

Noticias sobre Atención Integrada

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

Número 12 —Diciembre del 2007



Dra. Mirta Roses Periago
Directora OPS/OMS

Editorial

En octubre del presente año tuve el honor y el privilegio de ser electa en la 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana nuevamente como Directora de la Organización Panamericana de la Salud, para seguir con la misión de trabajar por la salud de todos los habitantes de la Región de las Américas, en especial por las mujeres y niños más olvidados y excluidos. Esta labor me llena de orgullo y responsabilidad, y me gustaría afirmar que cada día, todos los que trabajamos en la Organización buscamos lograr una mayor equidad en la salud y ampliar la participación de todos los actores para promover la salud para todos.

Los próximos cinco años demandarán mucho esfuerzo y dedicación en la Organización para alcanzar las metas trazadas. Tenemos compromisos ineludibles a la mitad del camino del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en especial con relación a la mortalidad materno-infantil y la disminución de la desnutrición crónica. Asimismo, vemos con emoción el gran impulso dado a la Atención Primaria en salud. En la reunión internacional de Buenos Aires 30/15 se dio un impulso global a esta iniciativa liderada por la Dra. Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud, y presenciamos el paso de la antorcha desde los pioneros de Alma Ata hacia las nuevas generaciones.

En el marco de la renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas y del cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio número 4 crece la importancia de la implementación de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalente de la Infancia (AIEPI).

Continúa en la página 2

21 de junio del 2007, Washington, D.C.

Consenso Interagencial Estratégico para la reducción de la Mortalidad y Morbilidad Neonatal en Latinoamérica y el Caribe

El 21 de junio de 2007 se reunió en Washington DC el Grupo Interagencial, conformado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), agencias de cooperación y representantes de ministerios de salud de 16 países, con motivo del lanzamiento oficial del Consenso Estratégico Interagencial para la Reducción de la Morbimortalidad Neonatal para Latinoamérica y el Caribe, que unifica esfuerzos y armoniza estrategias y programas de salud que existen actualmente en la Región, proporcionando acceso universal, reduciendo costos y mejorando la eficiencia y efectividad en la planificación, monitoreo y evaluación de programas de salud materno-neonatal-infantil, para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Actualmente, en Latinoamérica y el Caribe ocurren más de 175.000 muertes neonatales por año (WHO, 2006), lo que significa que mueren 20 recién nacidos cada hora ó 1 cada 3 minutos, la mayoría de ellos durante su primera semana de vida. Las principales causas son en su mayoría prevenibles, e incluyen infecciones (32%), asfixia (29%), bajo peso al nacer (24%) y defectos congénitos (10%) (PAHO, 2004).

Aunque se han identificado intervenciones efectivas de bajo costo que podrían prevenir 3 de cada 4 muertes neonatales (41 a 72%) las mismas no están alcanzando a quienes más lo necesitan (*Bellagio Group on Child Survival, The Lancet, 2005*). Estas intervenciones incluyen inmunización

Continúa en la página 3

En este número

Editorial.....	1	Entrevista a Dra. Elizabeth Mason, Directora OMS/CAH	19
Consenso Interagencial Estratégico para la reducción de la Mortalidad y Morbilidad Neonatal en Latinoamérica y el Caribe	1	Consulta Técnica Regional del Plan de Acción en Salud Neonatal en Asunción	21
Taller sobre vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI	4	Taller Regional sobre seguimiento y monitoreo (S&M) de AIEPI-Neonatal Clínico en Bolivia	22
AIEPI y su componente de nutrición	5	VI Coloquio Internacional en el Texas Children's Hospital	23
La estrategia AIEPI cumplió 10 años en Perú	7	Novedades de la biblioteca AIEPI	24
Experiencias en el proceso de capacitación en la estrategia IIEPI en Antioquia, Colombia	8	Comité editorial	25
Mortalidad por desnutrición en niños menores de cinco años: Incidencia, tamización y factores de riesgo	14		



Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud



aiepi

Editorial Viene de la página 1

La mortalidad neonatal es el más importante grupo de causas que contribuyen a las elevadas tasas de mortalidad infantil y de menores de cinco años. Se calcula que la mortalidad neonatal en América Latina y el Caribe es en promedio, de 15 por 1,000 nacidos vivos y representa alrededor del 60% de las defunciones de los menores de un año y 36% de la mortalidad entre niños menores de cinco años. Asimismo, la mortalidad neonatal representa un serio factor a ser tomado en cuenta hacia el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio # 4 relacionada a la niñez.

La mortalidad infantil en los países de la región ha disminuido a largo de los últimos 15 años, sin embargo, la mortalidad neonatal ha permanecido prácticamente inalterable. Esto se debe a varios factores entre los que podemos mencionar, la falta de planes estratégicos que puedan asegurar y mejorar la salud del recién nacido, y el mayor énfasis en acciones que aseguren el acceso y la calidad de los servicios a los niños menores de cinco años.

Como respuesta a esta situación, la OPS/OMS está activamente impulsando la Estrategia Regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad neonatal. En este sentido, el día 21 de junio de 2007 y después de dos años de trabajo y de un amplio esfuerzo colaborativo interagencial, se dio el lanzamiento oficial del Consenso Estratégico Interagencial para la reducción de la morbi mortalidad neonatal para América Latina y el Caribe. Este Consenso ha contado con el respaldo del Grupo de Trabajo Interinstitucional Neonatal, que está integrado por representantes de la 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.

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 una nota sobre la Consulta Técnica Regional del Plan de Acción en Salud Neonatal desarrollada en Asunción, Paraguay, durante 28-30 de agosto, 2007. La consulta tuvo el objetivo de revisar el documento de trabajo del Plan Regional de Acción en Salud Neonatal para América Latina y el Caribe con los representantes de Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú y Uruguay.

Asimismo, el boletín trae la experiencia del Plan Desnutrición Cero del Sector Salud del Gobierno Nacional de Bolivia, el cual tiene como objetivo la erradicación de la desnutrición de la niñez como una de sus principales políticas. La Estrategia AIEPI y su componente de nutrición constituyen la principal fortaleza para el logro de este objetivo.

Esta edición también incluye una celebración histórica: "Los 10 años de la Estrategia AIEPI en el Perú". La Sociedad Peruana de Pediatría y el Ministerio de Salud de Perú y con apoyo de la OPS/OMS lideraron tan importante conmemoración.

Este número de Noticias sobre Atención Integrada contiene una entrevista con la Dra. Elizabeth Mason quien se ha desempeñado en la OMS desde hace 12 años como Asesora Regional de AIEPI para África y desde septiembre 2004 en su cargo actual, Directora de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente del Programa Global de la OMS en Ginebra. En la presente entrevista, la Dra. Mason discute temas de gran relevancia para la salud de la niñez y adolescencia y la Estrategia AIEPI. Asimismo, la entrevista incluye las limitaciones, desafíos y futuras estrategias para movilizar recursos a favor de la salud del niño y del adolescente.

Adicionalmente, continuamos difundiendo las prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludables, incorporando un suplemento central sobre la sexta práctica referente al desecho de heces de manera segura para prevenir las enfermedades y asegurar así el desarrollo integral de los niños. Este suplemento incluye un póster y un folleto informativo que estamos seguros que será de utilidad para todo el personal de salud y todas las personas interesadas en la salud infantil.

Aprovechamos para dar la bienvenida a los nuevos miembros distinguidos del Comité Editorial de Noticias sobre Atención Integrada: Dra. Ana Campuzano de Rollon de Paraguay, Dr. Jesús M. Feris-Iglesias de República Dominicana, Dr. Alberto Reverón de Venezuela y Dr. Nelson Vargas de Chile.

Al reducir la mortalidad neonatal, se disminuirá la mortalidad infantil. Es tarea de todos los que trabajamos por la salud de los niños de nuestra Región tomar particular importancia en este hecho sin precedente, el cual busca salvar la vida de millones de niños, a través de intervenciones en salud que incluyen inmunizaciones, atención calificada del parto, tratamiento oportuno de infecciones y educación de prácticas de prevención en el cuidado del recién nacido como la reanimación neonatal en el contexto de AIEPI, etc. Asimismo, el tema se inserta en el esfuerzo institucional en revalorar la atención primaria en salud como importante componente de la salud pública en las Américas.

El reto está planteado, y demandará grandes esfuerzos a nivel local, nacional, regional y global. Sin embargo, confiamos en que los diferentes sectores, países, la sociedad civil y agencias de cooperación internacional están comprometidos y trabajarán unidos para la implementación exitosa del Plan Regional Neonatal en el Contexto del Continuo de la Atención Materno-Recién Nacido-Salud Infantil.

Los próximos cinco años estarán llenos de desafíos y compromisos; cumplir estos compromisos significará acercarnos para hacer realidad la salud para todos, a cada uno desde el lugar que nos ha tocado desempeñar, fortaleciendo las alianzas, manteniendo a la salud pública como tema de agenda pública, e incluyendo a más actores dentro de esta gran causa.

Dra. Mirta Roses Periago

Directora
OPS/OMS

Consenso Interagencial Viene de la página 1

Dr. Y. Benguigui presentando la Estrategia Neonatal durante el lanzamiento del libro sobre el “Consenso Estratégico Interagencial Neonatal” en la sede de la OPS, Washington, D.C. En la mesa, presidida por la Dra. Cristina Beato, Directora Adjunta de la OPS, y la Dra. Carissa Etienne, Sub-directora de la OPS, acompañan el Dr. Koki Agarwal, director de ACCESS, Dra. Liz Kizzier, SNL Director, y Dra. Peg Marshall de USAID.

contra el tétanos para mujeres embarazadas, atención calificada del parto, tratamiento oportuno de infecciones neonatales, educación sobre la importancia de una higiene adecuada y de evitar el enfriamiento en el recién nacido, y lactancia materna exclusiva en las primeras horas de vida.

Durante las últimas décadas se han realizado grandes avances en relación a la mortalidad en niños menores de 5 años en las Américas. Sin embargo, sin una reducción equivalente de la mortalidad neonatal, el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) número 4 no podrá ser alcanzado. Y es que los índices de mortalidad neonatal han cambiado muy poco en la Región, y si continúan con la misma tendencia, será necesario destinar esfuerzos para disminuir la mortalidad posneonatal (menores de un año menos mortalidad neonatal) y la de niños menores de 5 años a casi cero, para lograr la meta de reducir en dos tercios la mortalidad en este grupo etario hacia el año 2015. Es crucial que esfuerzos innovadores e integradores de todos los sectores involucrados a nivel regional, subregional y nacional se pongan en marcha para alcanzar esta meta.

En respuesta a esta situación, y conscientes de que el reto demanda esfuerzos redoblados y de colaboración entre los diferentes sectores, en abril de 2005 –durante las celebraciones del Día Mundial de la Salud– se reunió en Washington el Grupo de Trabajo Interagencial, formado por miembros de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), representantes de ministerios de salud de 16 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay) y agencias de colaboración internacional, como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), ACCESS, BASICS, CORE, y Save the Children/Saving Newborn Lives (SNL). El objetivo fue iniciar un proceso colaborativo para identificar estrategias integradas para reducir la mortalidad y morbilidad neonatal en América Latina y el Caribe, y colocar al recién nacido en el centro de la atención, como el nexo clave entre la salud materna y la salud infantil.

La importancia de este grupo radica en la posibilidad de unificar –a través de alianzas efectivas que intensifiquen las acciones a nivel global, regional, nacional y local– esfuerzos, intervenciones, estrategias y programas de salud materno, neonatal e infantil que existen en la Región, reduciendo costos, mejorando la eficiencia y efectividad en la planificación, monitoreo y evaluación, fomentando la capacitación y haciendo un mejor uso de los recursos. De esta forma se podrán salvar millones de vidas de mujeres y niños en la Región, y alcanzar así los Objetivos del Milenio.

El 21 de junio de 2007, y después de dos años de trabajo, se realizó el lanzamiento oficial del Consenso Estratégico Interagencial para la Reducción de la Morbimortalidad Neonatal para Latinoamérica y el Caribe, pauta esencial para la puesta en marcha de la estrategia regional en los países.

EL PROCESO CONTINUO DE ATENCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) será un catalizador de los recursos técnicos y financieros para desarrollar esta nueva estrategia regional. Los esfuerzos se centrarán en las necesidades de los países, de acuerdo a los diferentes escenarios de salud materno-neonatal-infantil. Se prestará particular

Continúa en la página 4

Consenso Interagencial *Viene de la página 3*

atención al desarrollo y fortalecimiento de recursos humanos, actualización y adaptación de normas y guías de acción, metodologías, y disseminación de información.

