cuba

Prof. Dr. Antonio Sáez Crespo

Presidente, Asociación Iberoamericana
de Medicina y Salud Escolar
Universidad Complutense de Madrid,
España

Dr. Ricardo Schwarcz

Ginecólogo-Obstetra
Ex-director del CLAP
Montevideo, Uruguay

Dr. Anibal Sosa

Director for Latin America Initiative Alliance
for Prudent Use of Antibiotics
Boston, MA, EE.UU.

Dr. Fernando Stein

Associate Professor of Pediatrics
Baylor College of Medicine
Medical Director, Texas Children's Hospital
Houston, TX, EE.UU.

Dr. Nelson Vargas

Director del Departamento de Pediatría
y Cirugía Infantil
Facultad de Medicina, Universidad
de Chile
Santiago, Chile

Noticias sobre Atención Integrada



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Publicada por el Proyecto de Salud del Recién Nacido, Niño y Joven
Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH/CH)

Teléfono: (202) 974-3798

Fax: (202) 974-3724

525 Twenty-third Street, N.W. Washington D.C. 20037, EE.UU.

www.paho.org

www.paho.org/salud_infantil