En este sentido, la estrategia se desarrolla en base al proceso continuo de atención –promovido por OPS y muy exitoso en otras instancias, como el Global Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health– que involucra la salud de la madre, el recién nacido y el niño. Este enfoque apunta a la atención en salud durante las etapas del ciclo de vida, e incluye adolescencia, embarazo, parto y niñez. Asimismo, establece lazos entre el cuidado en el hogar, la comunidad, los centros de salud y hospitales, e incluye aspectos de promoción de salud, prevención, manejo de problemas de salud y rehabilitación.

El Consenso Estratégico Interagencial propone las siguientes áreas clave: (A) Crear un entorno favorable para la promoción de la salud neonatal, (B) Fortalecer los sistemas de

salud para mejorar el acceso a los servicios de salud para la madre, el recién nacido y el niño, y (C) Promover las intervenciones comunitarias, (D) Desarrollar y fortalecer los sistemas de monitoreo y evaluación.

El siguiente paso es el lanzamiento e implementación de la estrategia a nivel de los países, con lo que se espera avanzar de manera importante en mejorar el cuidado de la salud de la madre, el recién nacido y el niño. Condiciones favorables de colaboración y alianzas entre países y agencias –unidos a iniciativas como la estrategia de Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)– harán de este nuevo esfuerzo un factor clave para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). ■

Abraham A Salinas M.

Unidad de Salud del Niño y del Adolescente
Organización Pan Americana de la Salud

Organizado por la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente y el CLAP/SMR**Taller sobre vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI**

El desarrollo infantil desde la perspectiva de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y como un módulo fundamental dentro de la estrategia AIEPI fue el tema central del taller sobre vigilancia del desarrollo infantil, que se realizó del 5 al 7 de junio 2007 en Montevideo, Uruguay.

El encuentro fue producto del trabajo conjunto de las unidades de Salud del Niño y del Adolescentes (CA) y el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud Reproductiva y de la Mujer (CLAP/SMR), del Área Salud Familiar y Comunitaria (FCH) de OPS.

Durante los tres días de duración del encuentro, los participantes tuvieron la oportunidad de profundizar en los aspectos teóricos y prácticos relacionados con este módulo. Se utilizó una combinación de técnicas de capacitación, como discusiones de artículos científicos relevantes, demostraciones, y aplicación práctica en niños con y sin problemas de desarrollo.

Se destacaron también las diferentes formas de abordar el tema del desarrollo infantil, incluyendo la perspectiva de los ministerios de salud, en la formación de recursos humanos en salud, en el sector educación, en los gobiernos locales y la sociedad civil.

La dirección del taller estuvo a cargo de cuatro facilitadores internacionales con amplia experiencia clínica y de investigación en desarrollo infantil: Dr. Richard Ríos, de Chile; Dras. Isabel Neves de Souza y Amira Figueiras, de Brasil; y la Dra Viviana Ríos, de Argentina. En total participaron 41 profesionales de la salud, entre ellos representantes de ministerios, servicios de atención primaria y universidades, además de OPS. ■



Participantes del taller sobre vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI realizado en el CLAP/SMR, en Montevideo, Uruguay, del 5 al 7 de junio, 2007

La estrategia es clave para lograr el Plan de Desnutrición Cero en Bolivia

AIEPI y su componente de nutrición

Dr. Dilberth Cordero Valdivia (Consultor en Salud de la Niñez)

Dra. Martha Mejía Soto (OPS/OMS Bolivia)



Desde inicios de 2006, el Gobierno Nacional de Bolivia ha planteado que la erradicación de la desnutrición de la niñez es una de sus políticas de mayor relevancia en el ámbito social. El Ministerio de Salud y Deportes ha asumido el reto, y han elaborado el Plan Desnutrición Cero del Sector Salud, donde la Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y su componente de nutrición, constituye la principal estrategia para el logro de la “Desnutrición Cero”.¹

La estrategia AIEPI tiene una larga historia en Bolivia; ya son alrededor de diez años desde que se inició el proceso de adaptación y adecuación, desarrollándose los componentes de mejora de las habilidades del personal de salud (AIEPI Clínico) -que incluye AIEPI Neonatal- y el de mejora de las prácticas familiares y comunitarias (AIEPI Comunitario), con enfoque hacia actores sociales y sus redes. AIEPI, ha contribuido a la reducción de la mortalidad de la niñez, lo cual es evidente en los resultados de la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 2003).

La implementación de AIEPI es nacional, al formar parte del Sistema de Aseguramiento Público (Seguro de Maternidad y Niñez (1996-1998), Seguro Básico de Salud (1998-2002) y el Seguro Universal de Salud (2003-2007²). Sin embargo, AIEPI no ha estado ajena a los problemas inherentes a un sistema de salud débil, como redes de referencia y contrarreferencia poco desarrolladas, un sistema de seguimiento y monitoreo con baja cobertura y constante rotación del personal de salud capacitado, entre otros. En este escenario, y con AIEPI presente en el país, la decisión del Ministerio de Salud el año 2006 fue fortalecer la estrategia, y construir en base a lo que se había avanzado.

En abril de 2006 se conformó un pequeño equipo técnico, cuya tarea fue adecuar AIEPI Clínico como herramienta operativa, que actuara desde los establecimientos de salud para contribuir a la erradicación de la desnutrición. El principal objetivo del equipo técnico fue fortalecer las competencias del personal de salud del primer nivel para:

- Promocionar las prácticas nutricionales apropiadas y de eficacia comprobada, con énfasis en momentos críticos
- Identificar niños/as desnutridos
- Manejo de niños desnutridos (incluye referencia)
- Identificar y tratar las enfermedades prevalentes
- Promocionar el desarrollo y la salud oral

El trabajo de adecuación fue realizado en cerca de cuatro meses, durante los cuales se realizaron varias presentaciones y discusiones con técnicos nacionales e internacionales, incluyendo una validación. El resultado es el nuevo Cuadro de Procedimientos AIEPI-Nut Clínico, las guías de capacitación, tanto para el participante como para el facilitador, y otros productos que permitirán asegurar la aplicación del AIEPI-Nut Clínico (formularios de registro, instrumento de control de calidad de los cursos, instrumento para el seguimiento y monitoreo después de la capacitación, etc.).

LAS ADAPTACIONES DE AIEPI-NUT CLÍNICO

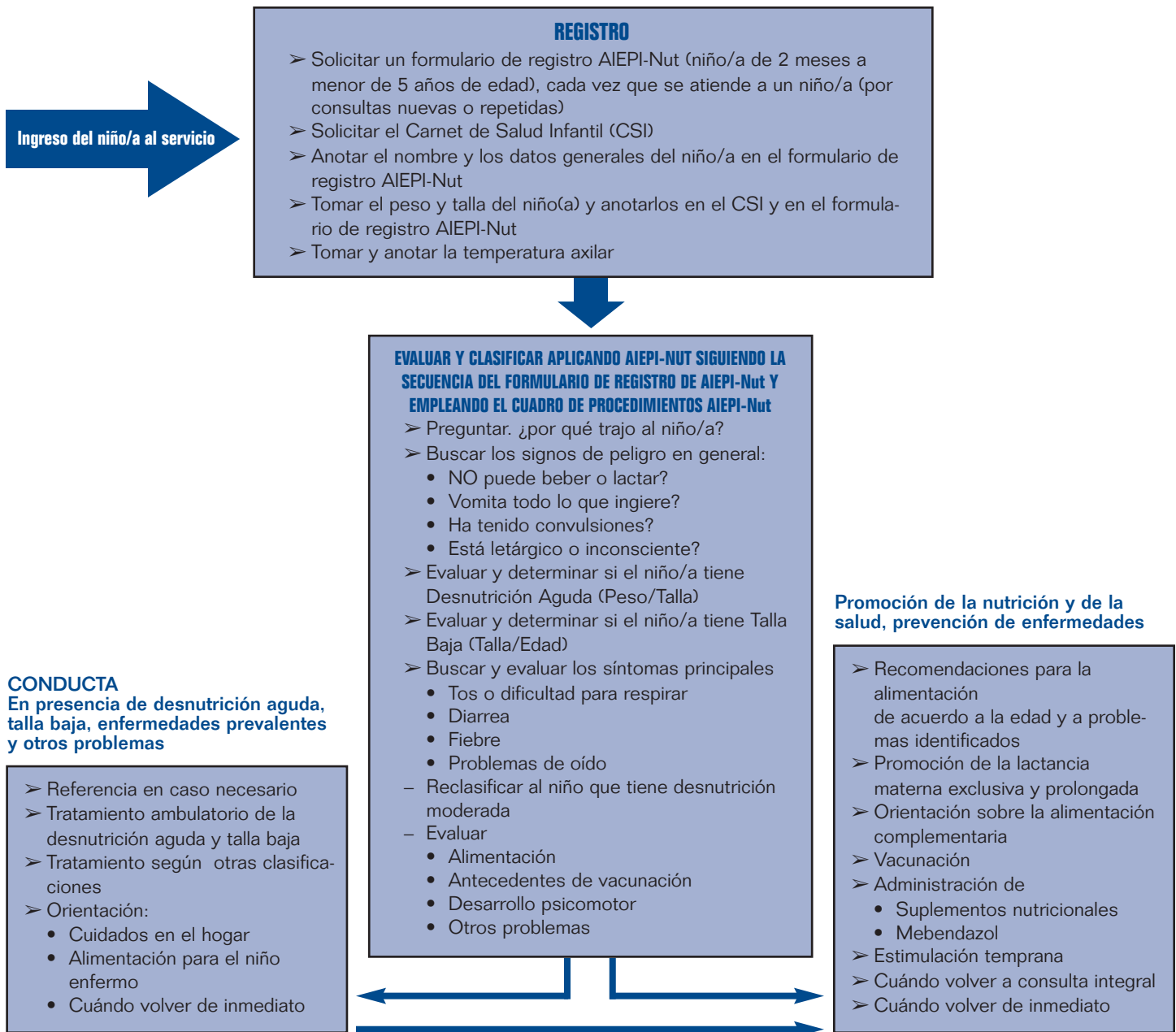
De manera general, estas son las principales adaptaciones:

- Fortalecimiento de la comunicación interpersonal. Se ha incluido un mensaje sobre comunicación interpersonal apropiada al inicio del Cuadro de Procedimientos, y en las guías de capacitación existe una sesión dedicada a la práctica de habilidades de comunicación interpersonal y orientación.
- Incorporación de los indicadores **Peso/Talla y Talla/Edad** para la identificación y clasificación apropiados de la desnutrición. Esta es una de las adaptaciones más relevantes y permitirá la identificación precisa del tipo de desnutrición que padece el niño o niña, con las consecuentes medidas terapéuticas y/o de promoción nutricional. La evaluación y clasificación de la desnutrición, para los mayores de 2 meses de edad, será realizada con estos indicadores. El indicador Peso/Edad será utilizado sólo para la evaluación de los menores de 2 meses.
- Incorporación de los nuevos estándares de crecimiento de OMS (2006). El Cuadro de Procedimientos incluye las

1 El “enfoque multisectorial Desnutrición Cero”, es desarrollado por el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN), liderado por el Sr. Presidente de la República y compuesto por representantes de nueve ministerios. Al interior del CONAN, el Ministerio de Salud tiene el rol de Secretaría Técnica.

2 Actualmente se está finalizando el diseño del nuevo seguro: el Seguro Universal de Salud (SUSALUD), que beneficiará a personas hasta de 21 años de edad. Este nuevo seguro también incluirá el componente clínico de la estrategia AIEPI (AIEPI-Nut)

Flujograma para la atención del niño y niña de 2 meses a menor de 5 años de edad en los establecimientos de salud



nuevas curvas propuestas.

- Promoción de prácticas nutricionales adecuadas, con énfasis en momentos críticos. Este es un tema central y se enfatiza en la promoción de la lactancia materna (exclusiva y prolongada) y en el inicio de la alimentación complementaria.
- Tratamiento y seguimiento en el primer nivel de atención de la desnutrición aguda moderada sin complicaciones y desnutrición aguda leve. Los niños y niñas con desnutrición aguda moderada, que no tienen otras clasificaciones de enfermedad (por ejemplo neumonía, diarrea, etc.), serán

tratados en establecimientos de salud con los Alimentos Terapéuticos Listo Para el Uso (*Plumpy Nut* o BP-100).

- Tratamiento de la talla baja en niños y niñas de 6 a 23 meses de edad. El tratamiento consiste en la administración de zinc durante 12 semanas.
- Para fines de clasificación de la anemia, se ha eliminado el signo palidez palmar leve y sólo se empleará el de palidez palmar intensa.
- Se ha actualizado el manejo estandarizado de la diarrea con la incorporación del SRO de baja osmolaridad; zinc y ciprofloxacina para disentería.

- También se ha actualizado el manejo y clasificación de las IRA, cuando el niño o niña presenta sibilancias.
- Se ha incorporado, dentro de la sistematización, la evaluación de la salud oral del niño/a y la madre.

LA SISTEMATIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL NIÑO O NIÑA DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Los principios de la sistematización de AIEPI han sido mantenidos, pero la secuencia para la atención ha sido modificada, priorizando la evaluación nutricional, de acuerdo al flujo-grama de la página 6.

La secuencia de capacitación de AIEPI-Nut Clínico se inició a finales del año 2006, con la capacitación de facilitadores de todos los departamentos. En mayo de 2007 se ha ini-

ciado la capacitación del personal operativo, priorizando al que trabaja en los municipios donde la problemática nutricional es más crítica.

A la fecha se ha iniciado la adaptación de AIEPI-Nut para la familia y la comunidad, lo que tendrá un fuerte enfoque hacia la promoción de las prácticas nutricionales clave (lactancia materna, alimentación complementaria, etc.), por parte de los actores sociales, incluyendo a los agentes comunitarios de salud (ACS).

El desafío es grande y aún es necesario trabajar en el fortalecimiento de varios aspectos que todavía son débiles (por ejemplo la dotación de tallímetros, medicamentos, etc.). Sin embargo, el proceso se ha iniciado. La oportunidad para mejorar la salud de los niños y niñas, mediante intervenciones nutricionales, tiene que ser aprovechada; de eso depende el futuro de Bolivia. ■



La estrategia AIEPI cumplió 10 años en Perú

La Sociedad Peruana de Pediatría (SPP), con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), encabezó la conmemoración de los diez años de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades de la Infancia (AIEPI) en Perú.

La ceremonia —llevada a cabo el 28 de noviembre 2006— se realizó en el auditorium de la SPP y en ella participaron alrededor de setenta profesionales del ámbito de la salud pública y privada que trabajan en pro de la salud infantil.

Las palabras de bienvenida estuvieron a cargo del Dr. Roberto Ruiz Merino, Presidente de la Sociedad Peruana de Pediatría (SPP). Posteriormente, el Dr. Yehuda Benguigui, Jefe de la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente de OPS, dictó la conferencia magistral “La estrategia AIEPI en las Américas: Perspectiva futura pasados los diez años”, que fue comentada por la Dra. Beatriz Ugaz Estrada en representación del Ministro de Salud de Perú; el Dr. Manuel Peña, Representante de OPS/OMS en Perú; y por el Dr. Mario Tavera, en representación del Dr. Guido Cornale, de UNICEF.

Más adelante, el Dr. Héctor Pereyra Zaldivar presentó el documento de sistematización de los “Diez primeros años de AIEPI en el Perú”, que resume el periodo inicial, de imple-

mentación y expansión de la estrategia en ese país. Finalmente, el Ministerio de Salud hizo entrega de un diploma de reconocimiento a las instituciones que han brindado su apoyo para fortalecer la implementación de AIEPI en el país. ■



De izquierda a derecha: Dr. Roberto Ruiz Merino, presidente de la Sociedad Peruana de Pediatría; Dr. Manuel Peña, Representante de OPS en Perú; Dr. Yehuda Benguigui, Jefe Unidad Salud del Niño y del Adolescente, OPS Wahington; Dra. Beatriz Ugaz, en representación del Ministro de Salud del Perú y del Dr. Mario Tavera, Oficial de Salud de UNICEF.

Jornada internacional sobre infección por VIH entre infantes y sida pediátrico

Alrededor de cien profesionales expertos de las diferentes agencias del sistema de Naciones Unidas y de los países de la Región participaron en la Jornada Internacional sobre infección por VIH entre infantes y sida pediátrico, que se llevó a cabo el 12 de abril 2007 en Buenos Aires, Argentina.

Coordinada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en colaboración con UNICEF, el Secretariado de ONUSIDA, la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica (SLIPE) y la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE), esta jornada con ponencias de alto nivel técnico, sumado al testimonio presentado por una madre-hija viviendo con VIH, tuvo la finalidad de rescatar el tema del sida pediátrico y emprender acciones dirigidas a la prevención y el mejor tratamiento y cuidado posible a los infantes con VIH.

La jornada representó un esfuerzo de la Organización en apoyar a los países a hacer frente a una problemática cuyas dimensiones son reflejo de las brechas existentes en los sistemas de salud de la Región y que pueden ser fácilmente salvadas.

RECUADRO

Entre las propuestas concretas para llenar los vacíos existentes en la respuesta para infantes con sida están finalizar las directrices de adaptación de LAC PTMI/PEDS; el desarrollo del marco de acción del diagnóstico temprano en LAC; promover el PCR a través de la "mancha de sangre seca" (Dry Blood Spot); que los proveedores inicien servicios de consejería y prueba; el lanzamiento de la prueba DBS; desarrollo de protocolos; entrenar al personal de laboratorio y a los trabajadores de salud; determinar los mecanismos de envío de las muestras; y la adaptación de las tarjetas de salud infantil con el fin de incluir información sobre sida.

También se recomienda la necesidad de realizar un análisis de la situación actual de la MTC en la Región, fortalecer las instituciones gubernamentales, académicas, ONG y sociedades de profesionales en liderazgo para apoyar a los programas de transmisión materno-infantil de VIH, apoyar el liderazgo político para el logro del objetivo Sida pediátrico cero, apoyar la formación de recursos humanos, formar y/o fortalecer las redes de personas e instituciones de prevención MTCT, y apoyar la investigación en los aspectos necesarios para cumplir con la agenda mínima.

OBJETIVOS

- Intercambiar información disponible sobre la situación de la infección por VIH entre recién nacidos, infantes y niños, y recolectar ideas para ampliar la información.
- Discutir una propuesta de colaboración regional para facilitar acceso a técnicas de diagnóstico temprano de infección por VIH entre infantes nacidos de madres VIH positivas.
- Proponer la conformación de una red técnica de apoyo, que integre centros de excelencia en manejo de VIH/sida en pediatría, y expertos que puedan brindar tutoría y capacitación a profesionales de la salud de la Región, en el marco del uso del enfoque familiar y comunitario.
- Presentar a los participantes las guías de atención integral del niño con VIH de OMS (IMCI/AIEPI) como un posible modelo para brindar atención integral de la salud al grupo familiar infectado y afectado y recoger ideas para adaptarlas y promoverlas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Sugerencias y recomendaciones para mejorar y actualizar el conocimiento sobre la situación de la infección en la población infantil.
- Aportes para afinar la propuesta regional de facilitación de acceso a diagnóstico temprano de infección por VIH en maternidades y centros hospitalarios en la Región.
- Líneas generales para la conformación de una red técnica de apoyo que facilite la diseminación, ajuste, implementación y monitoreo, tanto de las guías regionales de tratamiento antirretroviral, como de las de atención integral (IMCI/AIEPI) y que fomente la cooperación al interior de los países, intercambiando capacidad técnica y promoviendo desarrollo de recursos humanos.
- Lista de intervenciones identificadas como esenciales para asegurar que las necesidades de la atención integral de la salud de núcleos familiares infectados y afectados son atendidas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Se hizo una revisión de la información disponible, pero se recomienda mejorar el análisis, tanto de la situación, como de las respuestas existentes. Por lo tanto, se recomienda iniciar una consulta regional con el fin de revisar el material existente y obtener datos clave que permitan crear perfiles de país con información estratégica que sirva de referencia y esté disponible a todos los interesados.

- Asimismo, se destaca la necesidad de ampliar la cobertura de los servicios de consejería y prueba en atención prenatal, incluyendo manuales diferenciados para niños (as) y adolescentes.
2. Se discutió la propuesta para facilitar el acceso al diagnóstico temprano de infección. Al respecto, surgieron interrogantes relacionadas con sensibilidad y especificidad de detección de DNA proviral mediante prueba de gota de sangre seca. Será necesario proveer información adicional y distribuirla ampliamente. Surgieron interrogantes relacionadas con aspectos logísticos que sólo podrán resolverse durante la implementación de la primera fase del protocolo propuesto.
 3. Se discutió sobre la necesidad de conformar una red técnica de investigación y trabajo de alto nivel interinstitu-

cional. Dentro de este contexto y como tarea primordial resulta prioritario empezar a hacer uso eficiente de las metodologías y herramientas de gestión del conocimiento disponibles en la OPS. Estas incluyen espacios virtuales de trabajo colaborativo y la realización de reuniones virtuales vía Elluminate. Ambas herramientas son complementarias y permiten fortalecer el trabajo conjunto en miras al logro de los objetivos y recomendaciones en mención, particularmente en lo referente al acceso e intercambio de información científica, discusión y ejecución de tareas.

4. Se presentaron las Guías de Atención Integral del Niño con VIH de la OMS (IMCI/AIEPI) como modelo para considerar en los esfuerzos encaminados a brindar atención integral de la salud al grupo familiar infectado y afectado. ■

Experiencias en el proceso de capacitación en la estrategia AIEPI en Antioquia, Colombia

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

Después de Bogotá, la capital del país, Antioquia es el Departamento con mayor población y el que cuenta con el mayor número de municipios en Colombia: 125.

Luego de varios intentos desde 1999, la Gobernación de Antioquia decidió implementar la Estrategia AIEPI en todos los municipios y para ello contó con la participación de dos universidades de Medellín, la capital del departamento: La Universidad de Antioquia y la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB). Para la capacitación de los diferentes componentes de AIEPI se distribuyeron las 9 regiones en que está dividido el departamento entre las dos universidades.

Se presenta a continuación un resumen de los procesos, alcances y resultados hasta la fecha de la implementación de AIEPI en lo que concierne a la UPB.

El proceso se inició en 2005 y continúa hasta el día de hoy. Cada una de las regiones cuenta con un número determinado de municipios, los que tienen características geográficas y administrativas similares, y para cada una se programaron y realizaron las siguientes actividades:

Reunión de inducción. Se invitó a los alcaldes, directores municipales de salud, gerentes de hospitales locales, directivas de empresas promotoras y prestadoras de salud de

cada uno de los municipios de las diferentes regiones, a una reunión inicial cuyo objetivo básico es la motivación, justificación y abogacía sobre la necesidad de establecer la estrategia AIEPI. Para ello se emplearon datos y estadísticas nacionales, departamentales y locales sobre la morbilidad y mortalidad de los niños menores de 5 años y el efecto que sobre la salud de los niños y la racionalización de recursos se tendrá tras la aplicación sistemática de AIEPI. De igual manera se presentaron resultados concretos de la experiencia de la aplicación de AIEPI en 18 centros de atención ambulatoria y cuatro clínicas del Seguro Social en Antioquia en el período 2000-2004. En total se efectuaron cinco talleres en las siguientes regiones: Occidente, Bajo Cauca, Oriente, Nordeste y Valle de Aburrá, y se contó con la participación de representantes de 48 de los 63 municipios convocados.

Taller de organización local. Este taller tiene como objetivo la capacitación a los funcionarios de las diferentes regiones en el Curso de Organización Local de AIEPI para brindar herramientas de planificación que permitan desarrollar de manera secuencial las actividades propuestas para implementar AIEPI en cada municipio. Como resultado de estos talleres, cada uno de los municipios participantes estableció un plan de actividades con su respectivo cronograma y conformó el equipo local de AIEPI, de acuerdo a la programación establecida por la Dirección Seccional de Salud. Se rea-

lizaron, en total, cinco talleres. Participaron funcionarios de 43 de los 63 municipios invitados.

Talleres Componente Clínico de AIEPI. Dirigidos al personal asistencial de los servicios de salud de los 63 municipios de las regiones de Occidente, Bajo Cauca, Oriente, Nordeste y Aburrá Sur, su objetivo es realizar la capacitación en el Componente Clínico de AIEPI. El contenido y la agenda programada fueron tomados y adaptados de los propuestos por OPS, Ministerio de Protección Social y Sociedad Colombiana de Pediatría en el marco del XXIV Congreso Nacional de Pediatría Junio de 2005, donde se llevó a cabo el lanzamiento oficial de la nueva adaptación de la Estrategia AIEPI para Colombia.

Para el desarrollo de cada uno de los talleres se emplea el siguiente material: Manual del Curso Clínico para profesionales de la salud, última versión para Colombia de junio de 2005 y los Cuadros de Procedimientos, atención del niño o niña de 0 a 5 años”, además de los videos y fotografías de la OPS acerca de cómo evaluar, clasificar y tratar a los niños con las patologías estudiadas, conjuntamente con los formularios de registro de casos, escarapela y materiales de escritorio.

Hasta la fecha se han realizado 28 talleres y se han capacitado 579 funcionarios procedentes de los 63 municipios de las 5 regiones asignadas (cuadro 1).

Cuadro 1: Personal capacitado en las regiones de Bajo Cauca, Occidente, Nordeste, Oriente y Aburrá Sur. Septiembre de 2005 a diciembre de 2006

Profesión	Número	Porcentaje
Pediatras	2	0.3%
Médicos	232	40.1%
Enfermeras	99	17.1%
Auxiliares enfermería	225	38.9%
Nutricionistas	19	3.3%
Promotores de vida	2	0.3%
Total	579	100%

En este punto es válido resaltar algunos aspectos:

- Se ha capacitado personal del 100% de los municipios asignados (63).
- El mayor porcentaje de capacitados son médicos (40.1%) seguido de las auxiliares de enfermería (38.9%), lo que indudablemente representa una fortaleza ya que son estos funcionarios quienes ejecutan la mayoría de las actividades asistenciales (hospitalización, consulta externa, urgencias) de los servicios de salud.

- Aunque son muy pocos los municipios que cuentan con servicios de pediatría, es preocupante la poca participación de esta especialidad, específicamente de la región de Aburrá Sur (que incluye a Medellín), donde hay una mayor concentración de pediatras.
- Son necesarios más talleres con el fin de capacitar a todo el personal de salud que de manera habitual atiende niños en sus servicios.

Certificación de los funcionarios participantes

Para certificar a un asistente como capacitado en el componente clínico de AIEPI se requiere que asista a por lo menos el 90% del taller y que apruebe un examen escrito. En cuanto al examen escrito, a todos los asistentes a estos talleres se les hizo una prueba escrita individual sobre el componente clínico de AIEPI antes del taller y otra el último día, con el fin de medir el incremento de los conocimientos. En este punto es válido resaltar que todos los participantes obtuvieron al final una calificación igual o superior a 3.5, lo que garantiza, al menos en parte, que todos saben aplicar la estrategia y utilizar de manera correcta los Cuadros de procedimientos.

Evaluación de los talleres por los participantes

A todos los participantes se les entrega un formulario para que realicen la evaluación del taller y expresen de manera voluntaria y espontánea sus sugerencias, comentarios y críticas. Esta evaluación es individual y de carácter anónimo. Se solicita que califiquen de 1 a 5 ítems como los materiales, las dinámicas, las prácticas, el desempeño de los facilitadores, pero muy especialmente lo que representó el taller para su práctica diaria en la atención de niños. Más del 90% de las calificaciones se encuentran entre 4 y 5.

Los temas más sobresalientes en esta evaluación son los siguientes:

Sobre la dinámica y metodología de los talleres: El consenso general es que el taller hay que hacerlo como está diseñado. Que aunque se dan algunas alternativas, como por ejemplo dejar que la lectura del texto la haga cada quien por su cuenta antes del evento y ahorrar así tiempo, en la práctica esto no es factible ni adecuado pues no hay motivación para ello.

Para la mayoría es claro que el taller es muy intenso y fatigante, pero que esto se atenúa de manera significativa gracias a las diferentes dinámicas empleadas.

Es también consenso que la metodología empleada induce necesariamente a la reflexión sobre cómo se hace la atención de los niños y cómo debería ser de manera ideal.

Sobre la formación dada en el pregrado: uno de los

médicos asistentes afirmó: “Afortunadamente pude asistir a este taller de AIEPI, porque aunque ya lo había hecho como estudiante de medicina con un buen docente, no supe aprovecharlo. Siempre en pregrado nos metían en un tercer nivel, sabiendo que trabajaríamos con seguridad en un segundo o primer nivel. ¿Cómo es que lo que con mayor probabilidad vamos a atender luego de graduarnos de médicos, nos lo dan en una semana cuando es lo que haremos el resto de la vida?”

Sobre el impacto y posible modificación de actitudes, conocimientos y prácticas que el taller generó en los participantes: En este aspecto la apreciación de los alumnos fue unánime en el sentido de que AIEPI da un enfoque verdaderamente integral en la atención de los niños en cuanto a que su aplicación obliga a atender no solo el motivo de consulta sino el brindar una atención global, pero muy especialmente, rodear todo contacto de la familia con el equipo de salud de un alto componente educativo. La conclusión es unánime **sobre la necesidad de desaprender viejas prácticas y reaprender nuevos conocimientos, actitudes y prácticas.** “Yo creía que sabía todo y que estaba haciendo las cosas bien en lo referente al manejo de las enfermedades más comunes de los niños. Con el taller me di cuenta que he venido cometiendo muchos errores y que debo cambiar de manera radical”, afirmó otro de los médicos participantes.

Sobre la necesidad de capacitar a todo el personal de salud en todos los municipios, a otro personal y de mayor compromiso por parte de las autoridades locales de salud: Para los asistentes es clara la necesidad de que la estrategia sea aplicada por todos los trabajadores de salud y en todos los servicios con el fin de que a las familias se les oriente y eduque bajo las mismas pautas para evitar así dar mensajes diferentes y a veces diametralmente opuestos (hablar todos “el mismo idioma”). De igual manera hay consenso sobre la necesidad de un mayor compromiso por parte de las autoridades locales de salud, especialmente en lo que hace referencia a las facilidades para la asistencia y mayor participación de los médicos ya que son ellos quienes determinan las conductas y tratamientos establecidos, es decir, ellos son en última instancia, los verdaderos “ordenadores del gasto” en los servicios de salud.

Compromisos que asume el participante.

En cuanto a este punto, todos los participantes que de manera voluntaria respondieron este formulario se comprometieron a poner en práctica lo aprendido, retroalimentar a sus compañeros de trabajo, mejorar el trato a su comunidad, sensibilizar a las autoridades del hospital sobre las ventajas de **aplicar AIEPI por todo el personal, a todos los niños y en todas las consultas.**

TALLERES DEL COMPONENTE COMUNITARIO

Dentro de la implementación de la estrategia AIEPI, el desarrollo del componente comunitario es esencial si se quiere, de manera efectiva, disminuir la morbimortalidad infantil y muy especialmente, transformar a las familias de actores pasivos en el proceso salud-enfermedad en agentes activos en el autocuidado de sus niños y demandantes de sus derechos.

Dentro de la capacitación que se quiere extender a todos los municipios de Antioquia, en el pasado año se efectuaron 10 talleres orientados a la formación de facilitadores de futuros agentes comunitarios de salud, quienes tienen como misión multiplicar este componente en su municipio, dentro de la programación local del desarrollo de AIEPI.

Se emplea en su totalidad el programa y material propuesto por el Ministerio de la Protección Social de Colombia y la OPS.

El equipo humano responsable de esta capacitación en el departamento está conformado por un médico pediatra, quien a su vez actúa como coordinador técnico del proyecto, una enfermera y una trabajadora social quien tiene funciones de facilitadora y de profesional de apoyo. Estos tres profesionales tienen una amplia trayectoria en lo que a talleres participativos se refiere, no solo en AIEPI sino en otros temas relacionados con educación en salud.

Total participantes por zona y por profesión

El mayor número de profesionales asistentes fueron los auxiliares de enfermería, seguido de las enfermeras y de los promotores de vida, lo que es muy positivo pues este taller está dirigido principalmente para los profesionales que tienen contacto directo con la comunidad y desarrollan actividades de campo. Uno de los talleres se hizo dirigido a médicos y enfermeras que están dedicados a la docencia, lo que explica su presencia en los mismos.

En el cuadro 2 aparece la distribución de participantes por profesión y por cada una de las regiones del departamento, incluyendo la capital.

Todos estos funcionarios proceden de 91 de los 125 municipios de Antioquia. Se espera lograr la expansión a todo el departamento en este año.

Certificación de los participantes. Se aplican los mismos requisitos anotados en los talleres clínicos. Respecto a la calificación obtenida en el pretest, el promedio fue de 2.65 y en el postest de 4.24, lo que representa un incremento del 60%.

Cuadro 2 Personal capacitado en el Componente Comunitario de AIEPI

ZONA	Médicos	Pediatras	Enfermeras	Auxiliares enfermería	Promotores de vida	Agentes comunitarios de salud	Trabajadores sociales	Psicólogos	Atención al usuario	Vacunación	Nutricionistas	TOTAL
Bajo Cauca			4	22	1	2						29
Occidente			6	14	2				1	1		24
Oriente			8	8	8		1	1			2	28
Nordeste			2	8	3				1	1		15
Suroeste	1		7	5	5			1		2		21
Urabá			7	9	10							26
Magdalena Medio			3	11	8							22
Norte	1		8	6	1	2					1	19
Medellín	4	5	20	1			3	3			2	38
Aburrá	1		5	6	3			1				16
TOTAL	7	5	70	90	41	4	4	6	2	4	5	238

Evaluación del taller por los participantes. También se hace mediante un formulario, pero menos complejo que el empleado en el clínico. Un condensado de esta evaluación respondida por 234 de los 238 participantes se presenta en el siguiente cuadro :

Cuadro 3. Calificación de los talleres comunitarios por los participantes			
Materiales y técnicas	Poco útil	Útil	Muy útil
Guía de la evaluación para la atención del niño de 2 m a 4 años		4	231
Guía para el facilitador (Texto)		7	228
Guía para la consejería en la atención (rotafolio)	1	4	230
Videos		37	198
Álbum de fotografías	1	27	207
Guías para los ejercicios en grupo		24	211
Técnica "Lluvia de ideas"		14	221
Técnica "Lluvia de ideas con tarjetas"		12	223
Técnica "Preguntas y respuestas"		21	214
Técnica "Estudio de casos"		12	223
Técnica "Discusiones en grupo"		26	209
Técnica "Charlas educativas"	3	27	205
Técnica "Sociodrama"		20	215
Técnica "Demostraciones"		11	224
Técnica "Práctica comunitaria"		11	224
16 prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludables		17	218



Una participante del Taller AIEPI Comunitario haciendo la visita a un hogar en Bolívar, Antioquia.

También en estos talleres se da un espacio para que cada quien, si lo desea, anote cualquier otro comentario, opinión, crítica o sugerencia que considere pertinente y que no está incluido dentro de los ítems del formulario. Se trata entonces de respuestas abiertas, espontáneas y anónimas, lo que impide una tabulación sistemática de las mismas, así como establecer promedios, porcentajes, etc. Sin embargo y precisamente por no pertenecer a respuestas de preguntas cerradas y tratarse de expresiones espontáneas, se considera este punto de alto interés dentro de la evaluación del taller. Con el ánimo de dar una presentación ordenada, las apreciaciones más significativas dadas por los participantes se presentan a continuación en las siguientes categorías:

Sobre el logro de los objetivos, la metodología empleada y las dinámicas desarrolladas en cada sesión: Hay un concepto unánime sobre la calidad del taller en sus aspectos de desarrollo, estrategias y dinámicas educativas empleadas, motivación y logro de objetivos. Uno de los participantes escribió: “La metodología del taller permite y facilita procesos de reflexión que conducen a la modificación de comportamientos y conductas. Desde lo profesional y personal fue muy motivante, la metodología es adecuada y bien diseñada”.

“Es la primera vez que en una capacitación no solo se dan pautas para el trabajo con comunidad, sino que se desarrollan mostrando su efectividad. Los facilitadores aparte de tener unos excelentes conocimientos son personas que se basan en experiencias personales y de la comunidad dando a esto el valor que tiene; la parte humana y ética de los facilitadores, excelente”, comentó otro.

Sobre la necesidad de contar con el apoyo de las autoridades locales de salud y de “universalizar” la estrategia a todos los actores sociales de cada municipio: En este aspecto existe también consenso por parte de los participantes, resaltando el que todos los médicos estén capacitados para lograr así unificación de criterios, de mensajes a las familias y de mensajes educativos.

Sobre la sensibilización, motivación y posible impacto y cambio de actitudes y prácticas que el taller produjo en los asistentes: Con algunos de los testimonios dados por los participantes es evidente que los talleres lograron algo más que impartir conocimientos teóricos:

- “Es muy importante porque nos permite a los ACS impedir que nuestras clínicas y hospitales se llenen de casos simples que se pueden tratar en nuestras propias casas y con un gran apoyo del ACS”.
- Esta capacitación fue espectacular y aprendí que debemos ser humildes y no hacer alarde de lo que ya se sabe porque siempre es muy bueno recordar lo que se sabe sin tener prepotencia, bajarnos al nivel de la comunidad en la que la apliquemos para que ellos confíen en nosotros”.
- Son temas que aunque todos creemos saber, personalmente tengo muchas debilidades; es sumamente importante su labor y deben saber que dejan huella en las personas y que bien que nos hagan caer en la cuenta de que nuestro principal compromiso como personal de la salud es con la comunidad”.

- Me gustó mucho la insistencia sobre el respeto por la gente y los líderes y grupos de las comunidades ya que es ahí donde radica el éxito o no de la estrategia”.
- Estuvo buenísima la capacitación, como esta son las que nos deberían dar, se les nota el amor por los niños, ojalá que este aprendizaje no se quede en nosotros, sino transmitirlo a otras personas para aplicarlo a la comunidad y lograr un estilo de vida saludable”.

TALLERES DE SEGUIMIENTO

Se realiza un taller de dos días en cada región para capacitar a los responsables de AIEPI de cada municipio en las habilidades para hacer un apoyo y seguimiento adecuados de la estrategia en sus tres componentes básicos. Se emplea el Manual del Participante de la OPS con el fin de establecer la planeación, actividades esenciales y complementarias que deben incluirse en una visita de seguimiento, así como las lecciones aprendidas desde la implementación de AIEPI en cada municipio.

Durante el pasado año se realizaron tres de estos talleres y para este se tienen programados otros, tanto a nivel regional como municipal.

CONCLUSIONES

- La implementación de AIEPI en Antioquia fue posible gracias a la decisión política de la Gobernación. Sin embargo no existe esa misma determinación en algunos de los municipios lo que hace indispensable el establecer una norma que le dé a su aplicación el carácter de obligatoriedad para garantizar su continuidad y evitar así la pérdida de recursos.
- Se deben fortalecer los comités locales y para ello se tiene programada la realización de Talleres para Actores Sociales, con lo que se busca mejorar la expansión de AIEPI y fortalecer el componente comunitario.
- Para la vinculación de nuevo personal de salud en los servicios, se debería exigir como requisito, la capacitación previa en AIEPI. ■

Mortalidad por desnutrición en niños menores de cinco años: Incidencia, tamización y factores de riesgo

Investigación realizada por Luis Carlos Ochoa, Pediatra, Coordinador de la Estrategia AIEPI de la Escuela de Ciencias de la salud de la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB) de Medellín, Colombia; Martha Betancur, Médica Salubrista, Directora de la Clínica Universitaria Bolivariana; Germán González, Médico Salubrista Epidemiólogo, Decano Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia; Piedad Roldán, Nutricionista Magíster en Salud Pública; Nydia Caicedo, Nutricionista; Marcela Montoya, Ingeniera de Sistemas.

Este trabajo obtuvo el 3° Premio en la Biental Internacional de Pediatría Colsubsidio en Diciembre de 2006, en Bogotá, en la cual participaron 87 trabajos de distintos países de América Latina y el Caribe.

Antioquia es el Departamento más poblado de Colombia y el que cuenta con el mayor número de municipios. La Gobernación del Departamento creó desde el año 2000 el Programa MANÁ: Plan de Mejoramiento Alimentario y Nutricional de Antioquia, con el fin de afrontar el problema de la desnutrición. Mediante convenio con la UPB, se realizó para este programa una investigación en el 2004 que tenía como objetivo estimar la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, diseñar y validar una prueba de tamización para identificarlas y estimar el subregistro, así como identificar los factores de riesgo asociados y promover medidas de intervención para prevenir estas muertes.

Se realizó entonces un estudio en dos fases: una descriptiva – retrospectiva y otra de casos y controles. A continuación se describen estas dos fases y sus resultados.

FASE DESCRIPTIVA – RETROSPECTIVA

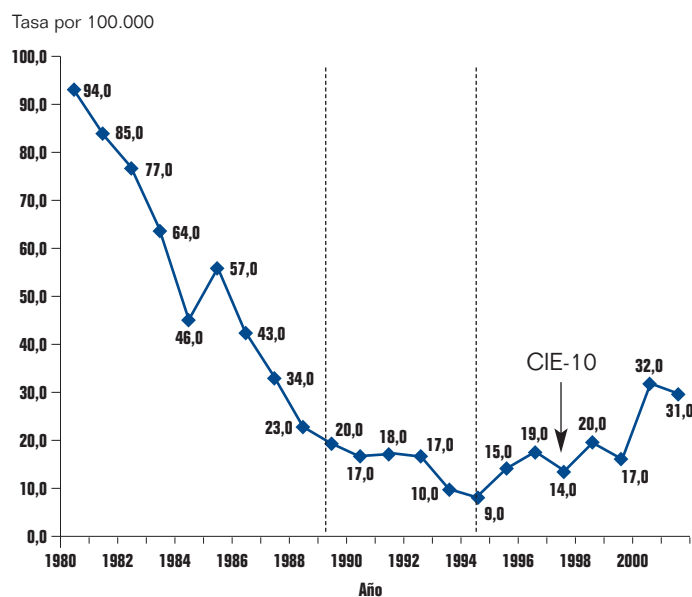
Se parte de la base de datos sobre mortalidad en Colombia en el período comprendido entre 1980 y el 2001 teniendo como base la Clasificación Internacional de Enfermedades en sus dos últimas versiones: CIE 9 y CIE 10. Luego se seleccionaron aquellos certificados de defunción de menores de 5 años cuyos diagnósticos estuvieran relaciona-

dos con la desnutrición de acuerdo a la clasificación CIE y se realizó una distribución de frecuencias de las variables consideradas para la investigación: año, edad, sexo y región del Departamento. Para el cálculo de las tasas se tuvo en cuenta la población total de Antioquia registrada en los diferentes años considerados en el análisis, y mediante la aplicación de pirámide de población se estimó la distribución por edad. Las tasas se presentan por 100.000 habitantes.

Se hizo además el cálculo de años de vida potencialmente perdidos teniendo como punto de comparación el año 2000 en el cual la esperanza de vida para Antioquia era de 69.5 años.

Los resultados globales aparecen en el gráfico 1 en el que se aprecia como desde el inicio del estudio hay una franca tendencia a la disminución con un moderado pico en 1985, sin embargo, este descenso se hace menos pronunciado a partir de 1988 hasta 1994 año en el que se inicia una tendencia al incremento.

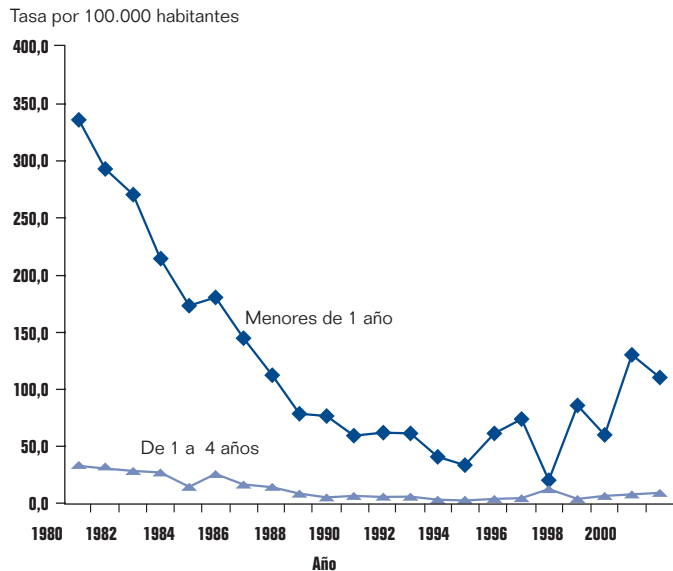
Gráfico 1: Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Antioquia 1980-2001



En cuanto a la distribución por grupos de edad, durante los años del estudio, las tasas de mortalidad en menores de 1 año son más altas que las del grupo de 1 a 5 años y siguen la

tendencia de las tasas generales presentadas en el Departamento (gráfico 2).

Gráfico 2: Mortalidad por desnutrición infantil y en menores de 5 años. Antioquia, Colombia, 1980-2001



Respecto a la distribución por sexo y año de ocurrencia, en general en todo el periodo estudiado, la mortalidad masculina (52,6%) fue moderadamente mayor que la femenina (48,4%).

Años de vida potencialmente perdidos: Los años potenciales de vida perdidos son una expresión de la pérdida social. Para el total de casos estudiados en el período (4219), se estimó un total de 274.157,3 años potenciales de vida perdidos.

CASOS Y CONTROLES

Con el objeto de identificar los factores asociados con la mortalidad por desnutrición se realizó un estudio de casos y controles, el que conjuntamente con el estudio descriptivo ya anotado, permitirá el montaje de un sistema de vigilancia epidemiológica activa y la identificación de factores de riesgo de mortalidad, así como el proponer medidas de intervención apropiadas al problema.

Para la selección de los municipios se partió del universo (125 municipios de Antioquia), se estratificaron los mismos por población y mediante una muestra probabilística se determinó su tamaño en 54 y se amplió en un 10% para prevenir posible no respuesta quedando pues una muestra final de 59 municipios.

Se definió como caso a todo niño mayor de un mes y menor de 5 años fallecido y en quien se pudo detectar que la

desnutrición primaria fue la causa desencadenante de su muerte. Para la detección de los casos se analizaron las siguientes fuentes:

- **Certificado de defunción:** la desnutrición y enfermedades asociadas aparecen como alguna de las causas de muerte o se reporta como un estado patológico importante.
- **Medidas antropométricas:** cuando los valores corresponden a la clasificación de desnutrición global (peso/edad), crónica (estatura/edad) y aguda (peso/estatura) según el puntaje Z en sus grados leve ubicado entre -1 y -2 desviaciones estándar (DE), moderado de -2 a -3 DE y severo en menor de -3 DE.
- **Historia clínica:** Cuando se encuentren especificados los signos clínicos de desnutrición en la descripción del examen físico, independientemente de que el médico tratante registre o no de manera específica el diagnóstico de desnutrición.
- **Autopsia verbal:** Entrevista a padres y/o familiares: Este es un valioso instrumento que permite detectar factores de riesgo, los signos de desnutrición y de peligro a través del relato de los últimos acontecimientos de la muerte que corroboran la desnutrición.

Cuando se tiene información suficiente y cierta de alguna de las anteriores fuentes, el caso se confirma aunque no se disponga de todos los criterios establecidos. En otras palabras, se define como caso a aquel que cumpla por lo menos con uno de los cuatro criterios. Sin embargo es importante aclarar que para todos los posibles casos se investigaron todas las fuentes disponibles, y cuando sólo se dispuso de una de ellas, se incluyó como caso únicamente si se tiene la suficiente confiabilidad de la fuente de información.

Para los controles se establecieron dos criterios: La edad, la cual debe ser la del caso respectivo más/menos 18 meses. Y el lugar de residencia: que viva en el mismo barrio o vereda del caso.

Tanto para los casos como para los controles se definieron variables de estudio, criterios de selección, de exclusión, etc.

Los resultados: se detectaron 83 casos en 23 de los 59 municipios incluidos en el estudio. Al hacer la expansión a todo el departamento, se calcula que el total de casos durante el año 2004 fue de 156 lo que significa una tasa de mortalidad de 25.4 por 100.000 niños menores de cinco años. Esto confirma el aumento de la mortalidad por desnutrición detectado en el estudio retrospectivo. Se estudiaron 166 controles. La confirmación de los casos según las fuentes fue así:

Por certificado de defunción: se pudo contar con este documento en 76 casos de los cuales sólo en 52 aparecía la

desnutrición como causa básica o desencadenante de la muerte, lo que implica un **subregistro de 37.3%** de muertes por desnutrición por este método. Es decir, son 31 casos de niños muertos por desnutrición que no quedarán registrados en las cifras oficiales del país como fallecidos por esta causa.

Por historia clínica: Del total de casos, 47 (56.6%) tenían diagnóstico de desnutrición en la historia clínica, en 29 casos (34.9%) no estaba registrada, a pesar de que los niños estaban desnutridos, y 7 de los menores fallecidos no disponían de historia clínica, o no se pudo revisar. Es decir, por historia clínica el **subregistro es de 34.9%**.

Por autopsia verbal: Del total de casos a 62 se les realizó autopsia verbal y su desnutrición fue identificada en 51 (82.2%). **El subregistro por este medio fue entonces de 17.8%**.

Casos con medidas antropométricas: De todos los casos hubo 68 en los que se contaba con medidas antropométricas (peso, talla o peso y talla) al momento de morir o tomadas en los días precedentes. De estos muy pocos contaban con un gráfico de seguimiento de su desarrollo pondoestatural desde el nacimiento.

Para clasificar la clase y grado de desnutrición según las medidas disponibles se emplearon los valores de referencia estandarizados por el National Center of Health Statistics y la Organización Mundial de la Salud (NCHS/OMS). Aplicando pues las desviaciones estándar (DE). La clasificación y severidad de los casos se registran en la tabla 1.

Es necesario tener presente que en un mismo paciente pueden concurrir más de una clase de desnutrición y con diferentes grados de severidad. Esto explica porqué la sumatoria de todas las clases de desnutrición en la tabla anterior da 109.

Dentro del grupo que contaba con datos antropométricos se encontraron 31 casos en los que sólo se disponía de peso y edad, es decir, sólo se podrían clasificar como con algún grado de desnutrición global (déficit de peso para la edad). Pero desde el punto de vista de mortalidad la forma de desnutrición que más se asocia con ella es la aguda, pues el indicador peso/estatura refleja problemas de salud y deficiente ingesta energética actual o en marcha.

EDAD DE LOS CASOS

El promedio de edad en meses fue de 10.6 meses en los casos; el 50% de los mismos tenían 7.0 meses o menos y el promedio de edad en los controles fue de 11.5 meses con una mediana de 8.0 meses. La diferencia entre las medianas de

Tabla 1: Clasificación y severidad de los casos por score Z

Clasificación nutricional por score Z		n	%
Desnutrición Global (Peso/Edad)	Leve	19	22,9
	Moderada	15	18,1
	Severa	28	33,7
	Total desnutrición global	62	74,7
	Normal	9	10,8
	Sin dato	12	14,5
Desnutrición Crónica (Estatura/Edad)	Leve	7	8,4
	Moderada	6	7,2
	Severa	11	13,3
	Total desnutrición crónica	24	28,9
	Normal	25	30,1
	Sin dato	34	41,0
Desnutrición Aguda (Peso/Estatura)	Leve	11	13,3
	Moderada	7	8,4
	Severa	5	6,0
	Total desnutrición aguda	23	32,5
	Normal	26	31,3
	Sin dato	34	41,0

los casos y los controles, dado que la edad no sigue una distribución normal, no es significativa (U Mann-Whitney, $p = 0.333$).

Lugar de residencia: En la cabecera municipal vivía el 51.9%, y el resto en el área rural.

Al preguntarse por hospitalización en los seis meses previos al fallecimiento se encontró que el 81% tenían historia positiva. El 38.6% estuvieron hospitalizados en este período por diarrea, 14.5% por neumonía, por otras IRA diferente a la neumonía, el 30.5% y por desnutrición el 32.5%.

Con lactancia materna exclusivamente se presentan 36 casos con una duración de 2.91 meses (Ds 2.08). Del total de casos solo el 25% tuvieron alimentación materna por encima de los tres meses.

Análisis bivariado: Al analizar las diferentes variables tenidas en cuenta en el estudio, se encontraron los siguientes factores de riesgo de morir por desnutrición con significancia estadística:

- Madre o cuidador analfabeta ($p = 0.000$)
- Ocupar el 2° o 3° lugar entre los hijos ($p = 0.002$)

- Gestación de menos de 37 semanas (p= 0.003)
- Parto por fuera de una institución de salud (p= 0.038)
- Vivienda sin adecuadas condiciones sanitarias(p= 0.004)
- Cocinar con leña(p= 0.006)
- No lactancia materna exclusiva en los primeros meses (p= 0.009)
- Uso de biberón(p= 0.007) dificultad para amamantar (p= 0.001)
- No pertenecer al régimen contributivo de la Seguridad Social en Colombia(p= 0.006)
- Consultar al médico(p= 0.000)
- Haber tenido neumonía o desnutrición en los 6 meses antes(p= 0.000)
- No tener vacunación (especialmente BCG). (p= 0.000)

MODELO FINAL DE REGRESIÓN LOGÍSTICA

Para hacer este modelo se partió de las variables encontradas en el análisis bivariado. El modelo resultante permite entonces hacer una tabla que muestra las probabilidades de morir teniendo en cuenta las diferentes combinaciones positivas y negativas de las variables encontradas como significativas y que pueden ser aplicadas para tamizar y prevenir la muerte (tabla 2).

Con las anteriores variables se pueden identificar el 77.4% de los casos (sensibilidad) y su especificidad es del 96.1. En otras palabras aquel niño que consulte al médico, con un cuidador analfabeta (RD 14.5), cuya duración del embarazo haya sido menor de 37 semanas (RD 8.2), que haya presentado dificultad para amamantar (RD 6.5), haya tenido un diagnóstico de desnutrición seis meses antes (RD 178.8), y no haya tenido vacunación con BCG (RD 25.0) tiene una alta probabilidad de morir por desnutrición.

ANÁLISIS CUALITATIVO

Además del análisis de las muertes por desnutrición, en el presente trabajo se encontraron otros datos relacionados con la calidad y oportunidad de la atención; se considera necesario resaltar los problemas y fallas que se encontraron en la atención inicial, evaluación, clasificación y definición del tratamiento de los niños desnutridos en los servicios de salud. Las fallas más frecuentes fueron:

- **Desconocimiento de los signos de peligro.** En la revisión de las historias clínicas se encontraron 18 pacientes que presentaban al menos uno de los signos de peligro que define la Estrategia AIEPI como indicativos de la necesidad de hospitalización o referencia urgentes. A pesar de ello, estos pacientes fueron tratados de manera ambulatoria. Los mismos regresaron después, pero en peores condiciones y fallecieron.
- **No toma sistemática de peso y talla.** A pesar de múltiples consultas a un mismo centro de salud, no se encuentran estos datos o sólo se toma de manera esporádica el peso y casi nunca la talla. Por supuesto que esto conduce a un necesario subregistro de la desnutrición, especialmente en sus estadíos iniciales (leve y moderada). Mención especial merece la medición de la talla: Por uso y costumbre, su medición en las consultas de urgencias es prácticamente inexistente y sin este dato no es posible clasificar desde el punto de vista cuantitativo, la desnutrición aguda y crónica que son precisamente las que, en su orden, tienen una mayor relación con las muertes por desnutrición.
- **No revisión sistemática del estado de vacunación.** A pesar de varias consultas al mismo servicio de salud, muchos niños no tenían el esquema completo para su edad.
- **No se establecen citas de control.** De acuerdo a las normas de la estrategia AIEPI, todos los casos de pneumo-

Tabla 2: Variables que pueden ser utilizadas como predictivas de mortalidad por desnutrición en niños que consultan y tienen diagnóstico de desnutrición seis meses antes

Cuidador Analfabeta	Duración embarazo < 37 semanas	Dificultad para amamantar	Consultó al médico	Desnutrición antes de 6 meses	BCG	Y (Probabilidad)
Positivo	Negativo	Negativo	Negativo	Positivo	Negativo	0,967
Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Positivo	Negativo	0,996
Positivo	Positivo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	0,999
Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Negativo	0,963
Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Negativo	0,963
Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	0,998
Positivo	Negativo	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo	0.309
Positivo	Positivo	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo	0.786

Positivo = 1 Negativo = 0

nía, deshidratación, anemia, desnutrición y maltrato infantil requieren de un control posterior definido en días según el trastorno de base. Esta conducta es prácticamente inexistente en los casos estudiados.

- **No explicación sobre signos de peligro que indiquen la necesidad de buscar ayuda**, especialmente con las infecciones respiratorias agudas y las diarreas. De acuerdo a lo encontrado en el análisis de las autopsias verbales, la mayoría de los cuidadores habituales de los niños desconocían estos signos, a pesar de haber tenido varias consultas previas por estas enfermedades.
- **No se hace una búsqueda sistemática de diagnósticos asociados.** Según la OMS, dos de cada tres niños que acuden a los servicios de atención primaria presentan más de un problema de salud. En este trabajo se encuentra que la atención se orienta de manera casi exclusiva al problema que motivó la consulta.
- **Solicitud de exámenes injustificados**, especialmente en casos de diarrea, en los cuales el examen coprológico no modifica las más de las veces el tratamiento, pero sí retarda la toma de decisiones y aumenta los costos de manera innecesaria.
- **Formulación de medicamentos que no tienen ningún efecto terapéutico demostrado** y que, al contrario, enmascaran signos y producen efectos secundarios nocivos, como ocurre con antidiarreicos, antieméticos, antipectorales, mucolíticos, expectorantes y antitusivos.
- **Falta de criterios claros de hospitalización.** Se atendían niños con desnutrición severa que consultaban por diarrea o signos de enfermedad respiratoria, pero como no estaban deshidratados o no tenían un cuadro neumónico, se les prescribía un manejo ambulatorio, cuando realmente requerían ser hospitalizados o referidos a otro centro de acuerdo a las normas establecidas por la estrategia AIEPI. De hecho, de los 83 casos de muerte por desnutrición, se encontraron 24 niños con Kwashiorkor y 16 con marasmo. Es decir, había 40 niños en los que su solo estado nutricional (desnutrición aguda grave) ameritaban ser hospitalizados o remitidos, independientemente de la enfermedad que motivó la consulta.
- **Remisiones tardías.** En la revisión de las historias se encontraron 10 casos que fueron remitidos a un 2° o 3° nivel de atención de manera tardía, pues desde un comienzo presentaba signos de enfermedad grave que indicaban la necesidad de una atención de mayor complejidad en otro centro.
- **Subregistro de los casos de síndrome anémico y desnutrición**, tanto en la historia clínica como en los certificados de defunción.

CONCLUSIONES

De manera muy resumida, las conclusiones principales de esta investigación son:

- Hasta el año del estudio (2004), es claro un evidente incremento en la incidencia de muertes por desnutrición, especialmente en los menores de un año.
- La mayoría de estas muertes son prevenibles. Como bien lo evidencia el Estudio de Bellagio (Lancet Vol 362 July 5 2003), existen ya las intervenciones adecuadas para prevenir al menos las 2/3 partes de todas las muertes en menores de cinco años, siempre y cuando aquellas les lleguen precisamente a quienes más las necesitan. Su aplicación universal permitiría, de manera razonable, el logro de la 4ª Meta del Milenio: Disminuir en 2/3 partes la mortalidad en menores de 5 años para el 2015.
- Se sabe ya que el 60% de las muertes en este grupo etéreo tiene como denominador común a la desnutrición. Sin embargo en los servicios de salud casi todo el esfuerzo se orienta a la atención de la enfermedad que motiva la consulta (diarrea, neumonía), pero muy poco a la enfermedad de base, es decir, la desnutrición. Dicho de otra manera: se invierten la mayoría de los recursos en atender las consecuencias y muy poco a la causa.
- Es claro que hay una deficiente formación del recurso humano en salud para prevenir, diagnosticar y tratar adecuadamente la desnutrición y las enfermedades que más frecuentemente le acompañan. Súmese a lo anterior el evidente subregistro de las muertes por esta causa. La recomendación es pues la revisión de los programas académicos, especialmente de medicina y enfermería.
- Existen patrones culturales en la comunidad que es necesario afrontar para modificarlos. Las familias se "han acostumbrado" a convivir con la desnutrición y casi nunca consultan por ello.
- Es necesario establecer un sistema de vigilancia epidemiológica de muertes por desnutrición. De hecho, en el Departamento de Antioquia ya se implementó el mismo a través del Programa MANÁ, lo que ha logrado una evidente disminución de estas muertes en los últimos dos años.
- Finalmente, para el grupo investigador no hay la menor duda de que la mejor manera de abordar este serio problema de manera sistemática y global es mediante la implementación de la Estrategia AIEPI en sus tres componentes básicos (equipos de salud, servicios de salud y comunitario), contando para ello con el apoyo permanente de todos los servicios de salud y de las autoridades locales y regionales. La rentabilidad social y económica de AIEPI es ya un hecho incuestionable. ■

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

Entrevista a Dra. Elizabeth Mason, Directora CAH/OMS



Elizabeth Mason es especialista en salud pública y salud maternoinfantil, y durante 24 años ha vivido y trabajado en la Región de África. Estuvo 13 años en Zimbabwe, donde inicialmente desempeñó actividades a nivel de distrito con la ONG OXFAM y luego con el Ministerio de Salud a nivel provincial y nacional. Posteriormente trabajó 11 años con la OMS, primero en la oficina interpais para el sur de África y luego en la Oficina Regional en Harare, como Asesora Regional en Salud del Niño y del Adolescente.

La Dra. Mason asumió su cargo actual de Directora de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente en septiembre de 2004.

¿Cuál es su opinión sobre el avance del ODM 4 a nivel mundial y, en particular, en la Región de las Américas?

El cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio —reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años— es sin duda una meta ambiciosa, pero totalmente realizable. Sin embargo, para alcanzarla, se necesita una considerable aceleración en las inversiones. Hay actualmente un déficit estimado en 50.000 millones de dólares en el financiamiento para el próximo decenio. Esto representa solo 5,5% del gasto militar mundial de cada año y resulta insignificante en comparación con los 17.000 millones gastados anualmente en alimentos para mascotas en América del Norte y Europa.

En la Región de las Américas, la desigualdad es el mayor problema. Si en cada país los niños del quintil más pobre alcanzaran los niveles del quintil más rico en sus países, superaríamos la meta del ODM.

¿Cuáles son los retos mayores para el logro de los ODM?

Uno de los retos más importantes para el cumplimiento de los ODM es conseguir que se reconozca que los ODM son la responsabilidad de todos, desde el líder político más encumbrado a la familia más pobre. Mediante la responsabilidad colectiva, la meta es alcanzable. Todos debemos hacer que cada madre y cada niño cuenten.

¿Cuál considera usted que es la función de la OMS, las oficinas regionales y los países con respecto a la salud de los niños y los adolescentes?

El Departamento de Salud del Niño y del Adolescente (CAH) de la OMS proporciona orientación y normas basadas en datos científicos y encaminadas a apoyar a los países para que tomen decisiones apropiadas al hacer planes para intervenciones complementarias eficientes y eficaces, que protejan la salud de los niños, los adolescentes y sus familias. El Departamento trabaja en toda la Organización a nivel de los países, regional y de la sede, así como con socios externos, para acelerar los esfuerzos por mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes. En la sede de la OMS, el CAH está

organizado en tres equipos: Salud y Desarrollo del Recién Nacido y del Niño (NCH), Salud y Desarrollo del Adolescente (ADH) y Apoyo a la Ejecución en los Países (CIS).

Los equipos de país asesoran a los ministerios de salud sobre problemas técnicos y proporcionan asistencia para incrementar servicios esenciales de prevención, tratamiento y atención prestados por el sector de la salud. Colaboran con otros actores, como otros organismos de las Naciones Unidas, ONG y comunidades, para ayudar a planificar, aplicar y vigilar los programas. Estos equipos de país también cooperan en las actividades de promoción de la causa y de recaudación de fondos.

Las seis oficinas regionales de la OMS son el primer punto de contacto para las oficinas de país que necesitan ayuda técnica o financiera adicional. Las oficinas regionales también prestan especial atención a la adaptación de las políticas mundiales a las necesidades específicas detectadas en sus regiones.

El equipo de la sede apoya y aprovecha todos estos esfuerzos regionales y locales. Nuestra función clave es establecer políticas y normas mundiales, facilitar la asistencia técnica a las regiones y países, vigilar y divulgar el progreso y contribuir a movilizar el apoyo político y financiero.

La Región de las Américas sigue aplicando activamente la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). ¿Cuál es su punto de vista de la posición de la AIEPI dentro de los programas del CAH?

El desarrollo y la ejecución completa de la AIEPI siguen siendo una importante prioridad para el CAH. Con la AIEPI, procuramos causar una gran repercusión sobre la morbilidad y la mortalidad de los niños —y con ello contribuir al logro de metas mundiales— brindando el tratamiento combinado de las enfermedades graves de la infancia, haciendo hincapié en la prevención de las enfermedades mediante la inmunización y una mejor nutrición, el uso de mosquiteros impregnados con insecticidas, etc. La AIEPI es un método integrado de prestación de los servicios, fundamental para el énfasis que pone la Directora General en el fortalecimiento de los sistemas de salud y el reforzamiento de la atención primaria de salud.

La AIEPI es puesta en práctica en colaboración con los gobiernos y los ministerios de salud locales para formular planes y adaptar los principios del método a las circunstancias locales. Por ejemplo, en la Región de las Américas se da más importancia a la atención neonatal. Es un proceso escalonado que requiere mucha coordinación entre los programas de

salud y los servicios existentes. La evaluación de la AIEPI en múltiples países ha aportado datos probatorios de la repercusión de la estrategia, incluida la reducción de la mortalidad. Ya se ha logrado mucho, incluso en la Región de las Américas, pero todavía debe hacerse mucho más si queremos concretar todos los beneficios de la estrategia.

El CAH ha realizado un gran esfuerzo por difundir la serie *Child and Neonatal Survival* (Supervivencia del recién nacido y el niño) de *Lancet*, que ha constituido un mecanismo importante para la promoción de la causa. ¿Cuáles son las limitaciones mayores para la ejecución de las intervenciones recomendadas a nivel local?

Es esencial que se comprenda que, para que las intervenciones puedan llevarse a cabo de manera eficaz, es preciso contar con todos los componentes del sistema de salud. Esto requiere disponer de personal sanitario bien adiestrado, suministros suficientes de medicamentos esenciales, supervisión, etc., mediante un financiamiento sostenible.

A pesar de los esfuerzos efectuados por los Estados Miembros, la anemia por deficiencia de hierro sigue siendo un problema de salud pública. ¿Cuáles considera que son las intervenciones más efectivas para prevenir o resolver este problema?

La prevención de la carencia de hierro con su consiguiente anemia —el trastorno relacionado con micronutrientes más frecuente a nivel mundial— es evidentemente un importante reto. En la mayoría de los países se han puesto en práctica políticas nacionales para suministrar suplementos de hierro a las embarazadas y, en menor grado, a los niños pequeños, como estrategia básica para prevenir la carencia de hierro y la anemia.

Aunque en general se ha considerado que los beneficios de la administración de suplementos de hierro eran superiores a los riesgos, hay indicios de que la administración de suplementos, en las cantidades recomendadas, a niños sin otros problemas de salud conlleva el riesgo de una mayor gravedad de las enfermedades infecciosas en presencia de la malaria o la desnutrición. En vista de esto, en 2006 el CAH publicó recomendaciones actualizadas sobre el uso de suplementos de hierro para lactantes y niños pequeños en las zonas donde es endémica la malaria.

En esencia, las estrategias para prevenir y controlar la anemia deben llevarse a cabo en el contexto de una atención de salud integral y eficaz, que incluya medidas para la prevención, el reconocimiento y el tratamiento inmediatos de la malaria y sus complicaciones, el control de otras enfermedades parasitarias e infecciones comunes y la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, seguida del consumo de alimentos complementarios con un alto contenido de nutrientes o enriquecidos. La administración universal de suplementos de hierro (es decir, el empleo de hierro medicinal en forma de pastillas o jarabes) no

debe ser realizada sin un tamizaje previo de los individuos para detectar la carencia de hierro, ya que esta modalidad de administración de hierro puede conducir a graves fenómenos adversos en niños que no sufren esa carencia.

¿Cuáles han sido las limitaciones y qué estrategias son necesarias para obtener el compromiso de los países de ampliar a corto plazo el uso de nuevas sales de rehidratación oral y la administración de suplementos con cinc en los episodios de diarrea?

La aplicación de la nueva estrategia de tratamiento para la diarrea aguda (SRO de osmolaridad reducida combinadas con suplementos de cinc) se facilitó el año pasado cuando el Departamento publicó en cuatro idiomas las directrices para los responsables de las políticas y los directores de programas. El CAH está también apoyando a los países en su aplicación de la estrategia mediante numerosas visitas y talleres interpaíses.

Las nuevas SRO de osmolaridad reducida están reemplazando progresivamente la preparación anterior conforme los fabricantes de SRO en todo el mundo están cambiando cada vez más su producción a la nueva formulación, especialmente después que la publicación del informe de la fase IV de un estudio de vigilancia realizado en Bangladesh demostró que la nueva formulación de SRO no solo es más eficaz que la anterior sino también más inocua.

Sin embargo, en relación con el uso del cinc en el tratamiento de la diarrea, el desafío principal estriba en aumentar la disponibilidad de suplementos de cinc de buena calidad. Una empresa ya ha sido preliminarmente considerada idónea por la OMS para la producción de suplementos de cinc y el UNICEF está adquiriendo suplementos de cinc de esta empresa, pero necesitamos muchas más empresas precalificadas por la OMS que produzcan suplementos de cinc. Esto debe convertirse en una realidad en los próximos meses o años a medida que las empresas produzcan cada vez más comprimidos solubles o soluciones orales de cinc para uso en el tratamiento de la diarrea en Bangladesh, India, Indonesia, Pakistán, Tanzania, etc.

Dada la importancia de la nutrición para el desarrollo cognoscitivo, la formación de recursos humanos, la reducción de la pobreza y el aumento del rendimiento escolar de los niños, ¿cuál cree usted que sería el método más eficaz para fortalecer el componente nutricional de la estrategia de AIEPI?

Sin duda las necesidades de desarrollo de los niños se vinculan inextricablemente con su salud y estado nutricional, en especial en los primeros años de vida. La lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida es clave. De hecho, se calcula que la lactancia materna temprana y exclusiva durante los seis primeros meses podría salvar cada año las vidas de 1,3 millones de niños menores de cinco años. No obstante, la OMS y el UNICEF calculan que solo alrededor de un tercio de lactantes de menos de seis meses de edad mundiales

son amamantados exclusivamente. Las mejoras generalizadas en las prácticas de alimentación del lactante y la nutrición del niño tendrían una repercusión sustancial en los esfuerzos para alcanzar las metas mundiales de supervivencia infantil.

El componente nutricional de la AIEPI actualmente se basa en la orientación, la alimentación del lactante y los alimentos locales; esto se complementa con estrategias para controlar la desnutrición grave en el hogar con alimentos terapéuticos listos para usar. La OMS y el UNICEF formularon recientemente directrices sobre el tratamiento de la desnutrición aguda grave, que están siendo incorporadas en la estrategia de AIEPI. El énfasis actual en la orientación debe ser apoyado mediante la capacitación de perfeccionamiento y la supervisión del personal sanitario.

¿Qué estrategias recomendaría usted encaminadas a movilizar recursos para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente a nivel regional y de país, incluido un fondo mundial? ¿Sería una buena alternativa un fondo mundial para la salud del niño o para el ODM 4?

El éxito de las iniciativas de salud grandes, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM), la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI) y el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del SIDA (PEPFAR), ha allanado el camino para muchas otras iniciati-

vas nuevas de salud en los últimos años. La ayuda para la salud se ha duplicado desde el año 2000 y casi todos los recursos adicionales han provenido de iniciativas nuevas. Lamentablemente este campo de juego sobrepoblado no siempre armoniza con la prestación integrada de atención primaria a nivel local. Así, si bien estas iniciativas tienen considerables ventajas en la promoción de la causa, la investigación y la recaudación de fondos, pueden causar confusión y fragmentación a nivel de país, en particular cuando operan por medio de proyectos.

En respuesta a esta situación, se está elaborando un plan, apoyado por la Alianza Mundial para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño (PMNCH) con sede en la OMS, encaminado a redoblar los esfuerzos de reducir las defunciones maternas, de recién nacidos y de niños y acelerar el progreso hacia los ODM 4 y 5: el Plan Operativo Mundial. Mediante el financiamiento sobre la base de los resultados, el Plan Operativo Mundial promoverá la canalización de los fondos por medio de los mecanismos existentes para apoyar la prestación de servicios esenciales de salud, en lugar de destinar el apoyo a intervenciones específicas. Esto promoverá la armonización de acuerdo con la Declaración de París sobre la eficacia de la asistencia. El Plan Operativo Mundial propondrá que los países de bajos ingresos avancen hacia la formulación de un solo plan nacional de salud, por medio del cual se canalicen los recursos aportados por los donantes. ■

Consulta Técnica Regional del Plan de Acción en Salud Neonatal en Asunción

Con el objetivo de revisar el documento de trabajo del Plan Regional de Acción en Salud Neonatal para América Latina y el Caribe, los representantes de Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú y Uruguay se reunieron en Asunción, Paraguay durante 28-30 de agosto, 2007.

La reunión incluyó presentaciones, discusiones y la revisión de casos de estudio de las cuatro áreas estratégicas del Plan de Acción en Salud Neonatal. Cada país fue parte de un grupo de trabajo el cual discutió cada área estratégica del Plan.

En los grupos de trabajo, los participantes discutieron los siguientes temas: la creación de un ambiente propicio para la promoción de la salud neonatal; fortalecer los sistemas de salud para mejorar el acceso a salud materna, servicios de salud neonatal e infantil usando el enfoque del continuo de atención; promover las intervenciones basadas en la comunidad; desarrollar y fortalecer los sistemas de monitoreo y evaluación.

La Estrategia Regional y el Plan de Acción en Salud Neonatal, dentro del Continuo de la salud materna-recién nacido-salud infantil, fue creada por la Alianza Latinoameri-



cana y del Caribe por la Salud del Recién Nacido formada por las organizaciones OPS/OMS, USAID, CORE, SNL/Saving Newborn Lives, BASICS, ACCESS, y QAP, bajo el liderazgo de la Organización Panamericana de la Salud.

Es importante reconocer que ediciones finales del documento fueron hechas en base a las recomendaciones de las unidades FCH/WR; FCH; FCH/CA y diversas organizaciones no gubernamentales. El documento será presentado en la Reunión de Cuerpos Directivos de la OPS en 2008. ■

Taller Regional sobre seguimiento y monitoreo (S&M) de AIEPI-Neonatal Clínico en Bolivia

Dr. Dilberth Cordero Valdivia, Dra. Martha Mejía Soto (OPS/Bolivia)



Facilitadores y participantes del Taller Regional sobre seguimiento y monitoreo sobre AIEPI Neonatal Clínico en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, del 18 al 20 de septiembre, 2007

En Bolivia, el AIEPI Neonatal Clínico viene implementándose desde el año 2001, simultáneamente con la capacitación de facilitadores y personal de salud. El Ministerio de Salud, con la cooperación técnica de la OPS/Bolivia y técnicos nacionales, iniciaron el desarrollo de diversos enfoques y metodologías que permitan realizar el seguimiento y monitoreo después de la capacitación en AIEPI Neonatal Clínico.

Luego de varias pruebas, el año 2005, se logró definir una metodología de seguimiento y monitoreo que permite, por una parte, la recolección de datos para la construcción de indicadores básicos y, por otra, el reforzamiento de las competencias que el personal de salud habría alcanzado durante la capacitación en AIEPI Neonatal. Esta metodología fue validada, y es aplicada en varios departamentos del país.

Este enfoque y los instrumentos, orientados a la verificación de competencias para la atención del recién nacido con calidad durante momentos críticos (trabajo de parto, atención inmediata –incluyendo reanimación–, referencia y atención al recién nacido que es llevado al establecimiento de salud), fue compartido con la sede de la OPS. La experiencia obtenida a la fecha fue un factor decisivo que sustentó la decisión para que la metodología de S&M desarrollada en Bolivia sea conocida por varios países de la región.

En este marco, en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, durante los días 18 al 20 de septiembre de 2007, se

realizó el Taller Regional sobre Seguimiento y Monitoreo de AIEPI Neonatal en establecimientos de salud.

El taller contó con la participación de 25 personas, provenientes de Nicaragua, Guatemala, Brasil, Ecuador, Honduras, Perú, República Dominicana y Bolivia; asimismo se contó con la participación del Dr. Yehuda Benguigui, Jefe de Unidad FCH/CA.

Los objetivos del taller fueron:

- Revisar el enfoque del S&M para AIEPI Neonatal desarrollado en Bolivia
- Revisar los instrumentos y metodologías
- Realizar la aplicación de los instrumentos
- Realizar discusiones sobre ventajas y obstáculos para el S&M
- Considerar posibles adaptaciones en otros países

La estructura del taller, de manera resumida, fue la siguiente:

- Presentaciones sobre los aspectos generales del S&M de AIEPI Neonatal (conceptos, objetivos, metodologías, instrumentos). El S&M pretende reforzar las competencias necesarias para la atención del recién nacido promoviendo la aplicación de estándares mínimos de calidad en el proceso de atención, que incluye trabajo del parto, atención inmediata, reanimación, referencia y atención al recién nacido que es llevado al establecimiento de salud.
- Revisión de los instrumentos, realizada en grupos pequeños. Para esta actividad los participantes fueron divididos en cuatro grupos, más o menos de cinco personas cada uno, con un facilitador/a.
- Práctica 'en aula', de la aplicación de los instrumentos, realizando sociodramas que incluyeron prácticas de reanimación neonatal básica.
- Práctica en cuatro establecimientos de salud para aplicación de los instrumentos.
- Sesiones de retroalimentación, en plenaria, luego de cada actividad principal.

CONCLUSIONES

- Los objetivos del taller fueron alcanzados.
- La metodología del taller, basada en trabajo de grupos

pequeños con un facilitador, permitió que los participantes puedan practicar la aplicación de los instrumentos.

- Las discusiones de retroalimentación, al finalizar las principales actividades, en plenaria, fueron muy participativas y de gran nivel técnico.
- Los participantes expresaron su satisfacción con el enfoque metodológico del S&M planteado por el equipo de Bolivia y reconocieron la necesidad de adecuar los instrumentos a las necesidades de cada país.
- La metodología de S&M permite una verificación detallada, con el correspondiente reforzamiento, de las competencias del personal de salud, en relación a la atención al recién nacido durante los momentos más críticos
- El Dr. Benguigui, además de felicitar al equipo de Bolivia, propuso el desarrollo de una herramienta genérica, basada en los instrumentos revisados en el taller. Asimismo, se pla-

nificó la realización de un segundo taller de S&M de AIEPI neonatal en Santa Cruz de la Sierra, aprovechando la experiencia nacional para difundirla a más países prioritarios y de impacto, previsto para marzo de 2008.

- Se recomendó conformar un grupo de facilitadores internacionales para replicar la metodología en países prioritarios y de impacto utilizando la metodología desarrollada en Bolivia.
- Los participantes recomendaron incluir otros componentes relacionados con el continuo de atención del embarazo, parto, post parto y recién nacido
- También se recomendó actualizar el AIEPI Neonatal de Bolivia, en base a las evidencias más recientes
- La organización y logística del taller fue un elemento altamente destacado por los participantes. ■

VI Coloquio Internacional en el Texas Children's Hospital

El maltrato infantil y la violencia familiar fue el tema principal del décimo sexto Coloquio Internacional, patrocinado por el Texas Children's Hospital y el Baylor College of Medicine, con apoyo la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). El encuentro tuvo lugar en Houston, Texas, entre el 16 y 21 de abril 2007.

En consideración a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), enfermeras y médicos de la Región discutieron los complicados temas relacionados con violencia familiar en las Américas. Las ponencias presentadas incluyeron la situación social de los niños y los adolescentes en América Latina, a cargo del Dr. Alberto Reverón Quintana, Presidente de la Asociación Latino Americana de Pediatría (ALAPE).

La Dra. Jeanine Graf, Profesora Asociada de Pediatría de Baylor College of Medicine se refirió, por su parte, al tema Munchausen por Proxy; el Dr. Alberto Concha-Estman, de OPS, expuso sobre el Abuso Infantil en el Contexto de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, y El Dr. Yehuda Benguigui, Jefe de la Unidad del Niño y del Adolescente, Salud Familiar y Comunitaria de OPS, presentó la situación del Programa de Enfermedades Prevalentes de la Infancia en América Latina.

Por segundo año consecutivo el programa incluyó a aproximadamente 21 enfermeras de la Región, quienes además de participar en el marco científico de la reunión, tuvieron la oportunidad de interactuar con los médicos representantes de los diferentes países y con el personal de enfermería del Texas



Los doctores, Fernando Stein y Gerardo Cabrera-Meza dialogan con Doctor Y. Benguigui, y con otros participantes durante el VI Coloquio Internacional en el Texas Children's Hospital, Houston, TX, abril, 2007

Children's Hospital y de Baylor College of Medicine.

El Dr. Fernando Stein, Director Médico del Texas Children's International y Asesor Técnico de la Organización Panamericana de la Salud para el Programa de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, recalcó la necesidad de enfocar el futuro de la colaboración continental en una integración de modelo de cuidado entre la enfermera y el médico.

Cabe destacar que en la reunión participaron representantes diplomáticos de Argentina, Guatemala, El Salvador, Honduras, Italia, México, Perú, y Bolivia. ■

Novedades de la biblioteca AIEPI



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. 47° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud-58ava Sesión del Comité Regional – OPS/FCH/CA/07.08.E

Este documento contiene los antecedentes a nivel de las Américas de la salud neonatal así como la resolución aprobada por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Documento muy útil como referencia para estrategias actuales y futuras de la Organización Panamericana de la Salud en el tema de salud de la madre, el recién nacido y el niño.

Disponible en español, inglés, portugués y francés.



Nuevas recomendaciones para el tratamiento clínico de la diarrea. Políticas y guías programáticas – OPS/FCH/CA/06.6.E

Este documento presenta guías para presentar o ampliar decisiones nacionales de introducción de la nueva fórmula de las sales de rehidratación oral (SRO) y los suplementos de zinc como parte del tratamiento clínico de las enfermedades diarreicas. El presente documento contiene evidencia científica que apoya las nuevas recomendaciones de la OPS y UNICEF que buscan reducir el número de muertes por diarrea.



Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Neonatal en América Latina y el Caribe. Un Consenso Estratégico Interagencial.

El documento busca brindar orientación a las instancias normativas y a las autoridades sanitarias para establecer prioridades, movilizar recursos y coordinar esfuerzos a fin de mejorar la salud del recién nacido. Igualmente, se brinda orientación a las organizaciones comunitarias, las organizaciones no gubernamentales, las sociedades científicas y los donantes que deseen sumarse a los esfuerzos regionales por mejorar la salud de la madre y el recién nacido. El documento incluye las lecciones aprendidas y el contexto de América Latina y el Caribe, y la Estrategia Regional Interinstitucional para reducir la mortalidad neonatal, la cual que ha contado con la participación de muchos países latinoamericanos, así como con el apoyo del Grupo de Trabajo Interinstitucional.



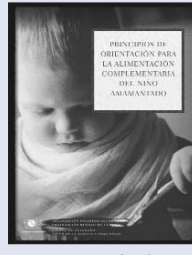
Manual de Atención Pediátrica Hospitalaria. Pautas para el tratamiento de enfermedades comunes con recursos limitados.

Este manual contiene los conocimientos y prácticas básicas que deben emplearse en los servicios hospitalarios que reciben referencias desde el primer nivel y desde la comunidad. Asimismo, la presente publicación complementan los materiales disponibles para que la Estrategia AIEPI sea incorporada en la enseñanza de pre y post grado en las facultades de medicina y en las escuelas de enfermería y nutrición.



Código de prácticas para la fabricación de premezclas alimenticias – FCH/UN/66-16/04

El presente documento presenta el código para la fabricación de premezclas alimenticias y tiene como objetivo el establecimiento de programas eficaces de fortificación alimentaria, a fin de eliminar las carencias de micronutrientes y mejorar la salud y nutrición de las poblaciones. Asimismo, busca ser un documento de consulta con información de base y orientación para establecer una norma industrial para la reducción del riesgo de tener premezclas alimenticias adulteradas en la cadena alimentaria.



Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado

Este documento presenta guías que pueden ser utilizadas como base para elaborar recomendaciones sobre la alimentación complementaria del niño amamantado y son el resultado de extensas discusiones llevadas a cabo en varias consultas técnicas y documentos sobre alimentación complementaria. Las presentes guías pueden ser adaptadas a las prácticas alimenticias y condiciones locales.

2003, 37p. Audiencia: profesionales de salud, personal de salud e investigadores en el área de alimentación complementaria, madres de niños amamantados y cuidadores de niños. Disponible en inglés y español.



Atenção Integrada às doenças prevalentes na infância. Implantação e avaliação no Brasil – Antonio José Ledo Alves da Cunha, Yehuda Benguigui, Maria Anice Sabóia Fontenele e Silva. Editora Fiocruz.

Libro que pretende contribuir con la mejora de la salud de los niños a través de la divulgación de experiencias de implementación y evaluación de la Estrategia AIEPI en diversas instituciones y regiones de Brasil. Este libro intenta ser un documento útil de consulta para estudiantes, graduados y post-graduados, ofreciendo sugerencias de modelos de investigación y evaluación en los servicios de salud y en los centros de enseñanza.



Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. OPS/FCH/CA/07.16.E

Este manual fue creado para suplir la necesidad de capacitación que tienen algunos profesionales de la atención primaria de salud en el tema del desarrollo infantil, y entrega herramientas básicas y basadas en evidencia para prevención, referencia y promoción en el contexto de la estrategia AIEPI.



Manual AIDPI Neonatal para estudiantes. OPS/FCH/CA/07.5.P

El presente manual busca servir como complemento de materiales disponibles para la estrategia AIEPI en las facultades de medicina, así como en los hospitales de primer nivel de referencia para el tratamiento de enfermedades prevalentes de la infancia.



Catálogo de Publicaciones en el contexto del continuo de la salud materna-recién nacido-salud infantil

El catálogo reúne títulos e información sobre publicaciones, libros, herramientas y tecnologías, CD-Rom, DVD y videos relacionados con el tema materno, neonatal, infantil, adolescente y de nutrición, incluyendo enfermedades prevalentes en cada uno de estos grupos. Este catálogo es una publicación conjunta de CLAP/SMR y FCH/CA.

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 da Cunha

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

Dr. Alfred 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 del Niño
Panamá, República de 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 Rollón

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

Dra. María Consuelo Castrillón

Presidenta, ALADEFE, Universidad de Antioquía Medellín, Colombia

Dr. Jesús M. Feris-Iglesias

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

Dra. Ana María Ferrari

Profesora Titular de Pediatría,
Universidad Nacional de Uruguay
Montevideo, Uruguay

Dra. Deise Granado-Villar

Jefe de Pediatría
Departamento de Pediatría
Miami Children's Hospital
Miami, FLA, EE.UU.

Dra. Edilma B. Guevara

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

Dr. Luis Ernesto Jáuregui Peredo

División de Enfermedades Infecciosas
St. Vincent Mercy Medical Center
Toledo, OH, EE.UU.

Dr. Manuel Katz

Médico Pediatra
International Pediatric Association-IPA
Israel

Dr. Samuel Malka A.

Presidente, Sociedad Venezolana de Alergia,
Asma e Inmunología, Hospital de Clínicas
Caracas, Venezuela

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 da Criança
do Hospital das Clínicas, Faculdade
de Medicina da USP
Sao 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 Rojo Concepción

Jefe 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
Madrid, España

Dr. Ricardo Schwarcz

Ginecólogo-Obstetra
Ex-director del CLAP
Montevideo, Uruguay

Dr. Anibal Sosa

Director for Latin America Initiative Alliance
for the 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 Dpto. 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 la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente
Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH/CA)

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